

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**Maria Cristina Passos**

**UNIVERSO SIMBÓLICO DA AMAMENTAÇÃO E DA DOAÇÃO DE LEITE  
HUMANO: os sentidos atribuídos por mães doadoras do Banco de  
Leite Humano da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG.**

Belo Horizonte  
2009

**Maria Cristina Passos**

**UNIVERSO SIMBÓLICO DA AMAMENTAÇÃO E DA DOAÇÃO DE LEITE  
HUMANO: os sentidos atribuídos por mães doadoras do Banco de Leite  
Humano da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e Adolescente da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Joel Alves Lamounier  
Coorientadora: Profa. Dra. Janete Ricas

Belo Horizonte  
2009

P289u Passos, Maria Cristina.  
Universo simbólico da amamentação e da doação de leite Humano [recursos eletrônicos]: os sentidos atribuídos por mães doadoras do Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG. / Maria Cristina Passos. - - Belo Horizonte: 2009.  
135 f.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Joel Alves Lamounier.  
Coorientador (a): Janete Ricas.  
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Aleitamento Materno/psicologia. 2. Bancos de Leite Humano. 3. Mulheres. 4. Doações. 5. Maternidades. 6. Pesquisa Qualitativa. 7. Dissertação Acadêmica. I. Lamounier, Joel Alves. II. Ricas, Janete. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WS 125



UFMG

FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 34409-9641 FAX: (31) 3409-9640



ATA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **MARIA CRISTINA PASSOS**, nº de registro 2005202716 Às quatorze horas do dia **quatro do mês de junho de 2009** reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Curso para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“UNIVERSO SIMBÓLICO DA AMAMENTAÇÃO E DA DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR MÃES DOADORAS DO BANCO DE LEITE HUMANO DA MATERNIDADE ODETE VALADARES, BELO HORIZONTE - MG.”** requisito final para a obtenção do Grau de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Joel Alves Lamounier, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado definitivo. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Joel Alves Lamounier/Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Janete Ricas/Co-orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Profa. Cristina Gonçalves Alvim	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Profa. Matilde Meire Miranda Cadete	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Profa. Rosangela Minardi Mitre Cotta	Instituição: UFV	Indicação: <u>FE</u>
Prof. Roberto Gomes Chaves	Instituição: UIT	Indicação: <u>aprovado</u>

Pelas indicações, a candidata foi considerada Aprovado.  
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo presidente da comissão. Nada mais havendo a tratar o presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da comissão examinadora. Belo Horizonte, quatro de junho de dois mil e nove.

Prof. Joel Alves Lamounier/Orientador [Assinatura]

Profa. Janete Ricas/Co-orientadora [Assinatura]

Profa. Cristina Gonçalves Alvim [Assinatura]

Profa. Matilde Meire Miranda Cadete [Assinatura]

Profa. Rosangela Minardi Mitre Cotta [Assinatura]

Prof. Roberto Gomes Chaves [Assinatura]

Prof. Joel Alves Lamounier/Coordenador [Assinatura]

PROF. JOEL ALVES LAMOUNIER  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente  
Faculdade de Medicina/UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**  
**Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof<sup>a</sup>. Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: João Lúcio dos Santos Jr.

Chefe do Departamento de Pediatria: Prof<sup>a</sup>. Maria Aparecida Martins

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina - Área de Concentração em Pediatria: Prof<sup>a</sup>. Ana Cristina Simões e Silva

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:**

Prof<sup>a</sup>. Ivani Novato Silva

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof<sup>a</sup>. Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof<sup>a</sup>. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof<sup>a</sup>. Regina Lunardi Rocha

Gustavo Sena Sousa (Repr. Discente)

*Aos Passos.*

*Aos Vianna.*

*Aos Passos Vianna.*

*Ravi e Lucca.*

## **AGRADECIMENTOS**

Meu eterno agradecimento aos meus pais, Carlos e Divina, grandes incentivadores do meu caminhar pessoal e acadêmico. Sem vocês não seria possível.

Ao estimado Prof. Dr. Joel Alves Lamounier pelo acolhimento, pelas orientações, pelo incentivo e confiança.

A caríssima Profa. Dra. Janete Ricas pela acolhida, pelas orientações, pelo carinho e atenção.

Às colegas do grupo de estudos em pesquisa qualitativa que me permitiram a convivência e a troca tão enriquecedoras para o meu aprendizado profissional e pessoal.

À colega e amiga Ivone Maria Mendes Silva que me desvelou um horizonte que eu desconhecia e muito contribuiu para a realização desse trabalho.

Às mães e crianças que participaram desse estudo, minha eterna gratidão pela contribuição e pelo carinho com que me receberam.

À CAPES pela concessão da bolsa e à UFOP pela por todo o apoio que me permitiram dedicação integral aos estudos.

Ao BLH-MOV por ter aceitado essa proposta de estudo e, em especial, à coordenadora do serviço, a psicóloga Maria Hercília de Castro Barbosa e Silva e a enfermeira Ieda Ribeiro Passos, funcionárias que sempre me atenderam de maneira muito atenciosa.

## RESUMO

O presente estudo trata dos sentidos atribuídos à amamentação e à doação de leite humano expressos no discurso de mães doadoras de leite humano. As mães foram selecionadas no banco de leite humano da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte. Participaram nove nutrizes adultas doadoras de leite humano que aceitaram participar de forma livre e esclarecida do estudo. O conteúdo das entrevistas semiestruturadas, realizadas nos domicílios das mães, foi gravado e transcrito na íntegra. Utilizamos o critério de saturação para o fechamento do grupo de informantes. Para nortear o processo de análise dos depoimentos das doadoras foram utilizados alguns elementos da análise de discurso (MAINGUENEAU, 1997; CHARAUDEAU, 2001). O quadro de referências teóricas em articulação com o material transcrito e categorizado é proveniente das ciências sociais e humanas, considerando as contribuições de teorias da sociologia, antropologia, psicologia e demais ciências humanas, de modo a valorizar a dimensão simbólica dos indivíduos (KLAUS E KENNEL, 1992; BADINTER, 1995; MAUSS, 2001; GODELIER, 2001; WINNICOTT, 2002; BOWLBY, 2002; VIGOTSKI, 2003). Durante o processo de análise dos discursos das doadoras construímos as categorias de análise dentro dos três principais eixos temáticos: amamentação, doação e maternidade. Os discursos sobre a amamentação revelam, em sua maioria, forte motivação e inabalável autoconfiança de que seriam capazes de produzir um leite forte suficiente para sustentar os filhos. Sensações de prazer e satisfação pelo íntimo contato físico entre mãe e bebê reforçaram o vínculo das mães com seus bebês. Esses sentimentos e sensações foram se constituindo desde a infância quando elas próprias foram amamentadas e assistiram às suas mães amamentando seus irmãos, além de, em alguns casos, outras crianças, fazendo menção no discurso às mães-de-leite. Quanto à doação, as mães são levadas a doar por vários motivos como solidariedade, altruísmo, retribuição à dívida recebida e leite em excesso. A doação voluntária de leite humano a bebês desconhecidos tem o poder de estabelecer laços de parentesco pelo leite, os irmãos-de-leite, ampliando a rede de relações sociais. Tanto amamentação quanto a doação de leite humano estão relacionadas à concepção de “boa mãe”, dedicada e disposta a fazer sacrifícios pelos filhos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento Materno; Bancos de Leite Humano; Pesquisa Qualitativa.



## ABSTRACT

The present study discusses the single meaning to breastfeeding and the donation of breast milk expressed in the discourse of mothers who donate breast milk. The mothers were selected in the human milk bank of the Maternity *Odete Valadares, in Belo Horizonte*. There were nine adult human milk donors who were willing to participate in the study. The content of the semi-structured interviews, conducted in the mothers' houses, was recorded and transcribed in full. The theoretical saturation criterion was used to closure the group of participants. To guide the analysis process of the donors' testimonies (deposition) some elements of discourse analysis were employed (MAINGUENEAU, 1997; CHARAUDEAU, 2001). The theoretical frame of reference for the transcribed and categorized material, originates from social and human sciences' theories, taking into consideration the contributions of sociology, anthropology, psychology and other human sciences, in order to emphasize the symbolic dimension of the individuals (KLAUS E KENNEL, 1992; BADINTER, 1995; MAUSS, 2001; GODELIER, 2001; WINNICOTT, 2002; BOWLBY, 2002; VIGOTSKI, 2003). The analysis process of the donors' discourse was built according to three main thematic axes: breastfeeding, donation, maternity. The discourses on breastfeeding reveal, in their majority, the mothers' strong motivation and self-confidence that they would be able to produce good enough milk to sustain their children. Breastfeeding promotes feelings of closeness and satisfaction between the mother and child reinforcing the bonding between them. These feelings and sensations have developed since childhood when the mothers themselves were breastfed and they watched their mothers breastfeeding their brothers and sisters, not to mention, in some cases, other children, in the case of wet nurses. Regarding human milk donation, it can be said that mothers donate milk for various reasons such as: solidarity, altruism, retribution to received gift, excess of milk. The voluntary donation of human milk to unknown babies has the power of establishing milk bonds - milk brothers and sisters - increasing therefore, social relations. Both, breastfeeding and human milk donation are associated to the concept of "good mother", the one dedicated and willing to do everything for her children.

Keywords: Breast feeding; Milk banks; Qualitative research.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES**

AD – Análise de discurso

BLH – Banco de Leite Humano

CRNBLH – Centro de Referência Nacional de Banco de Leite Humano

CREBLH - Centros de Referência Estadual de Banco de Leite Humano

LH – Leite humano

LM – Leite materno

LHO – Leite humano ordenhado

MOV – Maternidade Odete Valadares

MS – Ministério da Saúde

NUPENS/FSP/USP – Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrio e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

OMS – Organizao Mundial da Saúde

OPAS – Organizao Panamericana de Saúde

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

REDEBLH – Rede Nacional de Banco de Leite Humano

UBS – Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1 Amamentação e Leite Humano</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1.1 Pesquisa qualitativa e aleitamento materno</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1.2 Pesquisa qualitativa em saúde: considerações teórico- metodológicas</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1.3 Estudos qualitativos em amamentação: reflexão teórico- metodológica</b> .....	<b>22</b>
<b>3.1.3 Contribuições da Pesquisa Qualitativa à Amamentação</b> .....	<b>24</b>
<b>3.2 Banco de Leite Humano e doação de leite humano</b> .....	<b>40</b>
<b>3.2.1 Bancos de Leite Humano no Brasil</b> .....	<b>40</b>
<b>3.2.2 Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares</b> .....	<b>45</b>
<b>3.2.3 Estudos sobre doação voluntária de leite humano</b> .....	<b>47</b>
<b>3.3 Análise de Discurso e outras teorias</b> .....	<b>51</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>61</b>
<b>4.1 Sujeitos e Métodos</b> .....	<b>61</b>
<b>4.1.1 Delineamento do estudo - Fazendo escolhas</b> .....	<b>61</b>
<b>4.1.2 Procedimentos de campo – Interação sujeito-objeto/sujeito</b> .....	<b>63</b>
<b>4.1.3 Procedimentos de Análise - A busca dos sentidos</b> .....	<b>65</b>
<b>4.1.4 Procedimentos éticos</b> .....	<b>66</b>
<b>5 Apresentação e análise de resultados</b> .....	<b>69</b>
<b>5.1 Caracterização das participantes</b> .....	<b>69</b>
<b>5.2 Amamentação</b> .....	<b>70</b>
<b>5.2.1 “Nunca passou pela minha cabeça não amamentar”</b> .....	<b>70</b>
<b>5.2.2 “Eu sempre quis amamentar”</b> .....	<b>73</b>
<b>5.2.3 Sentindo-se mais mãe: intimidade e prazer</b> .....	<b>77</b>
<b>5.2.4 Peito de mulher X Peito de mãe – o corpo em evidência</b> .....	<b>82</b>
<b>5.2.5 Valor simbólico do leite materno</b> .....	<b>85</b>
<b>5.2.6 Enfrentando dificuldades e superando obstáculos</b> .....	<b>87</b>
<b>5.2.7 Sentimentos e sensações vivenciados no desmame</b> .....	<b>91</b>
<b>5.3 Doação</b> .....	<b>93</b>
<b>5.3.1 Quem doa e por quê?</b> .....	<b>93</b>
<b>5.3.2 Extração/doação de LH: facilidades e dificuldades</b> .....	<b>102</b>

<b>5.3.3 Sentimentos e sensações referentes à doação</b> .....	103
<b>5.3.4 Responsabilidade, tristeza e preocupação ao parar de doar</b> .....	106
<b>5.3.5 Divulgação da doação de LH</b> .....	108
<b>5.3.6 Estratégias para recrutamento de novas doadoras de LH</b> .....	110
<b>5.4 Amamentação, Doação e Maternidade</b> .....	112
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	121
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	125
<b>APÊNDICE 1</b> .....	133
<b>APÊNDICE 2</b> .....	135

## **APRESENTAÇÃO**

O capítulo Fundamentação Teórica refere-se à revisão da literatura científica acerca dos trabalhos de natureza qualitativa que abordam a vivência da amamentação e da doação de leite humano do ponto de vista de quem amamenta e doa seu próprio leite. Alguns trabalhos qualitativos, em especial sobre as doadoras de LH foram revisados devido à importância que representam num cenário de escassez de estudos sobre o tema. Destaca-se, ainda, o serviço de BLH-MOV contextualizando a problemática da capacidade física instalada e do volume de leite recebido, processado e distribuído pelo serviço, após breve histórico dos BLH no Brasil e o desenvolvimento da REDEBLH. Por fim, salienta-se aspectos teóricos da Análise de Discurso que forneceu elementos referenciais para a análise do material coletado.

No Capítulo seguinte aborda-se, de forma detalhada, o percurso metodológico adotado para a coleta, tratamento e análise dos dados, enfatizando o referencial teórico-metodológico que norteou o desenvolvimento dessa etapa.

Os resultados da pesquisa são apresentados e discutidos no capítulo Apresentação e Análise dos resultados, onde analisa-se os elementos que ofereceram pistas para compreender o simbolismo presente nas práticas de amamentação e de doação de LH, vislumbrando sua relação com os sentidos atribuídos à maternidade e outros aspectos como LH e corpo.

Ao final do trabalho, trazemos algumas considerações que pretendem atar pontos culminantes desse estudo no sentido de refletir sobre as contribuições que podem oferecer à promoção da amamentação e da doação de LH.

## Introdução

*"Não se pode pisar duas vezes no mesmo rio".*

*(Heráclito)*

## **1 INTRODUÇÃO**

A ciência já avançou o suficiente para comprovar a superioridade do leite materno em termos nutricionais e imunológicos enquanto as políticas de aleitamento materno se fortaleceram ao longo dos quase 30 anos de implantação no Brasil, refletindo-se positivamente na retomada das práticas de amamentação. Do ponto de vista biológico, quase todas as mães podem ser bem sucedidas na amamentação, pois um pequeno número de condições de saúde da criança e da mãe justifica recomendar sua suspensão temporária ou permanentemente (HORTA et al, 2007, GREER et al, 2008).

A Organização Mundial da Saúde e UNICEF, com apoio do Ministério da Saúde, recomendam o início da amamentação na primeira hora de vida, aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e complementado com alimentos apropriados até dois anos ou mais (OMS; UNICEF, 2005).

Entretanto, os índices no Brasil ainda encontram-se aquém das recomendações oficiais dos órgãos de saúde nacionais e internacionais como mostram os estudos realizados nos últimos anos. Os dados fornecidos pela última Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, a PNDS-2006, comprovam tal assertiva. Das mães entrevistadas, embora 96,4% tenham amamentado ao menos uma vez, apenas 43% o fizeram na primeira hora após o parto. A mediana de aleitamento materno subiu de 7,0 para 9,3 meses em dez anos, tempo decorrido desde a PNDS realizada em 1996. Os resultados de 2006 revelam que 23% das crianças na faixa de 0 a 3 meses estavam completamente desmamadas e 33% na faixa de 4 a 6 meses (BRASIL, 1996; BRASIL, 2006).

O aleitamento materno exclusivo, um desafio ainda maior em nosso país, teve sua prevalência aumentada em apenas 5% nos últimos dez anos entre crianças de 0 a 3 meses, passando de 40,3 % para 45%, enquanto na faixa etária de 4 a 6 meses caiu de 12,8% para 11% (BRASIL, 1996; BRASIL, 2006).

Mediante os índices ainda insatisfatórios das práticas de amamentação, observamos que o fenômeno tem incitado investigações a partir de percursos que busquem conhecer a perspectiva da mulher na vivência desse processo.

Essa nova perspectiva de pesquisa vem sendo viabilizada por novos instrumentais metodológicos e referenciais teóricos tomados de empréstimo das ciências humanas e sociais que permitem adentrar o universo da simbolização, ou seja, das significações e dos sentidos atribuídos às experiências vividas revelados por sensações, sentimentos, valores, crenças, motivações e atitudes.

Esses novos instrumentais teórico-metodológicos da pesquisa qualitativa possibilitam a compreensão das motivações e demais razões de ordem subjetiva que impulsionam algumas mulheres a amamentarem seus filhos e se dispor a alimentar outras crianças por meio da doação do leite materno, contrapondo-se à situação evidenciada pelos índices de aleitamento materno no país.

Portanto, na expectativa de iluminar, ainda que parcialmente, o universo específico de nutrízes doadoras, essa investigação pretende refletir, com base nos achados, num movimento de significação do singular em vista ao universal, na perspectiva de construir um entendimento sobre o processo de amamentação e de doação de LH que considere a vivência dos conflitos no cotidiano feminino.



## Objetivos

*"O rio não quer chegar a lugar algum, só quer ser mais profundo".*

*João Guimarães Rosa*

## **2 OBJETIVOS**

### **Geral**

O presente estudo pretende apreender os sentidos atribuídos à amamentação e à doação de leite humano por mães doadoras do Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte – MG.

### **Específicos**

- ▶ Analisar, a partir dos discursos das doadoras, as sensações, percepções, imagens, crenças, concepções, motivações, valores, experiências e atitudes relativas à amamentação e à doação de leite humano.
- ▶ Examinar, ainda, outros aspectos como maternidade, corpo, leite industrializado, leite materno e seu próprio leite, vivências da gestação, do parto e do pós-parto que podem intervir na constituição dos sentidos atribuídos nos discursos.

## Fundamentação teórica

*"No momento em que a boca encontra o seio, ela encontra e absorve um primeiro gole do mundo. Afeto, sentido, cultura estão co-presentes e são os responsáveis pelo gosto das primeiras gotas de leite".*

*(Aulaquier, 1975)*

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Amamentação e Leite Humano**

##### **3.1.1 Pesquisa qualitativa e aleitamento materno**

Esse tópico trata da revisão da literatura científica, especialmente aquela voltada a trabalhos de natureza qualitativa focados na vivência da amamentação e da doação de leite humano. Para tanto, buscamos nas principais bases referenciais em saúde (MEDLINE, LILACS e SciELO) artigos, dissertações, teses e documentos oficiais utilizando os seguintes indexadores: amamentação, pesquisa qualitativa, representação social, doação de leite humano e termos correlatos na língua inglesa e espanhola. Devido à pequena produção encontrada nos últimos cinco anos, reportamo-nos às duas últimas décadas, período em que começam a aparecer e florescer trabalhos dessa natureza envolvendo essa temática.

##### **3.1.2 Pesquisa qualitativa em saúde: considerações teórico-metodológicas**

A pesquisa qualitativa vem alcançando, nos últimos dez anos, um espaço cada vez mais significativo na produção científica da área da saúde, evidenciado no crescente número de publicações em periódicos científicos da área, concomitante a maior procura, por parte dos profissionais de saúde, de conhecimentos sobre o papel, a relevância, os métodos apropriados e os objetos de estudo a que se aplica (CANESQUI, 1995; TURATO, 2005).

Apoiando-nos nas considerações realizadas por Minayo (1992), pesquisadora social que acende o debate teórico-metodológico dessa outra abordagem numa arena de naturalização (biologização) de fenômenos complexos no campo da saúde, entendemos por pesquisa qualitativa aquela *“capaz de incorporar a questão do significado e dos sentidos como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”*.

Essa definição realça o que há de mais importante a investigar nessa abordagem, o significado das ações humanas, por meio do qual os indivíduos atribuem sentido e organizam as ações/reações frente a situações da vida cotidiana, incluindo-se aí os cuidados com a saúde (TURATO, 2005).

A denominação “*qualitativa*”<sup>1</sup> aplicada a vasta gama de possibilidades de pesquisas sociais em saúde nos remete à instância metodológica, à natureza das variáveis (não numéricas), ao tratamento dos dados e aos métodos de análise. Esse rótulo “qualitativo” adotado para as pesquisas sociais em saúde imediatamente recoloca a ideia de contraposição a estudos de natureza quantitativa e instaura o embate, herdado das Ciências Sociais, entre as duas abordagens.

Do ponto de vista da ciência, a oposição entre metodologias quali e quanti corresponde a uma falácia, pois a noção de *complementaridade* entre as abordagens de naturezas diferentes, aplicadas a objetos de estudo distintos, gerando conhecimentos que se completam na construção do saber em saúde respondem melhor a esse embate. Como não é nossa intenção aprofundar essa discussão, remetemos o leitor ao artigo de Serapioni (2000), que faz referência ao clássico artigo de Minayo e Sanches (1993), onde o autor aprofunda o debate e aponta caminhos para a superação dessa dicotomia.

A maior contribuição da abordagem qualitativa para o campo da Saúde é, precisamente, o acesso à dimensão mais subjetiva do “sujeito” que é biológico, mas também psíquico e social. A busca do *significado* e da *intencionalidade* dos processos saúde-doença-cuidado para aqueles que os vivenciam no cotidiano, os pacientes e grupos-alvo de políticas e programas de saúde, reveste-se de importância por trazer à tona o *sentido* dos atos e relações sociais que permeiam a vida humana.

Apreender sentimentos, emoções, ideias, valores, comportamentos, o sentido que os indivíduos constroem acerca de suas vivências em relação ao “estar doente” e ao

---

<sup>1</sup> Minayo (1992) refere-se a essa denominação como “*redundante*” e mesmo “*parcial*”, ao atentar para a “*interdependência e a inseparabilidade entre os aspectos quantificáveis e a vivência significativa da realidade objetiva no cotidiano*”.

“cuidar da saúde” pode contribuir, como nos lembra Turato (2005), para uma melhor compreensão dos pacientes e seus familiares por parte dos profissionais, podendo levar a uma melhoria no relacionamento dos envolvidos no processo, assim como à maior adesão às proposições do tratamento e ao aumento da eficácia de ações de caráter coletivo.

A área de investigação em amamentação ou aleitamento materno, doravante tomados como termos sinônimos e denominados AM, traduz-se em claro exemplo da demanda de conhecimentos distintos e integrados que deem conta desse fenômeno de tamanha complexidade.

Procuramos levantar as principais publicações envolvendo esse tema numa perspectiva metodológica qualitativa para refletirmos um pouco sobre qual a contribuição que esses trabalhos têm trazido para o campo de atuação dos profissionais que lidam com essa temática. Foram pesquisados artigos científicos, livros, monografias, teses, dissertações, de 1990 a 2008, obtidos por meio das principais bases referenciais em saúde MEDLINE, LILACS, SCIELO utilizando-se descritores como “pesquisa qualitativa”, “aleitamento materno”, “representação social”, “desmame”, “leite humano”.

### **3.1.3 Estudos qualitativos em amamentação: reflexão teórico-metodológica**

Publicações de estudos de natureza qualitativa, que têm por objeto a amamentação ou, em contraposição direta, o desmame, ou seja, a interrupção dessa prática, têm sido cada vez mais frequentes. A exemplo do que ocorre com os estudos dessa natureza na literatura relacionada à saúde, encontramos trabalhos qualitativos sobre a temática aleitamento materno sob as mais variadas denominações: “vivências”, “crenças e práticas”, “percepções”, “significados”, “sentimentos”, “representações sociais”.

Os referenciais teórico-metodológicos adotados também apresentam grande diversidade, podendo ser encontrados trabalhos dentro das principais tradições teóricas no campo das Ciências Sociais. Uma delas, muito fértil na área de enfermagem, refere-se à tradição fenomenológica (ARANTES 1991; SOUZA, 2000),

fazendo referência a autores específicos como Heidegger (SOUZA, 1993; DE OLIVEIRA *et al*, 2006) e Max Scheler (ALVES, 2003).

Outros trabalhos inscrevem-se em duas tradições distintas, a das Representações Sociais, que utiliza a teoria de Moscovici como suporte teórico (OSÓRIO, 2006; RAMOS E ALMEIDA, 2003 a e b; JAVORSKI *et al*, 2004; MARQUES, 2008; MULLER, 2008; SALVE, 2008; ) e a dos estudos sobre a Análise de Discurso (COSTA, 2007).

Os estudos de RS adotam diferentes estratégias metodológicas para análise de dados. A maioria dos já mencionados emprega técnicas de análise de conteúdo de Bardin (1979), com exceção daqueles que utilizam a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre (MULLER, 2008; SALVE, 2008). Estudos fenomenológicos também fazem uso das contribuições da Análise de Discurso no momento da análise, referindo autores como Bakhtin, Maingueneau e Orlandi (ALVES, 2003).

Encontramos, ainda, trabalhos fora dessas três grandes tradições teóricas, utilizando a análise de conteúdo, modalidade temática, como método para a análise de dados e diferentes referenciais teóricos como o interacionismo simbólico (TEIXEIRA *et al*, 2006) e a construção histórica, social e cultural da paternidade ancorada em vários autores (PONTES, ALEXANDRINO E OSÓRIO, 2008)

Foi observado, entretanto, em alguns artigos consultados para essa revisão, que as menções ao referencial teórico-metodológico, quando explicitadas no texto, deixam algumas lacunas que dificultam o entendimento do percurso metodológico realizado no decorrer do trabalho. Além disso, também da concepção adotada referente a termos com diferentes conotações no âmbito das diversas disciplinas que perpassam.

Há estudos, inclusive, que não adotam nenhum referencial teórico específico, ao menos não se encontram explicitados no texto, mencionando apenas a utilização de “análise de conteúdo” (NAKANO, 2003; GONÇALVES e BONILHA, 2005; MONTEIRO, GOMES e NAKANO, 2006) ou de “análise de discurso” como instrumental técnico de análise, ou simplesmente, citando Minayo como referência para análise e interpretações dos dados (SONEGO e VAN DER SAN, 2002).

A *teoria das representações sociais*, tomada como exemplo, é citada em alguns dos artigos revisados como referencial teórico-metodológico adotado. Entretanto, o

conceito apresentado, assim como a referência bibliográfica citada, remete a Minayo (1992) a autoria de tal definição (RAMOS e ALMEIDA, 2003 a e b).

Moscovici (1961), partindo do conceito de *representações coletivas* de Durkheim, inaugura um novo campo teórico, no âmbito da psicologia social, a partir do estudo da percepção e da propagação da psicanálise pela sociedade parisiense. A *Teoria das Representações Sociais* vislumbra a construção de uma psicossociologia do conhecimento, afastando-se de abordagens com tendências mais “*sociologistas*”, assim como das “*psicologistas*”, inserindo-se num contexto dinâmico, onde o objeto é parcialmente concebido pelo coletivo e pelo indivíduo.

Minayo (1992) em sua clássica obra, ao contrário de um consenso em torno do conceito de representação, resgata a trajetória histórica das várias definições para esse termo filosófico, perpassando os autores que trabalharam essa noção na sociologia, desde Émile Durkheim, sob a denominação de *representações coletivas*, passando por Weber (*ideias, visão de mundo*), Schutz (*senso comum*), Marx (*pensamento, consciência*), Gramsci e Luckács. Esse termo recebe, segundo as diferentes correntes de pensamento a que se afiliam esses autores, denominações variadas e diferentes combinações da força de coerção do substrato social.

A referida autora, por sua vez, adota a Hermenêutica-Dialética como proposta de interpretação para os dados e a caracteriza como um “caminho do pensamento”, uma “via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia”. Seriam essas as “orientações metodológicas” a que as autoras Sonogo e Van der San (2002) se referiram ao fazer referência a Minayo?

Sem a pretensão de esgotar tal reflexão teórica, consideramos pertinente a problematização desse tema para que esses e outros conceitos apresentados em futuras investigações qualitativas no campo da saúde possam apresentar-se de forma mais clara, explicitando melhor aos interlocutores de que “lugar” o autor está “falando”.

### **3.1.3 Contribuições da Pesquisa Qualitativa à Amamentação**

Os estudos qualitativos em amamentação, a exemplo do que vem acontecendo na área da saúde como um todo mostra aumento em número e diferenciando-se em



recortes cada vez mais singulares. Se antes se buscava conhecer o significado do fenômeno para as mulheres que o vivenciavam, hoje se aprofunda o exame do tema em grupos e/ou situações mais específicas (mães que desmamaram precocemente, mães de prematuros, mães adolescentes, mães amamentando na sala de parto, mulheres assistidas por determinados serviços, presença ou não de apoio, de intercorrências mamárias, etc.) e desloca-se o foco das mães para os demais envolvidos no processo, os pais e as avós. Como num jogo de “quebra-cabeça”, assim vai se formando um quadro teórico, em que novas peças vão se encaixando, somando-se às antigas, compondo-se, assim, uma imagem cada vez mais nítida e ampliada sobre o fenômeno em estudo.

Alguns estudos qualitativos embasados na Teoria das Representações Sociais (RS) têm identificado o aleitamento materno, no discurso das mães nutrizes, como atributo de uma “boa mãe”, aquela que dá o melhor (alimento) ao seu filho, aquela que cumpre com responsabilidade o seu “dever”. Na contramão, segue a “mãe negligente”, excluindo-se desse grupo aquelas que, devido a problemas no processo de amamentação, não conseguiram amamentar (NAKANO, 2003; JAVORSKI *et al*, 2004, MARQUES, 2008).

O surgimento dessas figuras antagônicas na representação sobre a maternidade já havia sido apontada por Badinter (1995) como construções históricas de um novo modelo social de maternidade que emergia no final do século XVIII e se consolidaria nos séculos seguintes. A ideia da “nova mãe”, propagada por ideólogos e autoridades médicas da época como Rousseau, Voltaire, entre outros, foi sendo incorporada inicialmente pelas mulheres burguesas almejando alcançar um lugar de maior prestígio na sociedade por meio do desempenho uma função mais gratificante que desse um sentido à vida. À “boa mãe” caberia, então, os cuidados com a criança demonstrando paciência e dedicação a um elenco de funções cada vez abrangente. Essa “mãe ideal” deveria dedicar-se integralmente aos filhos e à família, incondicionalmente terna e devotada, amando e sacrificando-se sem limites em favor dos filhos. Devotamento e sacrifício maternos constituem condição básica para o exercício da nova maternidade que passa a ser vista como sacerdócio. Apesar do enorme peso advindo da sobrecarga de novas responsabilidades e mesmo com todo o devotamento da mãe que cuida, amamenta, vigia e educa seus filhos, ainda seria necessária à maternagem bem sucedida a sensação de prazer na relação mãe e

filho. Culpa e frustração incidem sobre a mulher que não atingisse esse “estado de graça”, essa “felicidade plena” pela vivência da maternidade. O aleitamento materno institui-se como uma das maiores provas do amor materno, exigindo sacrifícios e devotamento materno sem eximir-se do prazer.

Nakano (2003), em sua pesquisa no município de Ribeirão Preto – SP, além de analisar as vivências da amamentação, maternidade e corpo, questionou o que constitui “problemas na amamentação” e qual o significado atribuído pelas mulheres às alterações em seus corpos, bem como nos corpos dos seus filhos. Vale lembrar que um percentual considerável (43%) de mulheres desse município relatou ter apresentado “problemas na amamentação”, das quais pouco mais da metade (55,4%) buscou assistência em serviços de saúde locais, segundo dados da pesquisa epidemiológica sobre alimentação de crianças no primeiro ano de vida, parte do Projeto Amamentação e Municípios do Instituto de Saúde da (SES-SP) e do NUPENS - Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, 1999 (NAKANO, 2003).

A mulher sente em seu corpo os limites da doação de si própria impostos pela dor, pelo sofrimento e pela sobrecarga física e até mesmo emocional gerada pelo conflito entre “querer” e “poder” amamentar. Seguindo o ideal de maternidade histórico-socialmente construído, o de mãe-nutriz que tudo suporta, sofre e sacrifica seu próprio corpo em favor do filho, a mãe que não amamenta se sente culpada pelo não cumprimento de um dever e necessita manifestar, então, justificativas para essa impossibilidade: *“meus peitos não estão mais aguentando”*; *“é preciso ter (leite, experiência, conhecimento) para poder amamentar”* (NAKANO, 2003, p. 362). É como se quisessem dizer: não basta querer, tem que poder amamentar.

No universo simbólico das mulheres, o desejo e o dever de amamentar estão intimamente atrelados, levando-nos a acreditar que, muitas vezes, o desejo não é o de amamentar, mas sim de cumprir com seu papel, de atuar de forma responsável no cuidado com os filhos, ser reconhecida e valorizada socialmente, uma vez que, a identidade da mulher está fortemente constituída de caracteres maternos.

A valorização social da mulher como mãe-cuidadora, mãe-educadora e mãe-nutriz tem suas raízes calcadas na história. Como já mencionamos, até meados do século

XVIII, cuidados para com a criança, dentre eles a amamentação, não possuíam o valor social que é assumido por nossa sociedade. As mães europeias da aristocracia enviavam seus filhos recém-nascidos a amas-de-leite, mulheres que adotavam tal atividade remunerada como forma de autossustento, cuidando das crianças até à idade de sete anos quando retornavam à casa dos pais, caso conseguissem sobreviver a tanto. A mortalidade infantil era muito elevada, em torno de 25 %, devido às precárias condições de higiene e à situação de quase abandono a que eram submetidas as crianças, visto que cada ama podia ter muitas delas sob seus cuidados (BADINTER, 1985).

Com a chegada dos portugueses ao Brasil, o papel de ama-de-leite passa a ser desempenhado pelas índias e, mais propriamente, pelas escravas negras, muitas delas tendo seus filhos afastados de si ainda no puerpério para que pudessem alimentar o filho da sinhá<sup>2</sup> (SOUZA e ALMEIDA, 2005; BOSI e MACHADO, 2005). Nota-se que entre os índios Tupinambás espalhadas pelo litoral brasileiro a amamentação prolongada à livre demanda era prática corriqueira e as mulheres a conciliavam com seus afazeres atando a criança a seu corpo, permanecendo junto a ela 24 horas por dia (ICHISATO e SHIMO, 2002).

Os filhos das índias Tupinambás não podiam mamar em outra mulher que não fosse sua mãe e se eventualmente acontecesse provocava-se o vômito para que a criança se livrasse do leite estranho (RAMINELLI, 1997 apud BOSI e MACHADO, 2005). Enquanto isso, os filhos da aristocracia eram amamentados pelas amas-de-leite devido à crença de que a amamentação espoliava os corpos e deixava as mulheres fracas e envelhecidas precocemente. Havia também a crença de que o esperma fazia o leite da mãe azedar, prejudicando a criança, o que explicava a proibição do relacionamento sexual durante o período de amamentação, desarmonizando a vida do casal. Em suma, a amamentação era prática desqualificada socialmente, tarefa menos nobre, considerada até mesmo um ato sujo e animalesco (BADINTER, 2005).

A partir do final do século XVIII, começa, então, a se delinear nos discursos oficiais, um novo ideal de mulher-mãe, aquela que deveria assumir os cuidados com a saúde do filho, dentre eles a amamentação. Esse movimento foi fortemente influenciado, no Brasil, pela Medicina Higienista, segmento normalizador de comportamentos com

---

<sup>2</sup> Sinhá – Tratamento dados aos escravos a sua Senhora (Dicionário Aurélio).

base em preceitos médicos que começava a se fortalecer através da aliança com o Estado brasileiro, que dela se utilizava para exercer maior controle sobre a população (COSTA, 1983).

Ainda que a criança tenha mudado de status na sociedade contemporânea, passando de “estorvo” à riqueza econômica do Estado e a amamentação revalorizada nos discursos oficiais, assistimos, durante o século XX, ao avanço do desmame precoce provocado pelo marketing desenfreado das indústrias de leites infantis, o chamado “desmame comerciogênico”, e ao nascimento da “cultura da mamadeira”.

Goldenberg (1989) documentou a trajetória da publicidade de leites industrializados em revistas leigas e científicas publicadas no Brasil, desde a primeira alusão ao leite condensado, na década de 1910, até as mais recentes e agressivas propagandas de fórmulas infantis modificadas na década de 1970. A autora destaca o papel persuasivo do conteúdo das mensagens que associava os leites industrializados à ideia de modernidade, apresentado-os como “superalimento” de alta pureza microbiológica, riqueza de nutrientes e papel preventivo de distúrbios gastrointestinais.

Numa apologia à ciência e aos seus mais legítimos representantes, os profissionais de saúde, as indústrias faziam menção a pediatras renomados e contratavam enfermeiras para divulgarem e distribuírem amostras de seus produtos em maternidades, conferindo a eles maior legitimidade. Os pediatras, em especial, ajudaram a disseminar a ideia da insuficiência do leite materno e da necessidade de complementação com outros leites, encontrados até os dias atuais na prática pediátrica, generalizando-se a insegurança da mãe quanto à quantidade e à qualidade de seu leite (REA e TOMA, 2000).

Muito além das propagandas em revistas leigas e científicas, estratégias de marketing como exposições especiais e bonificação em pontos de venda, visita direta às mães em maternidades e demais serviços de saúde, doação de brindes e amostras grátis de leite, incentivos financeiros como viagens e patrocínio à eventos científicos à classe médica e outros profissionais de saúde, entre outras, foram denunciadas pela publicação *“The Baby Killer”* em 1974. Fruto de uma investigação realizada pela *“War on Want”* em países do Terceiro Mundo, responsabiliza as

indústrias de leites infantis pela morte de milhões de crianças em todo o mundo (MULLER, 1995).

O século XX fica, então, definitivamente marcado pela devastação à prática de amamentação, a beira da extinção em todo o mundo, causada, em grande parte, pelo marketing das indústrias de leites infantis, expondo às piores consequências a saúde das crianças de países em desenvolvimento.

Nas duas últimas décadas do século XX, contudo, teve início o movimento pela retomada da amamentação no Brasil. Em vários países do mundo, especialmente as ações voltadas à defesa do aleitamento por meio de regulamentação da comercialização dos alimentos para lactantes instituindo-se legislação específica baseada no Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde, de 1981 (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1981). No Brasil tivemos a aprovação da NORMA BRASILEIRA PARA COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES - NBCAL em 1988, seguida de duas revisões, uma sob a designação de Resolução 31/92 do Conselho Nacional de Saúde, em 1992 (BRASIL, 1993), e uma nova versão dividida em três documentos, uma Portaria Ministerial nº 2.051/2001 (Diário Oficial nº 150, Seção 1, 09/11/2001) e duas resoluções da ANVISA, RDC 221 e 222 (Diário Oficial nº 150, Seção 1, 06/08/2002). Esse movimento, no Brasil e em vários países do mundo, contou com o apoio marcante de organizações não governamentais que, militando em defesa do direito de amamentar, ajudaram e trabalham até hoje pela garantia desse direito. Um exemplo a ser citado é a Rede IBFAN – *Internacional Baby Food Action Network* (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar), criada 1979 em Genebra, à época da elaboração do Código Internacional (REA, 2003)

Revisitando a história, percebemos que o ato de amamentar é sociocultural e historicamente determinado, determinação essa que tende a se sobrepor à biológica, pois esse ato está sujeito às pressões do meio social. Portanto, para manter o aleitamento materno, a mulher necessita não só de suporte e apoio familiar, mas também social e governamental (ICHISATO e SHIMO, 2002).

Nakano (2003) revela, em seu estudo sobre o significado atribuído à amamentação, à maternidade e ao corpo, que a amamentação pode ser vivenciada como um fardo

por mulheres sem auxílio externo, podendo levar a situações de estresse físico e/ou emocional que interferem no processo biológico de produção diminuindo a quantidade de leite. Enfatiza a necessidade de apoio, em especial o familiar, para facilitar a adaptação da mulher à nova vida com atividades domésticas aumentadas aliadas às necessidades de cuidados do bebê.

A solidão e isolamento emergem com muita frequência das falas das mulheres atendidas por uma maternidade pública em Terezina-PI, Hospital Amigo da Criança, no estudo sobre as alegações maternas para o desmame à luz das Representações Sociais desenvolvido por Ramos e Almeida (2003). Essa situação pode desencadear sentimentos de angústia, sintomas de depressão e esses estados de alteração emocional, somados à sobrecarga de trabalho físico, interferem na produção e na descida do leite. Embora à luz de referenciais metodológicos diferentes, os resultados coincidem com os encontrados por Nakano (2003). O apoio para Ramos e Almeida (2003a) aparece aqui não só como a ajuda do grupo familiar e amigos, mas ações que se façam presentes em outros setores como o de saúde, por meio de profissionais sensíveis à vivência subjetiva de cada mulher, e de aparelhos sociais que amparem à maternidade e o ato de amamentar.

Ainda segundo Ramos e Almeida (2003a, p. 388), os profissionais de saúde tendem a banalizar o sofrimento da mulher mediante as dificuldades advindas do processo de aleitamento: *“... as enfermeiras falavam: Não, dói mesmo, no começo vai doer, mas com a continuação vai diminuir as dores...”*, reforçando a ideia do sacrifício materno em favor do “ato de amor” e “de doação” ao filho, ideal materno instituído e reconhecido socialmente.

De Oliveira (2006), partindo de uma perspectiva fenomenológica heideggeriana, investigou a percepção das mulheres usuárias das unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro sobre o apoio recebido para amamentar. Os resultados encontrados apontam para uma assistência em que predomina a impessoalidade, uma (des)atenção igual para todas, quando os sujeitos dessa assistência, as mulheres, necessitam ser ajudadas e consideradas em singularidade por meio de relações pessoais mais autênticas com os profissionais de saúde. Referem-se ao apoio recebido como ausente ou dúbio e apontam caminhos para a mudança no modelo assistencial ao aleitamento materno na rede básica de serviços de saúde. As mães

e gestantes almejam uma assistência baseada na parceria e no diálogo, liberta da dominação e do autoritarismo, onde possam falar e serem ouvidas por profissionais que as atenda com solicitude, respeito e paciência.

Müller (2008), debruçando-se sobre a temática do apoio sob a perspectiva das Representações Sociais da nutriz, reforça esses achados no que tange ao apoio proveniente dos profissionais de saúde, ressaltando que os componentes afetivos da interação com a equipe são primordiais no reconhecimento do cuidado oferecido, por parte das mães, como apoio efetivo no processo de aleitamento. Sentir-se bem tratada, acolhida, incentivada e atendida em suas principais necessidades aumentam a motivação para amamentar.

O marido/companheiro e a mãe da nutriz são identificados como elementos com grande influência no desfecho do processo de aleitamento, podendo oferecer apoio de várias maneiras ou contribuir para o desmame. O companheiro, especialmente, ao se envolver com os cuidados da criança, contribuir com as tarefas domésticas e, principalmente, dispensar atenção e manifestar carinho pela mulher pode oferecer a segurança necessária à superação das dificuldades iniciais para seguir amamentando (RAMOS E ALMEIDA, 2003a; MÜLLER, 2008).

A participação do marido/companheiro no processo de amamentação tem oscilado entre atitudes de participação ativa, de autoritarismo e de passividade e omissão. O entendimento de que a amamentação é responsabilidade da mulher e representa saúde para a criança e economia para o pai encontram-se presentes no discurso de pais de bebê de 6 a 8 meses moradores de uma favela em Recife (PONTES, ALEXANDRINO E OSÓRIO, 2008).

A paternidade vem passando por transformações culturais importantes na contemporaneidade, dando mostras de que o papel do pai provedor da família, marcado pelo modelo patriarcal, tende a mudar abrindo espaço a um novo modelo. Esse “novo pai”, mais participativo, com maior interesse em compartilhar as questões relativas ao nascimento do filho, desde as consultas pré-natais e a participação no parto até os cuidados com a criança e os afazeres domésticos, dispensando maior atenção e carinho à mulher, age de forma a incentivar e apoiar a amamentação (GARCIA, 2001; COSTA, 2007).

Embora essa mudança já esteja em curso, ainda subsistem, no imaginário social, resquícios da estrutura tradicional de homem que se expressam no processo de amamentação por meio de atitudes impositivas e autoritárias, visando apenas à saúde do filho (COSTA, 2007; PONTES, ALEXANDRINO E OSÓRIO, 2008). O depoimento seguinte é bem ilustrativo.

*“(...) amamentação (...) foi muito difícil (...) desde o início minha médica disse, você não tem bico. Então tem que fazer bico (...) eu queria que ele participasse nisso (...) ele tinha vergonha e dizia é só do bebê isso aí, eu não vou tocar (...) tive muita dificuldade (...) leite pedrado (...) chorei muito, tive depressão, mas tudo isso sozinha, porque meu marido sempre visando mais o menino. Então eu passei três dias sem fazer coco, quando eu estava no banheiro, no momento em que eu podia fazer, ele dizia ele tá chorando, é peito, é peito é peito (...) Tudo era peito. Eu não podia fazer xixi, eu não podia fazer coco, eu não podia fazer nada... a participação (...) do meu marido na amamentação foi infeliz. Eu fui muito infeliz (neste momento ela chorou) (...) ele fica observando dando de mamar (...) Ai ele diz, ele só gosta mesmo de peito (...)” (Carla7) (PONTES, ALEXANDRINO E OSÓRIO, 2008, p. 362).*

Costa (2007) revela, ao final da investigação sobre a representação do papel do pai no aleitamento materno, que essa transição do “pai tradicional” para o “pai contemporâneo” encontra-se impregnada de tensões e angústias gerando muitos conflitos e desencontro de expectativas por parte de homens e mulheres, refletindo-se no comportamento frente à amamentação. A autora recomenda que todos os envolvidos no processo, inclusive profissionais de saúde que, algumas vezes, barram a presença do pai nas instituições, contribuam para a construção desse “novo pai”, mais participativo, mais próximo da criança e da família, encorajando-o a atuar mais ativamente para a reversão do papel do pai em cúmplice da amamentação, oferecendo incentivo e apoio efetivos à nutriz.

Quanto aos avós, um estudo sobre o significado do aleitamento materno fundamentado na teoria do Interacionismo Simbólico revela que essa prática, embora considerada importante, foi vivenciada em meio a muitos problemas e sob o paradigma do “leite fraco/insuficiente” em contexto cultural em que não havia apoio suficiente dos profissionais de saúde e da família para a superação das dificuldades. Segundo as autoras, negociando e repensando a cultura do “não pode amamentar” com a do “ter que amamentar”, os avós podem adquirir experiências mais positivas



sobre a amamentação e, desse modo, colaborar para que filhas e noras sintam-se mais seguras e confiantes durante a amamentação (TEIXEIRA, *et al*, 2006).

Souza (1993) já encontrara em sua investigação fenomenológica com gestantes acerca da amamentação que esse fenômeno encontra-se envolto em muitas dúvidas e preocupações e, mesmo em presença do desejo manifesto de amamentar, expressam a incerteza de conseguir concretizá-la. O “conseguir amamentar” está relacionado à esperança de contar com a ajuda dos outros, uma vez que a ausência dessa ajuda é relatada como fator de dificuldade.

É no ambiente de trabalho, entretanto, que a mulher percebe a fragilidade do valor atribuído a si na qualidade de mãe-nutriz e do apoio a ela oferecido. Com garantias trabalhistas frequentemente burladas ou dificultadas pelos empregadores, sente-se subjugada às exigências do setor produtivo numa sociedade de valores contraditórios e posturas incoerentes que, ao mesmo tempo, lhe atribui múltiplos papéis e não oferece estrutura para que os exerça. Decisões relacionadas ao retorno ao trabalho como a garantia dos cuidados para a criança e a aceitação de outro alimento além do leite materno durante a sua ausência podem gerar angústia e sentimento de culpa dificultando a manutenção da amamentação (MÜLLER, 2008).

As ambiguidades geradas no embate entre o “querer” e o “poder” amamentar instauram situações de conflito que podem dificultar ou mesmo interromper o aleitamento materno. Como que em resposta a essa atitude entendida como de “desamor”, aparece nas falas das mulheres alegações como *“leite fraco, pouco leite ou insuficiente”*. (RAMOS e ALMEIDA, 2003a).

A figura *“leite fraco/insuficiente”*, vale lembrar, sem nenhuma base biológica que a sustente, instituiu-se socioculturalmente como categoria explicativa para o desmame, utilizada secularmente por diferentes culturas, face às dificuldades vivenciadas no transcurso da amamentação. Essas alegações encontradas no discurso das mães nutrizas podem significar um pedido de ajuda frente às muitas necessidades e/ou dificuldades que não conseguem compreender ou mesmo superar (ALMEIDA, 1999). Metáfora da fragilidade física e social e, até mesmo do stress emocional a que estão submetidas, as mulheres das classes populares revelam a fraqueza dos corpos e a insegurança da situação de vida impressos no

produto desses corpos, um “leite fraco”, “pouco leite”, reflexo da inferioridade social a que estão submetidas (CEBRAP, 1981).

A síndrome do “leite fraco/insuficiente” pode estar relacionada à insegurança materna quanto ao significado do choro do bebê, interpretando-o sempre como sinal de fome, o que a faz pensar que seu leite não é forte ou suficiente para alimentar seu filho, reforçando a representação de “leite fraco” ou “pouco leite” que não sustenta a criança como apontam alguns estudos antropológicos e de representações sociais sobre desmame precoce (THOMPSON, 1996; RAMOS E ALMEIDA, 2003a; OSÓRIO, 2006, MARQUES, 2008).

Osório (2006), investigando as representações sociais de mães que interromperam precocemente a amamentação exclusiva, relata que o leite materno, para elas concebido como um alimento que não sustenta, possui maior valor como remédio/vacina e como fortalecedor do vínculo afetivo mãe-filho do que como medida de segurança alimentar. Logo, essas nutrizes não excluem outros tipos de alimentos durante os seis primeiros meses de vida da criança.

As dificuldades relacionadas à manutenção da amamentação exclusiva pelas mulheres aparecem, em concordância com outros autores, como decorrente da multiplicidade de papéis e tarefas a desempenhar dentro e fora do lar. Afazeres domésticos, outros filhos para cuidar, o retorno ao trabalho faz com que o aleitamento materno, especialmente o aleitar exclusivo, seja percebido como uma tarefa árdua, cansativa, muitas vezes mais um fardo que limita sua liberdade e dificulta o cumprimento de todas as suas funções de mulher-mãe-nutriz-profissional-cuidadora do lar. (SILVA, 1990; NAKANO, 2003; OSÓRIO, 2006).

*“Eu fico dando de mamar a ele e fico pensando naquelas coisas que eu deixo para fazer (...) quando ele acorda quer mamar (...) quase não deixa eu sair... (...) eu quero fazer minhas coisas (...).” (NAKANO, 2003, p. 362)*

Paradoxalmente, para as mães de bebês prematuros, como nos revela um estudo fenomenológico, o aleitamento exclusivo emerge como essencial à vida, e deve, portanto, ser priorizado visando o bem estar da criança, em detrimento do seu próprio (BRAGA, MACHADO e BOSI, 2008).

Javorski *et al* (2004), estudando as representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru, perceberam no discurso das mães uma forte relação entre a amamentação e promoção de crescimento/desenvolvimento adequado da criança. Como o bebê pré-termo não é visto por elas como um bebê saudável, o leite materno representa possibilidade de vida para o filho e maior proteção (vacina) para recuperação mais rápida e antecipação da alta hospitalar, assim como demonstração de dedicação e amor materno.

Devido a todos os valores imputados ao leite materno na recuperação do prematuro, somados aos sentimentos de culpa e impotência por não terem sido capazes de levar a gestação a termo, o *stress* daquelas que não conseguem ou têm dificuldades em amamentar é ainda maior, aumentando a sensação de culpa por não conseguir oferecer o alimento de que seu bebê prematuro tanto necessita. Aquelas mães cujos filhos ainda não sugam diretamente no peito vivenciam momentos repletos de conflitos, dúvidas e inseguranças referentes à sua capacidade de manter a lactação por meio da ordenha, medo do bebê não conseguir sugar o peito e os incômodos relacionados à dor dos ingurgitamentos e da ordenha manual ou mecânica. Carregam ainda sentimentos de culpa e frustração por entenderem não estar sendo uma “mãe perfeita” aquela que amamenta como prova de amor ao filho (JAVORSKI *et al*, 2004).

Sobre a percepção das mulheres acerca da amamentação em sala de parto, um estudo revelou sensações e sentimentos ambivalentes com relação a esse primeiro contato. Algumas mães sentiram-se muito desconfortáveis e relatam não terem apreciado esse momento, o de receber seu bebê “*assim, ainda suada*”. Outras, mesmo segurando seus bebês em situação inadequada, enfrentaram o desconforto, o cansaço, o incômodo e as dores em favor do bem estar dos filhos (Monteiro *et al*, 2006). Essa atitude, mais uma vez, remete ao ideal romântico de maternidade, construído social e historicamente e, segundo o qual as mulheres devem sacrificar-se e doar-se em benefício dos filhos, suportando todo o tipo de sofrimento como inerente ao papel de mãe (BADINTER, 1995).

Segundo Monteiro *et al* (2006), a compreensão do significado do contato precoce e da amamentação, ainda em sala de parto, implica em conhecer e respeitar o desejo da mulher, conhecendo e respeitando sua cultura e o apoio social de cada uma delas.

O contato precoce entre mãe e bebê, embora constitua um dos “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” preconizados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), estratégia de incentivo à amamentação em maternidades, deve ser entendido um direito a ser exercido com o apoio da equipe de profissionais, nunca como uma imposição.

Investigações qualitativas têm corroborado para o aprofundamento da compreensão sobre o processo do desmame. Sonogo e Van der San (2002) estudaram as práticas utilizadas no desmame, independente da duração do aleitamento, em sete mulheres de três gerações de uma família, numa perspectiva mais etnográfica, embora sem menção a esse referencial teórico. Observaram a preferência por um desmame progressivo, primeiramente suspendendo as mamadas durante o dia e depois à noite. Perceberam que algumas práticas se repetiram nas gerações que se seguiram como colocar algo ruim sobre a mama para causar rejeição na criança, diminuir o contato temporariamente entre a mãe e a criança deixando-a aos cuidados de outros familiares e apelo às práticas religiosas como orações, promessas, novenas, apelando até mesmo a familiares já falecidos para facilitar a interrupção das mamadas.

Essas práticas estiveram fortemente influenciadas pelo aprendizado repassado de uma geração a outra, melhor dizendo, por fatores culturais, costumes, crenças, sentimentos e valores partilhados pelo grupo social, embora a experiência individual, a subjetividade de cada mulher, também tenha sido determinante na adoção ou não de determinados procedimentos em relação ao aleitamento e ao desmame de seus filhos (SONEGO e VAN DER SAN, 2002). O aleitamento materno também tem sido apontado como uma tradição familiar, uma prática repassada por várias gerações como um exemplo a ser seguido por mães mais jovens (PRIMO e CAETANO, 1999; MARQUES, 2008).

Salve (2008), ao estudar as representações sociais das mães sobre a introdução de alimentação complementar, traz importantes contribuições ao entendimento do significado do desmame. Mesmo quando a decisão de interromper a amamentação

é tomada pela mãe, pelos mais variados motivos, esse momento pode ser vivido de forma solitária, conflituosa e carregada de culpa. O processo é percebido como um momento difícil, emocionalmente doloroso e vivenciado simbolicamente como separação/abandono do filho.

Como a mãe deixa de ser a única provedora do alimento para o filho, ela sente que criou um “espaço” em que outros atores adentram a cena dos cuidados com a criança. A situação de separação do bebê gera certo “ciúme” e ressentimentos pela perda simbólica do filho, como já havia sido assinalado por Silva (2005).

No que se refere à assistência em aleitamento materno, existe um grande descompasso entre o discurso dos profissionais que prestam essa assistência e a experiência vivenciada pela mãe nutriz no processo de amamentação. O atendimento oferecido é muito impessoal, focado no repasse de informações e no manejo clínico, enquanto as vivências no cotidiano feminino são singulares e perpassadas por componentes subjetivos. Muitas vezes as orientações recebidas, impessoais, pautada em normas e regras, não correspondem à realidade vivida por elas e às suas necessidades, aumentando o medo e a insegurança típicos desse período (ARANTES, 1995).

Para Ramos e Almeida (2003b), as mulheres precisam ser ouvidas por profissionais capazes de realizar uma escuta sensível às suas angústias e ansiedades frente ao desconhecido e oferecer o apoio necessário para diminuí-las. Como já havia sido apontada por Arantes (1995), a assistência à amamentação precisa voltar-se a uma abordagem mais individualizada baseada nas razões das dificuldades enfrentadas por essa mulher real para ajudá-la a resolvê-las por meio de reflexão conjunta.

Alves (2003) estudou, numa perspectiva fenomenológica, a relevância dos valores que emergem dos discursos dos enfermeiros e sua possível influência no ato de amamentar. Ele aponta para a rotinização do discurso oficial no cotidiano do enfermeiro, enfocando estritamente o valor vital (nutricional e imunológico) do leite materno. Na prática assistencial, não ocorre a devida valoração dos aspectos afetivo e emocional que envolvem tanto a mulher-nutriz quanto a criança, menos ainda o estético e o social. O esclarecimento às mulheres se dá de forma mecânica, impositiva, privilegiando a dimensão técnica e o conhecimento instituído pelo modelo biomédico.

*“(...) os enfermeiros assistenciais são seres constituídos historicamente, seus discursos são incompletos, na medida em que são produzidos no momento vivido, conforme a realidade circundante, levando-os a anularem a própria voz diante do instituído pela Academia, pelas políticas públicas de saúde exaradas pelo Governo, pelos modismos no que se refere à amamentação, e até mesmo por um certo ‘desinteresse’ em aprofundar, junto às mulheres nutrizas, um tema de complexidade multifacetada” (ALVES, 2003)*

O sentido do esclarecimento dos enfermeiros para a amamentação, segundo Alves (2003), deve afirmar os valores para mãe nutriz e bebê, nunca gerando ruptura entre o binômio. Ao constituir valores somente ao bebê, imunológico, nutricional e afetivo, institui-se na mulher um processo de culpabilidade, quando não amamenta, por não ter um filho com tão boas condições imunológicas, nutricionais e emocionais quanto os que o são.

Esse autor sugere uma assistência de enfermagem mais comprometida com a realidade de cada mulher, baseada no pensamento crítico-reflexivo, podendo transmitir às nutrizas maior segurança em relação aos esclarecimentos a respeito do aleitamento, ressaltando também os valores que revestem este ato, não só conforme o preconizado nas normas oficiais, mas, principalmente, de acordo com o seu próprio ponto de vista valorativo (ALVES, 2003).

Araújo e Almeida (2008) também evidenciaram uma tendência à abordagem dos aspectos biológicos e epidemiológicos do aleitamento materno na produção da pós-graduação em Nutrição o que sugere pouca preocupação por parte dos profissionais nutricionistas com as questões subjetivas do sujeito “mãe” no processo de amamentação.

Esse reducionismo, segundo os autores, observado na produção científica no campo da Nutrição acerca da amamentação pode influenciar a constituição dessa temática como disciplina na academia e condicionar a atuação profissional, na assistência à amamentação, a uma abordagem restrita ao campo biológico, em detrimento das especificidades culturais e emocionais da mulher.

Cabe ressaltar, entretanto, que temos observado, mais recentemente, nutricionistas ingressando em programas de pós-graduação em áreas como Ciências da Saúde, Saúde Coletiva, Saúde Pública e Enfermagem, onde as linhas de pesquisa têm possibilitado a realização desses estudos, demonstrando interesse crescente por abordagens mais qualitativas dessa temática (COSTA, 2007; SALVE, 2008; MARQUES, 2008).

Constatamos, ao finalizar essa revisão, sem a pretensão de considerá-la acabada, que a maioria dos trabalhos que levantamos sobre essa temática, não demonstra, numa primeira análise, resultados conflitantes. Ao contrário, podemos perceber que, ao longo desses quase 20 anos de investigações qualitativas sobre amamentação estamos acumulando um corpo de conhecimento que se complementa e se amplia para aumentar a compreensão das diversas situações vividas durante o processo de amamentação, não só para mães e familiares, mas também referente à assistência dos profissionais de saúde.

Os autores dos trabalhos revisados reconhecem a amamentação como fenômeno complexo multifatorial assumido como processo híbrido entre natureza e cultura, perpassado por questões de ordem psicossocial como afetividade, estímulo sensoriais, corpo, sexualidade, não podendo atribuir somente à mulher a responsabilidade pelo seu êxito.

A prática do aleitamento materno não está posta como um dever da mulher, mas como um direito a ser exercido com o devido apoio em seus mais variados níveis e nuances, atores e cenários. Explicitamente ou não, parecem concordar com a não responsabilização da mulher pelo insucesso na amamentação.

A culpabilização da mulher que não consegue vencer todas as dificuldades sociais, biológicas e até mesmo emocionais inerentes ao processo pode ocultar as distorções de uma sociedade que impõe à mulher mais um papel a ser assumido sem as devidas condições de exercê-lo, em nada contribuindo para a valorização sociopolítica da prática de amamentação.

Mediante o quadro retratado, podemos dizer que a maioria dos trabalhos que levantamos sobre essa temática, não demonstra, numa primeira análise, resultados

conflitantes. Ao contrário, podemos perceber que, ao longo desses quase 20 anos de investigações qualitativas sobre amamentação estamos acumulando um corpo de conhecimento que se complementa e se amplia para aumentar a compreensão das diversas situações vividas durante o processo de amamentação, não só para mães e familiares, mas também referente à assistência dos profissionais de saúde.

Muitos são os determinantes da amamentação que assumido como processo híbrido entre natureza e cultura, perpassado por questões de ordem psicossocial como afetividade, estímulos sensoriais, corpo, sexualidade, não podendo atribuir somente à mulher a responsabilidade pelo seu êxito. Em especial, os serviços de saúde precisam estar preparados para oferecer o apoio necessário à mulher que amamenta.

### **3.2 Banco de Leite Humano e doação de leite humano**

Pretendemos nesse tópico rever a literatura científica sobre aspectos sócio-históricos que contextualizam os Bancos de Leite Humano na Política de Aleitamento Materno do país e sobre a vivência da doação de leite humano, com foco em trabalhos de natureza qualitativa. Levantamos nas principais bases referenciais em saúde (MEDLINE, LILACS e SciELO) artigos, dissertações, teses e documentos oficiais utilizando os seguintes indexadores: pesquisa qualitativa, banco de leite humano, análise de discurso, doação de leite humano e termos correlatos na língua inglesa e espanhola. Devido à escassa produção encontrada nos últimos cinco anos, ampliamos o período de recuo no tempo às duas últimas décadas na tentativa de aumentarmos o quantitativo de trabalhos sobre o assunto.

#### **3.2.1 Bancos de Leite Humano no Brasil**

O leite humano pode representar a diferença na sobrevivência de muitos bebês, especialmente para aqueles que nasceram prematuros, doentes ou com muito baixo peso, ainda incapazes de sugar no peito da própria mãe. Nestes casos, o Banco de Leite Humano exerce importante papel e tem contribuído positivamente para redução da morbidade e mortalidade neonatal, em especial, nos prematuros.



O Banco de Leite Humano (BLH) é um serviço especializado em coleta, processamento e controle de qualidade do leite humano em suas diferentes fases (coloostro, leite de transição e leite maduro), para posterior distribuição, sob prescrição médica ou de nutricionista, a esses bebês hospitalizados. Esse serviço necessita obrigatoriamente estar ligado a um hospital materno e/ou infantil e tem como finalidade primordial a promoção do aleitamento materno por meio de incentivo, proteção e apoio clínico a problemas relacionados à saúde da mãe e da criança. Trata-se de instituição sem fins lucrativos sendo, portanto, proibida a comercialização dos produtos por ela coletados e distribuídos (BRASIL, 2006).

Para tornar-se doadora de um BLH, é preciso estar amamentando e produzindo um volume de leite maior que o necessário para o seu bebê e se dispor a doar o excedente de forma totalmente voluntária, além de estar em boas condições de saúde. Igualmente doadoras de LH são as mães que retiram seu leite para oferecer unicamente ao seu filho hospitalizado, ainda sem condições de sugar diretamente no peito (BRASIL, 2006).

A doação de leite humano (LH) ocorre por meio de ordenha do leite da nutriz, no serviço ou no próprio domicílio, acondicionamento em frasco de vidro esterilizado e imediato armazenamento no freezer ou congelador. Quando a coleta do leite é realizada no domicílio pode permanecer nessas condições de armazenamento por até quinze dias, período máximo no qual deve ocorrer o recolhimento dos frascos pelo veículo-coletor. Após passar por processo que envolve seleção, classificação e pasteurização<sup>3</sup>, o LH é distribuído aos bebês hospitalizados, atendendo aos critérios de prioridades estabelecidos pelo Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano - RDC n. 171/2006: Recém-nascido (RN) prematuro ou de baixo peso que não suga; RN infectado, especialmente com infecções intestinais; RN em nutrição trófica; RN portador de imunodeficiência ou de alergia a proteínas heterólogas; demais casos excepcionais, a critério médico (BRASIL, 2006).

---

<sup>3</sup> No Brasil, todo o leite humano oferecido a bebês de mulher que não seja a mãe biológica deve ser processado de acordo com a norma para funcionamento de Bancos de Leite Humano – RDC nº 171/2006. O Ministério da Saúde contraindica o aleitamento cruzado, ou seja, o aleitamento da criança por nutriz que não seja a mãe biológica (ama de leite).

Ao realizar a ordenha é importante que a mulher siga algumas recomendações de caráter higiênico-sanitárias para que o leite ordenhado se mantenha dentro de condições higiênico-sanitárias adequadas à manutenção da qualidade imunológica e nutricional do leite humano, visto que será destinado a bebês muito vulneráveis internados em unidades neonatais (BRASIL, 2006)

Ao observarmos alguns aspectos da história dos BLHs no Brasil podemos perceber o grande avanço que se constituiu desde a criação do primeiro BLH até a consolidação de uma Rede de BLH que ultrapassou as fronteiras nacionais para expandir-se pela América Latina, produzindo grande impacto sobre os indicadores de aleitamento materno e de saúde da criança.

O primeiro BLH no Brasil surgiu em 1943, no Instituto Nacional de Puericultura, atual Instituto Fernandes Figueira – IFF, situado na cidade do Rio de Janeiro. O único objetivo era obter leite humano para atender a casos especiais como prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias a proteínas heterólogas (ALMEIDA, 1999).

Até 1985, os demais Bancos que foram surgindo funcionavam com o mesmo objetivo e com características bem diferentes das que encontramos atualmente. O leite humano doado era distribuído sem nenhum tipo de tratamento, em sua forma crua. O tratamento térmico aparece somente mais tarde com o aumento de volume do leite coletado possibilitando, assim, o armazenamento por um mês sob refrigeração sem sofrer alterações (ALMEIDA, 1999).

A doação de leite não constituía ato voluntário como a conhecemos nos dias atuais. Tratava-se de prática remunerada conforme o volume de leite coletado, e valia-se de outros atrativos como assistência médica e distribuição de cestas básicas. As doadoras, mulheres provenientes das camadas mais pobres da população, utilizavam essa atividade para aumentar a renda doméstica. A ordenha do leite humano era predominantemente mecânica devido ao aumento do rendimento do volume de leite ordenhado e à crença de que esse procedimento diminuía os riscos de contaminação do produto (ALMEIDA, 1999).

A partir de 1985, houve uma grande expansão dos BLHs, impulsionados pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, criado em 1981.

Esse programa instituiu o Grupo Técnico de BLH, responsável pela elaboração do primeiro documento oficial de recomendações técnicas. Tais recomendações constituem-se em um guia para assessorar a implantação e o funcionamento de BLHs em todo o país (BRASIL, 1988).

Inicia-se, a partir de então, a formação progressiva de uma Rede de BLHs apoiada pelo Centro de Referência Nacional de Banco de Leite Humano – CRNBLH, localizado no Rio de Janeiro, que por meio de pesquisas e do desenvolvimento de tecnologias de baixo custo voltadas a realidade nacional proporcionou a otimização do funcionamento dos BLHs, promovendo a segurança técnica necessária à certificação de qualidade do leite humano ordenhado.

Com a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN em 1997, órgão responsável pelas ações de aleitamento materno e, conseqüentemente de BLH, essas ações só voltam oficialmente à cena da política de saúde do país após o estabelecimento da Política Nacional de Aleitamento Materno, pelo Ministério da Saúde, inserida na Área Técnica de Saúde da Criança.

O envolvimento das Vigilâncias Sanitárias – Nacional e Estaduais – como parceiros na busca pela qualidade dos processos e produtos dos BLHs, o investimento em qualificação dos profissionais como forma de fortalecer a sua atuação e à nova compreensão da amamentação, tendo a mulher como principal agente, caracterizam uma nova fase de grande expansão dos BLH no país.

Em 1998, por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, foi criada a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano – RNBLH que institui os Centros de Referência Estadual – CREBLH, trabalhando de forma articulada com os municípios e com o CNRBLH. A Rede tem como missão promover a saúde da mulher e da criança mediante a integração e construção de parcerias com órgãos federais, estados e municípios, iniciativa privada e sociedade com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade neonatal e melhorar os indicadores de aleitamento no Brasil (FIOCRUZ, 2008).

Em uma década de existência, a REDEBLH conseguiu se expandir simultaneamente a sua consolidação. Por meio de cooperações internacionais o país começou a exportar a tecnologia de implantação e de funcionamento de BLH e, com o apoio da

Organização Panamericana de Saúde – OPAS, desde 2003 a REDEBLH foi sendo ampliada para o continente latino-americano até que, em 2005, representantes de Ministérios da Saúde de países da América Latina assumiram, através da assinatura da Carta de Brasília, o compromisso de criação da Rede Latinoamericana de Bancos de Leite Humano (MAIA, 2006).

O Brasil se destaca no cenário internacional em virtude do impacto positivo da política de aleitamento materno, e, em especial das ações provenientes dessa que hoje se constitui a maior e mais complexa Rede de Bancos de Leite Humano do mundo, operando com elevado nível de rigor técnico e certificação de qualidade de seus produtos e serviços.

O reconhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo trabalho desenvolvido pela Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como o que mais contribuiu para a redução da mortalidade infantil e para a promoção do aleitamento materno dentre todos os da década de 90, chegou em 2001 com o Prêmio SASAKAWA de Saúde 2001, entregue ao pesquisador Dr. João Aprígio Guerra de Almeida, que em seu discurso de agradecimento, declara que:

*“Mais do que um simples provedor de leite humano, entretanto, a Rede de Bancos de Leite Humano constitui, hoje em dia, um dos mais importantes elementos estratégicos da política governamental, a favor da lactância, com uma intensa atuação na assistência às crianças com dificuldade para mamar e incentivando a lactância materna em todo o país” (ALMEIDA, 2001).*

A REDEBLH é composta atualmente por 258 unidades operantes das quais 66 são Postos de Coleta (PCLH) e 192 são BLH. Os postos de coleta são unidades que coletam e armazenam o leite humano, mas não dispõem de condições para processá-lo e enviam-no a um BLH ao qual estejam vinculados. Realizam também as atividades de promoção do aleitamento materno. No ano de 2007 foram coletados 135.646,4 litros e distribuídos 99.475,6 litros de leite humano pasteurizado com qualidade certificada a 143.773 recém-nascidos internados em unidades de terapia neonatal intensiva, fazendo com que 105.468 mães participassem voluntariamente do programa de doação no país (FIOCRUZ, 2009).

### **3.2.2 Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares**

O Banco de Leite Humano surgiu de uma parceria entre a Maternidade Odete Valadares - MOV e a Legião Brasileira de Assistência, iniciando suas atividades em outubro de 1986. Desde a inauguração, pautou suas ações de controle da qualidade do serviço em recomendações do Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira, Referência Nacional em BLH.

Em 1999, após a criação da RNBLH, o BLH-MOV foi reconhecido como Referência para o Estado de Minas Gerais pela Secretaria de Saúde do Estado e pelo Ministério da Saúde, assumindo, assim, o compromisso de orientar, treinar e assessorar instituições interessadas na implantação de bancos e postos de coleta de leite humano.

O Estado de Minas Gerais possui atualmente dezoito unidades, das quais nove são Postos de Coleta de Leite Humano e o restante são BLH. O BLH-MOV possui sete postos de coleta vinculados, cinco deles em cidades do interior - Pará de Minas, Ibitiré, Oliveira, João Monlevade e Itaúna - e mais dois em Belo Horizonte, no Hospital das Clínicas e no Bairro Saudade.

Durante o mês de novembro de 2006, quando procuramos o serviço para localizar as doadoras e dar início aos contatos para a realização das entrevistas, havia 40 doadoras cadastradas no BLH-MOV. Considerando-se que nesse mesmo ano o número de nascidos vivos de mães adultas em Belo Horizonte foi de 26.799<sup>4</sup>, podemos dizer que, de maneira aproximada, apenas 0,15% das mulheres que deram a luz nesse ano estava doando leite humano ao BLH-MOV.

No ano de 2007 foram coletados pelo BLH-MOV e as seis unidades vinculadas 4.013,9 litros de leite humano. Considerando-se as perdas e o montante devolvido aos postos de coleta após o processamento (cerca de 50% do leite enviado para a pasteurização), foram distribuídos pelo BLH-MOV 2.622,4 litros de leite humano com qualidade certificada a 654 recém-nascidos prematuros e crianças em situação de vulnerabilidade, fazendo com que 1.423 mães participassem como doadoras voluntárias.

---

<sup>4</sup> Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Essa realidade mudou consideravelmente em consequência das campanhas de divulgação nos meios de comunicação de massa (rádio, TV e jornais impressos), especialmente aquelas realizadas no dia 1º de outubro em comemoração ao Dia Internacional da Doação de Leite Humano. Somente no mês de novembro de 2008, após uma das mais efetivas das campanhas já realizadas, obteve-se o número recorde de 337 doadoras e a subsequente distribuição de 351 litros de leite humano pasteurizado.

Segundo a gerente do BLH - MOV, psicóloga Maria Hercília de Castro Barbosa e Silva, a capacidade operacional do serviço, atuando com dois pasteurizadores por turno de trabalho, permite processar mensalmente 400 litros de leite humano, atendendo à demanda interna da Maternidade, aproximadamente 50 a 60 prematuros/mês, e a alguns pedidos externos. Para atingir 100% da demanda externa e constituir um estoque de leite humano o serviço pode aumentar um turno de trabalho e dobrar sua capacidade de processamento para 800 litros de LHO.

Mudança recente observada pela gerência do serviço, nos anos de 2007/2008, refere-se ao aumento surpreendente do número de doadoras, o que fez crescer o volume de LHO cru. Em contrapartida, o maior rigor no controle de qualidade conferido pelo Regulamento Técnico para Funcionamento de Bancos de Leite Humano - RDC nº 171/2006 envolvendo a etapa de seleção<sup>5</sup> do LHO cru tem produzido um aumento da inutilização de maiores volumes de leite humano. Esse aumento do volume de LH considerado impróprio para o consumo de bebês de risco faz com que o saldo total de leite pasteurizado disponível no BLH venha diminuindo.

A seleção de doadoras também se modificou, tornando-se mais rigorosa. Para serem aceitas como doadoras, as nutrizes devem apresentar exames pré ou pós-natal compatíveis com a doação de LH, não fumar mais que dez cigarros por dia, não usar medicamentos incompatíveis com a amamentação, não usar bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas. Quando a nutriz não tiver realizado pré-natal ou o cartão de pré-natal não estiver disponível, será necessário realizar exames (Hemograma completo, VDRL, anti-HIV, e demais sorologias usualmente realizadas durante o pré-natal) ou outros exames conforme necessidade individual da doadora.

---

<sup>5</sup> Critérios de seleção de LHO cru: segundo os critérios de condições da embalagem, presença de sujidades (qualquer corpo estranho como pêlos, cabelos, insetos, fragmentos de unha, pele, papel, vidro, cisco), cor, *off flavor* e acidez Dornic.

Durante o mês de fevereiro/2009, por meio da participação de 164 doadoras, foram destinados à pasteurização 227 litros de LH, pouco mais da metade da capacidade operacional do serviço por turno, e atendidas apenas 67 crianças.

Mediante essa situação, fica evidente a necessidade de ampliação do quadro de doadoras e, conseqüentemente, do volume de leite humano para processamento e distribuição, visto que o serviço dispõe de instalações físicas e de pessoal para processar maiores volumes do produto que poderia atender à demanda reprimida externa ao serviço, constituída por bebês prematuros e crianças com doenças graves que necessitam fazer uso do leite humano.

### **3.2.3 Estudos sobre doação voluntária de leite humano**

A doação de leite humano ainda é uma prática pouco conhecida na população em geral, embora as últimas campanhas em favor da doação tenham conseguido aumentar a visibilidade dessa questão e o número de doadoras tenha aumentado significativamente nos últimos anos.

As publicações científicas sobre aspectos motivacionais da doação voluntária de leite humano ainda são escassas. Quem doa LH e por quê? São questionamentos que começam a instigar alguns pesquisadores envolvidos com a temática da amamentação e do leite humano. Utilizando diferentes metodologias e abordagens tanto quantitativas quanto qualitativas, alguns trabalhos têm procurado conhecer não só o perfil sociodemográfico, mas também as motivações para a doação, o envolvimento com BLHs, problemas enfrentados na experiência da amamentação e da extração de seu leite, valores pessoais e traços de personalidade que poderiam condicionar a decisão de doar e instituir barreiras para doação (AZEMA e CALLAHAN, 2003; GALVÃO *et al*, 2006; OSBALDISTON E LEIGH, 2006; TOMAZ *et al*, 2008; ALENCAR e SEIDL, 2009).

Um dos poucos trabalhos publicados no Brasil, realizado com 11 nutrízes doadoras do BLH de um hospital público de Fortaleza, utilizando abordagem qualitativa, relata como principal motivação para doação o desconforto proveniente do ingurgitamento mamário. As autoras destacam que a maioria das doadoras desconhecia os benefícios e a importância do aleitamento materno e só tomaram conhecimento do

BLH através de profissionais de saúde nos períodos pré e pós-natal (GALVÃO *et al*, 2006).

O perfil sociodemográfico das doadoras, mães jovens, com idade de 16 a 30 anos, em situação socioeconômica menos favorecida, com diferentes graus de instrução, variando desde o ensino fundamental incompleto até o superior completo. A partir desses dados as pesquisadoras levantam os seguintes questionamentos: *“Mulheres em situação social pouco favorecida são mais sensíveis aos problemas sociais? Nutrizes de classe social mais privilegiada desconhecem a existência de BLH?”* Sugerem que esses e outros temas possam ser esclarecidos em futuras investigações para ampliar os conhecimentos sobre as doadoras de LH (GALVÃO *et al*, 2006).

A experiência da doação, os motivos, as crenças e os sentimentos relativos a essa prática, além de informações socioambientais, foram investigados em uma amostra de conveniência formada por 36 mulheres doadoras que representam 20% da clientela de dois bancos de leite humano da rede pública de saúde do Distrito Federal (ALENCAR e SEIDL, 2009).

As autoras encontraram níveis socioeconômicos variados na amostra em que quase 50% das doadoras encontram-se nas faixas de renda familiar superiores a cinco salários mínimos e 27,7% com renda familiar superior a dez salários mínimos. Esses achados sugerem que não são apenas mães de baixa renda que doam leite humano e, de certa forma, respondem ao questionamento levantado por GALVÃO e colaboradores (2006) sobre o conhecimento do BLH e da doação por classes sociais mais privilegiadas.

O estudo realizado por Alencar e Seidl (2009) é do tipo exploratório, descritivo, de corte transversal que utilizou questões abertas em que os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo categorial. As autoras encontraram como principal motivo para a doação o altruísmo, doação como forma de ajudar mães impossibilitadas de amamentar e o segundo motivo mencionado foi o excesso de leite. Outras categorias como experiência prévia de dificuldades com amamentação da própria doadora ou de outra pessoa próxima, evitar o desperdício do leite



ordenhado, autovalorização por desempenhar um papel social importante também foram relatadas como razões importantes para a doação.

Tomaz *et al* (2008) realizaram um estudo transversal com amostra de 737 doadoras de LH representativa para os BLH do estado de Alagoas. Coletaram dados sobre idade, estado marital, nível de escolaridade, situação profissional, número de visitas pré-natais, número de gestações/filhos e experiência prévia com doação.

Observaram que as doadoras apresentam idades que variam entre 18 a 35 anos, a maioria casada (54,6%) com alto percentual de mulheres solteiras (34,4%) e um perfil socioeconômico caracterizado por nível de escolaridade fundamental e médio (90,3%) e em situação de desemprego em 69,5% dos casos. A grande maioria teve até três gestações (89,4%) e realizaram mais de cinco consultas pré-natais em 71,8% da amostra. Elevado percentual de partos prematuros foi observado nessa amostra (49,7%).

Os motivos encontrados para a doação foram a motivação de um profissional de saúde e o conhecimento da necessidade de leite humano nos BLH. Em geral, as doadoras são mulheres envolvidas em atividades sociais, o que sugere que elas têm maior senso de responsabilidade social. Entre as adolescentes (< 18 anos), o período de permanência no hospital foi significativo para a decisão de doar LH (TOMAZ *et al*, 2008).

Nos EUA, Arnold and Borman (1996), apoiados na experiência de trabalho com BLH ofereceram duas explicações na tentativa de responder às questões “Quem doa e por quê?” Primeiro, as doadoras não querem desperdiçar o leite que elas se esforçaram para extrair e, segundo, porque queriam ajudar outros bebês.

Na França, Azema e Callahan (2003) realizaram um estudo para caracterizar mais detalhadamente as doadoras de LH, levantando informações sobre trabalho, família, problemas na amamentação e motivos para doação de LH em formulário enviado pelo correio. Com 69% de respostas recebidas, encontraram respostas similares às de Arnold e Borman (1996), tendo como motivações primárias “ter muito leite e preferir doar a dispensar” e “vontade de ajudar aos outros”. Concluíram que otimismo e altruísmo são qualidades características das doadoras de leite humano.

Um estudo realizado no Texas - USA por Osbaldiston e Leigh (2006) encontrou um perfil sociodemográfico bem diferente do estudo brasileiro realizado por Galvão *et al* (2006). A maioria das doadoras eram mulheres casadas, jovens, brancas, financeiramente estáveis, com bom nível de instrução e exerciam atividade remunerada fora do lar. Os autores encontraram dentre as mais fortes razões mencionadas para doar seu leite: ajudar os outros, produzir excedente de leite e querer doar, conhecerem a necessidade do BLH.

Os autores suspeitavam que as doadoras que reportassem maiores problemas com a amamentação e a extração de leite, além de maiores barreiras para a doação doariam menor volume de leite, mas isso não se confirmou. Dentre as doadoras encontram 58% de ingurgitamento mamário, 33% de mamilos fissurados e 20% mastite. Quanto às dificuldades relativas à doação e extração, os autores encontraram dificuldades em reservar um momento para extração do leite na rotina diária, grande esforço e longo tempo para extrair o excedente para doação, não gostar de utilizar e limpar a bomba de extração (a maioria elétricas), inconveniência em usar recipiente de plástico para acondicionar o leite (OSBALDISTON e LEIGH, 2006).

A segunda suposição referia-se a maiores barreiras a doação e dificuldades de extração do leite para mães que tivessem amamentado e extraído leite, mas que não tivessem doado, provenientes do grupo controle, o que igualmente não foi significativo nos testes estatísticos. As barreiras encontradas para doação elencadas foram: encontrar tempo e lugar para a extração, transporte do leite ao BLH, problemas nos exames de sangue, stress físico e psicológico/depressão, doença pessoal ou na família (OSBALDISTON e LEIGH, 2006).

Os autores são unânimes em ressaltar a necessidade de se realizar mais estudos sobre a doação de leite humano, especialmente destacando o perfil sociodemográfico das doadoras, suas motivações, sentimentos, atitudes e crenças em face da escassez da literatura científica sobre o assunto. Esse conhecimento poderia levar ao direcionamento das estratégias de marketing das campanhas para aumentar o recrutamento de doadoras. Assim como na doação de sangue, podem ser desenvolvidas estratégias a partir da análise dos segmentos e grupos sociais e de suas características diferenciais, aumentando sua eficácia (LUDWIG, 2005),

principalmente se considerarmos que as potenciais doadoras de LH são numericamente menores que os de sangue.

### **3.3 Análise de Discurso e outras teorias**

O quadro de referências teóricas utilizado para articulação com o material a ser analisado é marcadamente psicossocial e bastante dinâmico, considerando as contribuições teóricas de autores da sociologia, antropologia, psicologia e demais ciências humanas, de modo a valorizar a dimensão simbólica dos indivíduos.

Convém estabelecer uma breve explanação sobre o que entendemos por simbólico e outros conceitos relacionados com os quais iremos trabalhar, explorando as contribuições teóricas de alguns atores da linguística e da psicanálise.

Para FIORIN (2008), o processo de simbolização em um texto incide quando se estabelece uma relação entre figuras e temas. Acontece, para cada figura dada, certa interpretação temática já inserida no texto. Essa figura dada reveste-se de um significado estável. O autor exemplifica com o símbolo da justiça (tema) que tem como imagem simbólica (figura) uma mulher de olhos vendados com uma balança na mão. O símbolo, portanto, é a concretização de conteúdos abstratos.

Spitz (2004), estudando a singularidade da comunicação mãe/bebê nos primeiros meses de vida, define distintivamente os termos símbolo, sinal e signo. O sinal trata-se de uma percepção ligada à experiência de um objeto ou uma situação, um termo mais genérico que o signo, subordinado hierarquicamente ao primeiro, designando seu uso específico. Em outras palavras, o signo representa uma qualificação específica, convencionalmente aceita, da conexão entre um sinal e uma experiência. Um símbolo é um sinal que representa uma ideia, uma situação, uma ação ou um objeto. Pessoas adultas se utilizam de símbolos verbais (palavras) e gestuais (gestos) para a comunicação entre si, enquanto os bebês comunicam-se por meio de sinais (especialmente os vários tipos de choro) e recebem dos adultos mensagens por meio de signos que vão sendo percebidos por eles.

A propósito desse assunto, a psicanálise lacaniana também apresenta, em interface com a linguística, suas contribuições para iluminar alguns dos conceitos.

*“(...) trata-se ainda e sempre de símbolos, e de símbolos muito especificamente organizados na linguagem, que por conseguinte funcionam a partir desse equivalente do significante e do significado: a estrutura mesma da linguagem.” (LACAN, 1953, p. 5)*

O Simbolismo, segundo a psicanálise, pode ser entendido como uma maneira de expressar o imaginário. Um conjunto das traduções do imaginável num e por um código (figura, imagem), um arcabouço de significados socialmente aceitos.

Para Barbier (1994), Castoriadis parece ser o pensador que melhor explora o conceito de imaginário e sua dupla determinação social-histórica e psíquica.

*“Para Castoriadis, o imaginário deve utilizar o simbólico, não somente para se exprimir, mas para existir e, inversamente, o simbólico pressupõe a capacidade imaginária: ver numa coisa o que ela não é, vê-la outra que ela não é. (...) De um lado, ele (Castoriadis) vai muito fundo nos meandros de suas significações psicológicas e sociais e de outro lado, ele resiste à tentação da submersão e o liga ao real/racional, embora o distinguindo, mas dando ao imaginário o primeiro lugar na evolução da relação imaginário/real/racional.” (BARBIER, 1994, p. 20)*

Castoriadis (1991), ao discorrer sobre a relação entre o simbólico e o imaginário, define o primeiro como uma criação constante de figuras/formas/imagens a partir das quais podem assumir ‘qualquer coisa’, incluindo-se a realidade e a racionalidade como suas obras.

Por simbólico, portanto, entendemos o universo dos símbolos, imagens, figuras providas de significado que se manifestam na linguagem e se constituem, finalmente na realidade dos sujeitos. Nesse sentido, esse estudo pretende avançar em direção à simbolização do processo de amamentação e doação de leite humano elaborado por quem amamenta e doa seu leite. Investiga a que imagens estão ligados os conteúdos emergentes do discurso das nutrízes doadoras referentes ao leite materno, ao leite industrializado, aos seus corpos e à maternidade que contribuía para a construção do sentido da amamentação e da doação de leite materno.

Para apreender o discurso das nutrízes doadoras de LH e o universo simbólico que lhe é subjacente, utilizamos alguns elementos da Análise de Discurso como referencial teórico-metodológico para a análise dos dados.

Inicialmente julgamos necessários alguns esclarecimentos sobre o que entendemos sobre análise de discurso, doravante denominada AD, dada a polissemia que envolve atualmente o termo, sendo até mesmo considerada apenas como uma técnica específica de análise.

Disciplina inserida no campo da linguística surgida a pouco mais de 40 anos na França, a AD nasce a partir da articulação entre três campos do conhecimento científico: a lingüística, o marxismo e a teoria do discurso, atravessadas por uma teoria da subjetividade de origem psicanalítica (PÊCHEUX, 1975). Classicamente se considera que existem duas ADs, a Análise de Discurso Francesa (ADF), inicialmente preocupada com a análise dos grandes discursos de ordem institucional (político, jurídico, religioso, científico) mantendo uma relação mais estreita com a História, e a chamada Análise de Discurso Anglo-saxã ou Americana, com base em teorias interacionistas e etnometodológicas oriundas da Psicologia, da Sociologia e da Antropologia, dedicando-se mais ao estudo da conversação cotidiana. Assim, contemplando-se essas diferentes proposições teóricas e seus diferentes procedimentos de análise, e considerando-se que essas diferenças nem são mais tão marcantes e tão rígidas atualmente, constata-se que elas possuem uma especificidade que as caracterizam como AD: todas consideram as condições de produção como constitutivas do discurso (MUSSALIM, 2006).

As condições sócio-históricas de produção de um discurso são constitutivas de seu sentido instituindo-se como uma das principais, senão a principal contribuição do materialismo-histórico ao quadro epistemológico do surgimento da AD (MAINGUENEAU, 1997). Como ressalta Mussalim (2006), a *constitutividade*, característica comum que embasa a AD, refere-se ao fato de que não só as condições de produção, mas também o sujeito, o sentido, e o próprio discurso constituem-se no processo de enunciação.

Antes de discorrer sobre as condições de produção, faz-se necessário assinalar algumas das principais contribuições da AD para a conceituação do termo discurso. Sem a pretensão de apresentar uma definição precisa, visto que dois de seus principais teóricos contemporâneos, Maingueneau e Charaudeau, lhe atribuem, como aponta Machado (2001), várias definições e empregos possíveis, apresentamos algumas pistas para sua elucidação.

Na visão de um de seus precursores, o filósofo francês Michel Pêcheux (1969), o discurso é como manifestação, como efeito de superfície das relações sociais e comporta uma dimensão mais profunda da interação a ser desvelada. Pautada pelo marxismo, concebe o discurso como materialização de uma ideologia própria do modo de produção e da organização social.

Enunciados emitidos por sujeitos inscritos em uma estratégia de enunciação, falando de determinadas posições ou lugares sociais e em momentos históricos definidos, nos remete à ideia de linguagem (MAINGUENEAU, 1997).

Pode-se dizer que o discurso ultrapassa a linguagem para constituir-se em “*lugar da encenação da significação*”, não se limitando a manifestação verbal, pois uma imagem, por si só, pode constituir-se em discurso. Diferencia-se igualmente de um texto que representa a “*materialização da encenação do ato de linguagem*”. Um texto pode constituir-se em discurso, do ponto de vista metodológico, quando inserido em um contexto social que lhe é subjacente. Um texto pode, ainda, estar atravessado por vários discursos diferentes, um discurso médico entrecruzado por um discurso pedagógico, por exemplo. (CHARAUDEAU, 2001, p.25).

O discurso é o lugar do conflito, do confronto de ideias em uma sociedade histórico-socialmente determinada, produzido em instituições e grupos que determinam quem fala, o que fala, como fala e quando fala. (BRANDÃO, 1995). Pode, ainda, revelar um conjunto de saberes partilhados e construídos, de modo mais ou menos inconsciente, por indivíduos de um mesmo grupo social. Segundo essa abordagem, o homem como um ser condicionado pelo contexto sociocultural, repete a voz do grupo ao qual pertence, com nuances individuais garantidas pela subjetividade, uma amálgama, portanto, do individual e do coletivo (CHARAUDEAU, 2001; MACHADO, 2001).

A noção de discurso diz respeito à intenção, ao caráter ideológico, ao sentido da enunciação e coloca em evidência os lugares sociais dos sujeitos que o produzem, determinando os ditos e os interditos do discurso. Maingueneau (1997), tomando de empréstimo o conceito de formação discursiva de Foucault, amplia o horizonte conceitual do objeto de análise da AD.

Uma formação discursiva (FD) determina o que deve/pode ser dito a partir de um

determinado lugar social por meio de “regras de formação” localizadas no tempo e no espaço que marcam as regularidades, “mecanismos de controle” sobre o que pertence ou não a esse espaço aberto perpassado por outras formações discursivas. Diferencia-se, portanto, da configuração mais restrita de discurso em espaço estrutural fechado própria da fase inicial da AD (MAINGUENEAU, 1997).

É importante focar brevemente o conceito de interdiscurso que, nas palavras de Possenti (2003 p. 253), “reina soberano há algum tempo” na AD. Referido sob diversos nomes – polifonia, dialogismo, heterogeneidade, intertextualidade – cada um implicando algum viés específico, relaciona-se à ideologia, à concepção de mundo de um determinado grupo social numa contingência histórica específica. Orlandi (2003) afirma que o sujeito toma como suas as palavras de uma voz anônima que se produz no interdiscurso, apropriando-se da memória que se manifestará de diferentes formas em discursos distintos.

De forma genérica, entende-se por “memória discursiva” (ou mais tecnicamente os “pré-construídos”), aproximadamente como uma espécie de “interdiscurso”. Constituem os “implícitos”, as palavras já ditas e esquecidas, mas que continuam presentes e nos afetam em sua qualidade de “esquecimento”, possibilita a emergência do sentido. É como se *“algo falasse antes, em outro lugar, de forma independente do discurso que é proferido no momento atual”*. O falante, mesmo sem nenhuma consciência, tem seu discurso atravessado pela ideologia e pelo inconsciente, o que produz significativos e importantes efeitos nos discursos produzidos (PATRIOTA e TURTON, 2004).

A atribuição de sentido compõe, portanto, uma das dimensões da argumentação, a tentativa de identificar a articulação dos vários discursos, do “coro de vozes” no dizer de Orlandi, citada por Minayo (1992) que existe no interior do discurso.

Portanto, julgamos necessário, nesse momento, discorrer sobre as sutilezas dos termos “*sentido*” e “*significado*” e como os entendemos e utilizamos nesse estudo, pois são frequentemente empregados como sinônimos na linguística clássica. Buscamos nos amparar nos estudos sobre a constituição sócio-histórica do desenvolvimento psicológico humano, desenvolvidos por autores como Vygotsky, Leontiev e Luria, psicólogos russos do início do século XX, para encontrar algumas contribuições para o entendimento das categorias-chave *significado* e *sentido*.

O indivíduo, através da comunicação com outros que se estabelece por intermédio da linguagem, expressa seu pensamento e, simultaneamente, se apropria da cultura. A palavra, componente indispensável da comunicação, constitui-se em instrumento para expressar sensações, percepções, noções, crenças, concepções, conceitos, motivações e valores, resultantes da interação entre o sujeito e a realidade objetiva. A palavra traz na sua essência um significado que associa o pensamento à representação do real. O significado, portanto, é um componente indispensável da palavra, constitui-se do ponto de vista da psicologia, em uma generalização ou um conceito (VIGOTSKI, 2008).

De uma forma geral, o significado de uma palavra está relacionado ao processo histórico de constituição da mesma. Para Luria (1987), o significado é um “sistema de relações que se formou objetivamente no processo histórico e que está encerrado na palavra”, “um sistema estável de generalizações, que se pode encontrar em cada palavra, igualmente para todas as pessoas”. O significado foca a questão do universal, do genérico, do conceito que é comum a todos.

Para esse mesmo autor, o sentido pode ser entendido pelo “*significado individual da palavra*” (LURIA, 1987, p.45). A palavra quando empregada de forma pessoal, subjetiva, assume uma significação que a separa dos enlaces universais pertencentes aos conceitos. Nestas condições a palavra assume um sentido próprio que a localiza num momento e numa situação específicos, um sentido relacionado às vivências afetivas do sujeito. O sentido traz a compreensão do singular em relação ao universal. O emprego de um conceito, realizado de forma não generalizada, imprime um sentido pessoal à comunicação.

Tanto o sentido quanto o significado constituem-se como manifestações do nível de domínio que o indivíduo tem da realidade objetiva. Enquanto o primeiro expressa as manifestações internas e pessoais em relação à apropriação das relações humanas, o segundo expressa as manifestações externas, constituídas no sistema das relações humanas (LURIA, 1987).

Portanto, interessa-nos nesse estudo compreender o(s) sentido(s) pessoal(ais) atribuído(s) por mães doadoras à amamentação e à doação de leite humano, levando-se em consideração não só os aspectos objetivos, mas aqueles aliados à condições subjetivas da existência humana como experiências vivenciadas desde



sua própria infância até a vida adulta, apropriação de algumas concepções teóricas e demais sensações, percepções, valores e motivações que delineiam as peculiaridades do sentido que cada uma das mães confere às suas práticas.

Para entendermos um pouco mais a respeito do funcionamento da AD, há ainda outro conceito a ser explorado nessa breve exposição: a noção de sujeito. Constitui-se o sujeito pela posição ou função que ocupa (professor, político, publicitário, padre, pai, mãe), sendo, portanto, esse “lugar social” do enunciatador determinante na estruturação do sujeito no espaço interdiscursivo. O sujeito encontra-se assujeitado pela maquinaria discursiva, ou seja, não fala por si, e sim ideologicamente pela instituição da qual enuncia que institui certas regras que vão delimitando seu discurso (MAINGUENEAU, 1997).

Mais recentemente, por influência da psicanálise lacaniana, a AD tem se ocupado de um sujeito essencialmente heterogêneo, clivado, dividido entre o consciente e o inconsciente, tendo este último como parte essencial de sua identidade estruturada a partir da linguagem. Desse inconsciente brotam discursos outros, o do pai, da família, da religião, do jurídico e, a partir deles o sujeito, então, se estrutura como ele se representa em seu discurso (MUSSALIM, 2006).

Com maior ou menor ênfase em uma ou outra instância, ideológica ou inconsciente, nas distintas fases da AD, o sujeito se ilude ao pensar que é “senhor” do próprio discurso. Pêcheux (1975) chama atenção para o fato de que a fala é marcada por níveis de recalçamento que dão ao sujeito a ilusão de estar no controle do que fala. O sujeito é afetado por dois níveis de esquecimentos, o de n. 1 e o de n. 2, que atestam sua dupla natureza ideológica e inconsciente. O esquecimento n. 1 refere-se à crença do sujeito de que ele é fonte exclusiva, criador absoluto do seu discurso, esquecendo-se de sua inserção em uma formação discursiva que é controlada por uma formação ideológica. O esquecimento n. 2 o faz pensar que tem plena consciência do que diz e pode controlar seu discurso (BRANDÃO, 1995; MUSSALIM, 2006).

Isso equivale a dizer que o sujeito não é livre para dizer o que quer. Ele está submetido a um sistema ideológico que determina o que pode/deve ou não ser dito a partir do lugar que ocupa e das representações que faz ao enunciar.

Nesse sentido, a análise desenvolvida no estudo em questão esteve atenta ao fato de que os discursos foram produzidos na relação entre interlocutores que representam lugares sociais, o “lugar de mãe” e o lugar do “pesquisador”, um legítimo representante do discurso científico. Desse modo, a “antevisão do imaginário” ou a “antecipação das representações” do outro (receptor-pesquisador) e atribuição a si mesmas (emissoras-mães) de imagens e representações do seu próprio lugar foi essencial para as modulações de suas falas, na elaboração das estratégias de produção do discurso.

Constitui de menor interesse no processo de análise dos dados desse estudo realizar interpretações do/sobre o discurso do que conduzir uma análise do seu processo produtivo e compreender quais os sentidos que lhes são atribuídos. Para tanto, entendemos que a fundamentação teórica da AD é capaz dar suporte ao intento da superação dos conteúdos manifestos nas falas de nossas depoentes.

Em nossa estratégia da análise, procuramos apreender as marcas de identidade dos sujeitos, os universos de referência (crenças, concepções, sensações, percepções, motivações, valores) que caracterizam os imaginários sociais destes sujeitos e as diferentes vozes que se manifestam em seus ditos. Durante essa etapa nos focalizamos nos processos subjetivamente vividos e simbolizados pelas mães doadoras a partir de seus discursos, representação da realidade que se revela e se oculta na relação com o pesquisador.

## **Percurso Metodológico**

*“Contra o positivismo, que pára diante dos fatos e diz: ‘Há apenas fatos’, eu digo: ‘Ao contrário, fatos é o que não há; há apenas interpretações’”.*

*(Nietzsche)*

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Sujeitos e Métodos**

#### **4.1.1 Delineamento do estudo - Fazendo escolhas**

Os métodos de natureza qualitativa, aptos a apreender fenômenos complexos e multifacetados do comportamento social, foram adotados em virtude da adequação aos propósitos dessa investigação. Como já foi dito, estudos dessa natureza acessam a subjetividade dos sujeitos, inerente aos atos e às relações humanas.

A amamentação constitui um desses fenômenos de grande complexidade no campo da saúde materno-infantil, perpassada por uma ampla variedade de conhecimentos distintos que demanda o seu entendimento. Prática de alimentação marcadamente biológica encontra-se mergulhada num profundo mar de emoções, significações, crenças e valores que a remetem às esferas tanto psíquica quanto sociocultural.

Algumas indagações vêm nos inquietando ao longo desses quase vinte anos dedicados à promoção do aleitamento materno e à reflexão sobre as motivações relacionadas à prática da amamentação. O que leva algumas mulheres a amamentarem seus filhos por longos períodos enquanto outras desmamam tão precocemente? Porque continuam alegando a fraqueza ou a insuficiência de seus leites quando já está cientificamente comprovado que biologicamente a mulher tem capacidade de produzir leite em qualidade e quantidade suficiente para o seu filho? E porque algumas conseguem amamentar com tranquilidade ou, ainda que superando obstáculos, produzem leite em excesso para doar? Obviamente não encontraríamos essas respostas apenas com metodologias quantitativas, investigando somente os aspectos da dimensão biológica do fenômeno. A compreensão dessas questões mais profundas só poderia ser alcançada por meio de dados qualitativos.

A compreensão dos sentidos atribuídos a essa prática por mães que amamentam e, além disso, praticam a doação do próprio leite, configura o recorte do objeto dessa investigação.

Os sujeitos dessa investigação constituem mães doadoras do Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares em Belo Horizonte durante o período de 2006/2007. As mães que já haviam interrompido a doação por um período de até 18

meses em relação à data da entrevista foram incluídas na amostra para aumentar a diversificação do grupo, embora todas sejam denominadas indistintamente de doadoras.

O motivo da escolha desse seletivo grupo para constituição das informantes deve-se ao pressuposto inicial de que, conhecendo o sentido dessa experiência para mães que obtiveram grande êxito na amamentação dos seus filhos com produção de leite em excesso para doação poderia servir à compreensão das motivações relacionadas a esses dois fenômenos.

O instrumento de coleta de informações selecionado para o estudo foi a entrevista semiestruturada. Segundo Minayo (1992), as entrevistas diferem quanto ao grau de controle adotado pelo pesquisador. Desse modo, entre as entrevistas abertas (ou não estruturadas) e as dirigidas (estruturadas) tem-se as semidirigidas (semiestruturadas), com diferentes graduações que as tornam mais ou menos controladas. Por entrevistas semiestruturadas entende-se aquela baseada em um roteiro, onde as questões servem de guia para nortear a conversação para o tema em estudo (MICHELAT, 1987).

Mais do que um instrumento, a entrevista consiste em momento de interação social, onde o objeto de estudo é também sujeito. A situação de interação criada durante a entrevista está marcada pela desigualdade entre os sujeitos, pesquisador e pesquisado, imposta pela institucionalização do ato de entrevista. Embora possa ser amenizada pela empatia entre ambos, está presente desde o princípio e não passa despercebida pelo entrevistado. Desse modo, devemos considerar de forma crítica, durante o processo de análise, as informações fornecidas porque, em certa medida, refletem os interesses de ambos nessa interação (ZALUAR, 1997; MINAYO, 1992).

Importante salientar, porém, que esta relação pode se pautar por um profundo sentimento de respeito pelos interlocutores, estabelecendo-se laços de afetividade e amizade, condição única para se obter êxito no propósito do aprofundamento da compreensão dos significados dos sistemas simbólicos (CARDOSO, 1997).

Como critérios de inclusão para a constituição dos sujeitos da pesquisa adotamos idade acima de 19 anos, estar ou ter amamentado, estar ou ter doado seu próprio

leite ao BLH, excluindo-se, apenas, as mães que não concordassem em participar do estudo.

#### **4.1.2 Procedimentos de campo – Interação sujeito-objeto/sujeito**

A constituição do grupo de mães participantes se deu a partir da lista fornecida pelo serviço com os dados de identificação das 40 doadoras em outubro de 2006. Selecionando-se intencionalmente as candidatas procuramos diversificar ao máximo a amostra, procurando incluir mães tanto de bairros mais periféricos quanto de locais mais privilegiados na tentativa de encontrar mulheres de diferentes estratos de renda. Após a exposição sobre objetivos, natureza da pesquisa, procedimentos utilizados, sigilo sobre as declarações e demais esclarecimentos necessários ao estabelecimento de um contrato social para o início da interação, por meio de contato telefônico, foram convidadas a participar do estudo e, não havendo recusas, foram incluídas no grupo de participantes de maneira totalmente voluntária. Todas leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1). Para o fechamento do grupo em nove informantes utilizamos o critério de saturação, segundo o qual, durante a análise que ocorre concomitantemente à coleta dos dados, em determinado momento observa-se a redundância dos dados, sendo pouco provável algum acréscimo em termos de novas informações, temas e categorias de análise em relação aos objetivos propostos para a pesquisa (FONTANELLA, RICAS E TURATO, 2008).

As entrevistas aconteceram no domicílio das doadoras para que pudéssemos observar melhor o entorno dos depoimentos, ou seja, o ambiente em que vivem, a interação das mães com seus filhos e demais questões que integram o contexto de vida das mulheres em estudo. O tempo de duração das entrevistas foi de aproximadamente uma hora e trinta minutos. A coleta de dados compreendeu os períodos de janeiro/novembro de 2007 e junho/julho de 2008.

Um formulário com perguntas de caráter socioeconômico foi aplicado antes da realização das entrevistas com o intuito de caracterizar as participantes (APÊNDICE 2).

As entrevistas semiestruturadas seguiram um roteiro com algumas questões norteadoras, elaboradas com base na literatura científica sobre amamentação: 1) Conte um pouco da história da sua gravidez, parto e amamentação. 2) Como você se sentia amamentando seu filho? 3) Como sentia seu corpo na gravidez e, agora, amamentando? 4) O que a motivou a iniciar a doação e como você se sentia doando leite? 5) O que aconteceria se não pudesse amamentar seu filho e tivesse que dar um leite industrializado? 6) O que mudou depois que você se tornou mãe? 7) Como você acha que as pessoas (marido/companheiro, pais, amigos, sociedade) te veem na condição de mãe que amamenta e doa seu leite para outras crianças?

Vale lembrar que essas perguntas foram utilizadas apenas como norteadoras das entrevistas, servindo como um guia durante o momento de interação entre a pesquisadora e as pesquisadas, utilizado de forma bastante flexível, deixando os relatos fluírem seu próprio curso sem perder de vista os propósitos da investigação. Tendo sido instigadas a contar sua experiência de gestação, parto, amamentação e doação, muitas mães acabavam por responder as outras perguntas sem a necessidade de verbalizá-las.

Conforme o que foi mencionado sobre a situação de entrevista, procuramos estabelecer uma relação de empatia e confiança com as entrevistadas, empenhando-nos sensivelmente no intuito de estabelecer um vínculo positivo e que favorecesse a produção do discurso. Uma escuta atenta e despida de julgamentos foi adotada frente aos informantes, postura imprescindível nesse tipo de pesquisa que pretende adentrar a singularidade e as particularidades dos sujeitos (CARVALHO, TEIXEIRA & ZAGO, 2003).

Logo após a realização de cada uma delas, os depoimentos gravados em fitas K-7 foram transcritos na íntegra, considerando-se as expressões não verbais do discurso: pausas, tropeços, silêncios, risos, choro, enfim, tudo que pudesse contribuir para a compreensão do sentido. Essas transcrições foram realizadas em parte pela pesquisadora, e outra parte por uma psicóloga com experiência na área de pesquisa. As transcrições realizadas pela psicóloga foram checadas pela pesquisadora, por meio de escuta das fitas gravadas. Encontrando-se, na transcrição, palavras ou trechos de depoimentos que não estavam compatíveis com o depoimento gravado as devidas correções eram efetuadas.



### 4.1.3 Procedimentos de Análise - A busca dos sentidos

À medida que fomos realizando as entrevistas e transcrevendo-as, iniciamos a leitura dos depoimentos a fim de nos impregnarmos cada vez mais do material coletado. Após leituras exaustivas das entrevistas procedemos ao levantamento das principais categorias e subcategorias relacionadas aos objetivos da análise e ao destaque de trechos de falas mais ilustrativos das ideias principais dos discursos.

Optamos por trabalhar com categorias por entendermos que esses “*conjuntos de elementos com características comuns ou que se relacionam entre si*” permitem a elaboração de classificações e o ordenamento de ideias, elementos e expressões em grupos específicos, produzindo um dessecamento dos temas a serem analisados por meio de aprofundamentos sucessivos. As categorias podem ser construídas antes de trabalho de campo, baseadas no conhecimento teórico acumulado sobre o assunto, sendo, portanto, mais gerais e mais teóricas. A partir dos dados coletados vão sendo construídas novas categorias mais específicas e mais concretas que se articularão com as anteriores no processo de análise.

Esse esquema de agrupamento em categorias prevê que nenhuma das respostas das entrevistas fique fora da classificação, seguindo o “*princípio da exaustividade*”, e que as categorias sejam mutuamente excludentes, critério segundo o qual uma mesma resposta não pode aparecer em duas categorias diferentes (GOMES, 1994).

Algumas categorias gerais como *amamentação, doação, corpo, leite materno e artificial* foram definidas a priori, na fase exploratória da pesquisa, com base na fundamentação teórica obtida a partir de extensa revisão bibliográfica sobre o tema. Outras mais específicas foram formuladas a partir dos dados coletados como maternidade, experiências durante a gestação, parto e pós-parto, assim como as categorias metodológicas, sujeito, discurso, significado e sentido.

Finda a etapa de categorização do material, partimos para a articulação das categorias gerais com as específicas em constante interlocução com os referenciais teóricos, (re)construindo as categorias à medida que avançávamos no entendimento das questões que iam emergindo.

As operações de análise pretenderam, desse modo, superar os conteúdos manifestos das falas e alcançar a apreensão dos sentidos construídos pelo discurso, mantendo-nos fiéis ao conteúdo deste para, finalmente, integrarmos as teorias e os conceitos aos dados coletados em campo (MINAYO, 1992).

A análise dos discursos das nutrizes doadoras possibilitou o desvelamento do universo simbólico relacionado à amamentação e à doação do leite materno no contexto mais amplo da vivência da maternidade, incluindo-se aspectos relacionados ao corpo e suas alterações e à vivência da gestação, do parto e pós-parto componentes desse universo.

#### **4.1.4 Procedimentos éticos**

Os nomes das participantes que aparecem ao final de cada trecho dos depoimentos, assim como outros nomes citados durante a entrevista, são fictícios e foram alterados para preservar a identidade das participantes e garantir o sigilo absoluto das informações prestadas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) foi lido pelas participantes do estudo e, após os esclarecimentos necessários, solicitamos a assinatura do documento para formalização do aceite em participar do estudo.

O projeto de pesquisa, atendendo às demais determinações da Resolução n.º 196/96, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG (Parecer nº 395/2006) e da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (Parecer ETIC nº 015/2006).

Apresentação e  
Análise dos resultados

*“Já acentuei que o bebê aprecia, desde os primeiros dias, a vivacidade da mãe. O prazer com que a mãe realiza suas tarefas logo dá a perceber ao bebê que existe um ser humano por trás de tudo o que é feito”.*

*(Winnicott, 1982)*

## 5 Apresentação e análise de resultados

### 5.1 Caracterização das participantes

As nove participantes desse estudo são mulheres que vivem, em sua maioria, em situação conjugal estável, têm um ou dois filhos nascidos a termo e idade variando entre 28 a 42 anos, com exceção de uma jovem de 23 anos. Com relação ao nível de escolaridade, predominou o nível superior completo e a maior parte delas possui condição financeira favorável. A renda familiar “per capita” variou de R\$ 200,00 a R\$ 3.300,00 e quase a metade está acima de R\$ 1.000,00. Quatro mulheres estão inseridas no mercado de trabalho formal. As outras cinco são profissionais que se desligaram por vontade própria de suas ocupações profissionais para assumir a função de mãe e dona de casa, com exceção da turismóloga que era recém formada. As principais características dos sujeitos participantes encontram-se detalhadas na Tabela 1.

TABELA 1 - Características das participantes do estudo sobre mães doadoras do Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, 2007.

Nome fictício	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Nível de escolaridade	Profissão/Ocupação	Renda familiar per capita (R\$)	Tempo doação (meses)
Elza	42	casada	2	ESC	Fisioterapeuta (Profissional do SUS)	não informou	4*
Flaviana**	32	casada	2	ESC	Advogada (Servidora pública)	1.500,00	1ª - 5 2ª - 8
Jane	28	casada	1	ESC	Profa. Ed. Infantil (Dona de casa)	2.160,00	7
Maria	36	casada	1	ESC	Advogada Autônoma	3.300,00	5
Silvia	23	solteira	1	ESC	Turismóloga (Desempregada)	1.000,00	3
Cátia	32	casada	2	EMI	Cuidadora de idosos (Estudante)	200,00	12
Bel**	32	casada	2	EMC	Técnica em enfermagem	625,00	1ª - 6 2ª - 6
Grazy	33	solteira	1	ESC	Segurança de veículos	830,00	3
Selma**	39	casada	2	ESC	Terapeuta ocupacional (Dona de casa)	750,00	1ª - 11 2ª - 3*

Legenda: ESC=Ensino Superior Completo; EMC=Ensino Médio Completo; EMI=Ensino Médio Incompleto

\* Doação em curso. \*\* Mães que doaram por duas vezes

## 5.2 Amamentação

As mulheres participantes revelam, a partir do discurso, o universo simbólico que envolve o fenômeno da amamentação, imagens nas quais se inscrevem sensações, percepções, sentimentos, crenças e concepções que permitiram inferir sobre valores atribuídos, possibilitando o desvelamento dos sentidos desse fenômeno para mãe-nutriz-doadora de leite humano.

### 5.2.1 “Nunca passou pela minha cabeça não amamentar”

Uma questão que nos chama a atenção no discurso da maioria das participantes refere-se à ausência de insegurança quanto à capacidade de amamentar. Algumas delas afirmam nunca terem percebido, em sua experiência familiar, mães com dificuldade em produzir leite materno ou a possibilidade de produzir um leite que não fosse suficiente para alimentar o próprio filho. Relatam terem assistido ao aleitamento materno dos irmãos e outras crianças da família como um acontecimento “natural”. A amamentação aparece como um fenômeno absolutamente comum, corriqueiro em suas histórias de vida, como podemos observar nos relatos a seguir.

*“E nunca passou pela minha cabeça não amamentar. Eu acho assim que é uma coisa tão natural. Na minha família, minha mãe me amamentou, amamentou meus irmãos, minha irmã amamentou os filhos dela, minha cunhada amamentou a menina dela. (...) E também nunca tive nenhuma insegurança de não ter leite porque nunca tinha tido notícia, sabe, de ter leite fraco, sabe”. (Flaviana)*

*“(...) Então, se tem uma coisa que eu nunca pensei é em não amamentar. Uma coisa que nunca passou pela minha cabeça. Nunca”. (Jane)*

*“Não. Num, nunca tive assim... essa insegurança assim, de não conseguir, não. Eu sempre... pensei que ia conseguir”. (Bel)*

O discurso da “autoconfiança” em amamentar é muito marcante nos depoimentos dessas mulheres e aparece na contramão do que ocorre atualmente nas sociedades ocidentais, onde é comum a mulher acreditar que seu leite é fraco ou é insuficiente

para seu filho, tal como discutiremos mais adiante na “*síndrome do leite fraco/insuficiente*”.

A segurança que a mulher apresenta em seu potencial de produzir leite e amamentar parece ser determinante no êxito da amamentação. Algumas mães, tamanha a ansiedade e a preocupação que demonstram frente à possibilidade de vir a não gerar leite, acabam por verdadeiramente não produzi-lo de maneira eficiente, devido à interferência que esses estados emocionais promovem junto aos hormônios envolvidos na fisiologia da lactação, prolactina e ocitocina (VALDÉZ, SÁNCHEZ e LABBOK, 1996; CARVALHO E TAMEZ, 2002).

Consideramos, no entanto, que a autoconfiança não surge, assim, intempestivamente, do nada. Trata-se de uma sensação socioculturalmente determinada, pois, ainda que a subjetividade do sujeito possa levá-lo a agir e pensar diferentemente do grupo ao qual pertence, o comportamento coletivo tem forte ascendência sobre ele.

Essa insegurança materna generalizada na cultura ocidental, pelo menos em grande parte, se deve às propagandas das indústrias de leites infantis que enfatizavam de forma maciça essa possibilidade em seus anúncios: “*se o leite materno faltar ou não for suficiente...*”, com o objetivo de enfraquecer a mulher e fortalecer o leite em pó. A amamentação sendo, no todo ou em parte, substituída por esses produtos artificiais aumentaria monstruosamente a produtividade e os seus lucros na área de alimentos infantis (GOLDENBERG, 1989).

As mensagens contendo a insinuação de que a mãe pode vir a não ter leite em quantidade ou qualidade suficiente estavam fortemente atreladas à conduta médica de prescrição de complementos ao leite materno e, via de regra, desacompanhada de estímulo ao aleitamento materno (GOLDENBERG, 1989).

Um levantamento realizado pelo CEBRAP (1981) sobre aleitamento materno em duas capitais brasileiras, São Paulo e Recife, documentou uma prática bem conhecida dos profissionais de saúde ao revelar que nem mesmo os filhos dos pediatras escaparam à forte pressão das empresas de leites artificiais, pois recebiam leite gratuitamente das companhias durante o período de um ano.

Esses comportamentos repetidos ao longo de décadas foram minando paulatinamente a confiança das mães em si mesmas quanto ao seu potencial de lactação e contribuindo fortemente para o estabelecimento da cultura da mamadeira.

A “ausência de insegurança” demonstrada pelas mães desse estudo traduz-se, em alguns casos, em “aparente segurança”, em atitude necessária à comprovação de sua capacidade produtora de leite. A amamentação emerge, em alguns discursos, relacionada à necessidade de autoafirmação na/da qualidade de mãe e mulher, como podemos perceber pela discordância dos trechos retirados de uma mesma entrevista.

*“(...) eu sempre pensei que eu ia amamentar e ia amamentar bem. Sempre acreditei”. (Selma)*

*“Olha, teve uma fase que eu ficava muito triste porque achava que não ia amamentar. De tanto que eu ouvia isso. (...) E a minha família toda falava assim: Ah, você não vai ter leite, você não vai amamentar. E aquilo me deixava muito invocada porque não era o tamanho do peito, pra mim a amamentação fica na cabeça e não no peito. Mas isso pra mim era uma questão de honra amamentar, independente do tamanho do meu seio, e a doação do leite”. (Selma)*

Apesar da afirmação de que o tamanho do peito não interfere na produção de leite e na capacidade da mulher em amamentar, esse relato denota que a amamentação e a doação cumprem certa função legitimadora dessa concepção, a prova cabal da capacidade da mulher de produzir leite suficiente para alimentar não apenas uma, mas várias crianças.

Podemos deduzir que, nesses casos, existindo a necessidade de autoafirmação da capacidade de amamentar, a segurança e autoconfiança não estavam tão fortemente estabelecidas para algumas mulheres, como veremos em mais um trecho da mesma entrevista.

*“Depois, foi que começou a me incomodar. (...) o pessoal falava assim: Nossa, Selma, será que você vai ter leite? Tem tão pouco peito. Umas observações sem lugar, sabe, sem hora. Gente do céu!” (Selma)*

Essa reflexão nos remete à assertiva de que a amamentação fortalece a mulher. Ainda que algumas delas não se encontrem tão confiantes em sua capacidade como



“provedora” de leite e de afeto, a vivência da amamentação, quando bem sucedida, as fortalece pela possibilidade de ultrapassar as barreiras da dúvida e da incerteza.

### **5.2.2 “Eu sempre quis amamentar”**

A maioria das mães entrevistadas revela um forte desejo de amamentar que se manifesta, segundo os relatos, bem antes da gestação. Demonstram em vários momentos do discurso que o “querer”, a “vontade” de amamentar que sentiram foi preponderante para a amamentação de seus filhos.

Considerando-se o contexto em que o “querer amamentar” emerge dos discursos, ariscamos apontar dois caminhos para a procedência dos sentidos. Um deles refere-se a uma instância mais racional, ou seja, da tomada de “consciência” da importância do “leite materno” e do “aleitar ao peito” para a mãe e a criança como explicitado na fala a seguir.

*“E eu do Luis (primeiro filho) eu fiquei, eu e minha cunhada ficamos grávidas juntas. (...) Ela também tinha essa consciência de amamentação. Então tinha aquela coisa toda de... de... a gente dá de mamar juntas...”*  
(Elsa)

O outro sentido que podemos inferir, a partir do contexto desses discursos sobre a motivação para amamentar, constitui a mobilização de referências culturais provenientes da convivência bastante positiva com essa prática, ao longo da sua vida, no grupo a que pertence, especialmente a família, como demonstra a fala a seguir.

*“(...) foi uma coisa que eu sempre tive claro que eu sempre quis amamentar. Porque a minha mãe sempre falava assim comigo: “Eu acho isso muito importante. Nossa! Eu adorava amamentar. Eu amamentei vocês até um ano. Até seis meses vocês amamentaram no meu peito. E eu acho ótimo. Ah, é tão gostoso. (...) Minha mãe sempre passou esse lado maravilhoso”.*  
(Jane)

*“Acho que eu rezei tanto pra dar certo que acabou dando certo. O desejo foi uma coisa...”* (Grazy)

A palavra “rezei” que aparece no depoimento acima pode ser entendida, conforme o contexto em que é dada na fala, tanto em seu significado literal, ou seja, pedir a Deus algo que se quer muito, uma graça, no caso, a de ter leite suficiente e amamentar, como também no sentido de ter desejado, almejado, ansiado muito pela experiência bem sucedida da amamentação.

As experiências familiares exitosas referentes ao aleitamento materno aparecem nas falas como motivações bastante fortes para amamentar seus filhos. Encontram-se igualmente implicadas no estabelecimento da autoconfiança na capacidade de amamentá-los. Em seus depoimentos, essas mulheres, agora mães e doadoras, referem terem sido amamentadas quando crianças e assistido às suas mães amamentarem seus irmãos e até mesmo os filhos de outras mães, vivências e impressões que ficaram gravaram no imaginário dessas mulheres, contribuindo para a certeza de que seriam capazes de aleitar seus filhos ao peito, como ilustram os trechos a seguir.

*“(...) Minha irmã tinha amamentado minha sobrinha até grande. Mamãe amamentou a gente. Já tinha essa história de amamentação na família. (...) Na minha família nunca se pensou em mamadeira, na verdade.”* (Elsa)

*“Na minha família, minha mãe me amamentou, amamentou meus irmãos, minha irmã amamentou os filhos dela, minha cunhada amamentou a menina dela.”* (Flaviana)

*“E eu acho que vem de berço. Se a gente, os filhos vêem a mãe amamentando... Eu sou uma das mais velhas né? Vi meus irmãos amamentando (mamando), vi as minhas sobrinhas também amamentando (mamando). Eu acho que parte disso vem de berço. Porque a gente vê a importância para uma coisa que faz parte até da família.”* (Grazy)

Primo e Caetano (1999) corroboram esses achados, referindo-se à amamentação como experiência que vai sendo repassada de mãe para filha através dos exemplos de vida delas como uma herança, uma tradição familiar que se repete pelas gerações seguintes.

Algumas falas das doadoras apontam para a percepção da existência na sociedade de uma cultura generalizada difusora da ideia da dificuldade de produzir leite e de amamentar, crença que não compartilhada por elas, como ilustra o trecho a seguir.

*“Eu vejo que as outras pessoas, assim, amigas... ficam, assim, surpresas porque eu acho que existe uma, uma, que eu fui perceber depois, de que é tão difícil ter leite, de que é tão difícil amamentar e isso não é verdade.”*  
(Flaviana)

No universo simbólico dessas mulheres não existe a figura do “leite fraco”, tampouco do “leite insuficiente”, “pouco leite” ou do “leite que secou”. Elas acreditam que quanto mais leite é produzido, maior é a abundância de leite para amamentar e doar. Acreditam na “força” do seu leite, como constatamos nas falas seguintes.

*“Eu vejo a Laura (filha) nessa gordura toda eu penso: Meu leite deve ser um leite bem forte”.* (Elza)

*“Que é uma outra dúvida que eu tenho. O que significa leite, é..., é..., leite, o leite materno não sustentar o filho? Eu não sei o que é isso. Não sei se é porque produz pouco. Porque falam que não existe leite fraco, né. Leite materno não tem leite fraco. Olha pra você assim: Seu leite é forte. Não tem isso. (risos). (...) Não existe isso, né. Leite fraco e forte”.* (Maria)

*“Eu falo: Isso não existe, gente, leite fraco”.* (Elza)

As idéias que caracterizam o fenômeno denominado “síndrome do leite fraco/insuficiente”, como refere Thompson (1996), é apontada pela literatura antropológica desde a década de 1980 nos EUA (GRAINER, 1981) e consiste na mais comum das alegações para a interrupção da amamentação identificada por vários outros autores da área da saúde no Brasil (CEBRAP, 1981; ALMEIDA, 1999; RAMOS E ALMEIDA, 2003a; OSÓRIO, 2006, MARQUES, 2008).

A síndrome do leite fraco/insuficiente pode ser entendida a partir de uma modelo biopsicossocial que considera “sinais” e “sintomas” de ordem biológica, mas também aspectos de origem social, cultural e psíquica (ALMEIDA, 1999).

Muitas vezes são os parentes e amigos que induzem as mães a acreditar que, se seus filhos estão chorando é porque não mamaram o suficiente ou o seu leite é fraco. Quando um “grupo social” ou uma “comunidade” compartilha dessa crença, aceitando que o “leite fraco/insuficiente” é um fenômeno comum, as pessoas

tornam-se extremamente atentas ao choro do bebê como um sinal de alerta dessa síndrome (THOMPSON, 1996).

Ainda segundo Thompson (1996), a amamentação ocorre muito mais na cabeça do que na glândula mamária. Essa afirmação faz menção a toda a gama de influências provenientes do campo das ideias, crenças, sensações e emoções que interferem no curso das atividades fisiológicas que culminam na produção do leite materno pelo órgão responsável.

Curiosamente essa afirmação da antropóloga coincide com uma fala do discurso de uma das nutrizes doadoras entrevistadas, transcrito a seguir.

*“(...) porque não era o tamanho do peito, pra mim a amamentação fica na cabeça e não no peito.” (Selma)*

Subestimar a capacidade da mãe de alimentar seu filho pode “condená-la” à total inadequação de sua performance como nutriz. Mas se, ao contrário, a mulher for encorajada a sentir-se forte e capaz de produzir leite em qualidade e quantidade suficiente para amamentar seu filho, ela será bem sucedida no suprimento das necessidades de seus filhos e até de outras crianças, segundo a opinião das mães doadoras exemplificado pela fala a seguir.

*“Mas as pessoas têm muita má vontade. Falavam: ‘Ah, mas eu não tenho leite suficiente, tenho leite só pro meu filho’. Não é isso. Eu não acredito nisso. Eu acredito que se você estimular você dá, tem leite”. (Jane)*

Quando mãe e bebê são motivados a buscar seu próprio modo de vivenciar esse encontro, quando lhes é permitido estabelecer um estilo próprio de amamentação, com duração e intervalo das mamadas que os satisfaça, sem imposição de nenhuma regra pré-estabelecida, estarão menos expostos a enfrentar problemas com o suprimento de leite. A flexibilidade permite ao binômio encontrar, mesmo que intuitivamente, soluções viáveis para as dificuldades com a amamentação (THOMPSON, 1996).

A amamentação, entendida não apenas como processo instintivo, mas como prática aprendida na cultura, repassada de geração para geração, está fortemente relacionada ao sistema de apoio quase inexistente nas sociedades modernas que tentam restabelecê-lo por meio das doulas<sup>6</sup> e dos grupos de apoio (MALDONADO, 2005).

Inferimos, portanto, que a motivação das mães doadoras para amamentação foi sendo elaborada desde a infância no próprio ambiente familiar, observando a tranquilidade e o prazer com que suas mães, irmãs, primas e demais mulheres da família costumavam exercer tal prática.

### **5.2.3 Sentindo-se mais mãe: intimidade e prazer**

Durante os momentos em que as mães se dedicaram ao aleitamento de seus bebês, relatam ter experimentado sensações de prazer, de relaxamento, de tranquilidade e de muita emoção. O prazer não é referido como algo sentido apenas por elas, mas também pelo bebê. Vejamos os trechos das falas seguintes.

*“(...) a hora mais divina em ser mãe, sabe. É a hora que, quando eu deito ela no meu colo e vejo ela mamando em mim, assim, eu falo: Gente, eu percebo assim, gente, agora eu tô vendo que eu sou maaãe. Pra mim é um momento que torna a gente, assim, mais mãe. É um, sabe, eu não sei como, assim, te explicar claramente, mas, pra mim é a melhor hora, assim, de tudo o que eu posso fazer: dar banho, brincar, é, sei lá, de tudo o que eu posso fazer como mãe, pra mim a amamentação é a melhor hora, sabe. Que é a hora que o contato fica mais íntimo entre eu e ela, que ela me olha, que ela me toca, que eu toco ela, pego no pezinho, passo a mão na cabeça, pego na mãozinha. Inclusive, assim, é muito bom. A gente acha, assim, divino”. (Sílvia)*

*“Mesmo porque o peito é muito gostoso que mamadeira. (...) ela gosta mesmo do peito. Eu sinto que ela sente prazer. Ela fica feliz de mamar”. (Elsa)*

*“Eu nunca senti dor para amamentar, então, sempre foi só prazer”. (Flaviana)*

---

<sup>6</sup> Doula – Acompanhante qualificada que se mantém presente durante todo o trabalho de parto proporcionando apoio contínuo à parturiente por meio de conversas agradáveis e contato físico que transmita segurança e conforto como segurar a mão, massagear as costas (SPITZ, 2004).

A extrema proximidade, além do contato físico com o bebê, possibilitou, segundo os relatos, o desenvolvimento de uma relação de grande intimidade entre a díade. Essa relação foi se estabelecendo e a interação entre eles foi se construindo com base não somente na doação de “alimento”, de “amor” e de “vida”, como aparecem nos relatos, mas intensamente calcada na troca de afeto.

Essa interação recíproca entre a dupla mãe-filho já havia sido observada por Spitz (2004) em seus estudos, a partir dos quais afirma que cada membro da dupla, conscientemente ou não, percebe o afeto do outro e, por sua vez, responde com afeto perpetuando a relação de troca afetiva. Importante ressaltar que essa relação se estabelece precedendo e fundamentando todas as outras funções psíquicas, revelando-se indispensável ao desenvolvimento emocional por todo o primeiro ano de vida e mais.

Os olhares e toques prazerosos foram se constituindo, no discurso das doadoras, em sensações afetivas e, paulatinamente, se estabeleceu uma profunda comunicação entre mãe e filho, como observamos na fala a seguir.

*“E, é..., e o que eu achava de melhor, assim, de estar amamentando é sentir, sentir o meu filho nos meus braços e a gente ir criando aquela intimidade, né. Porque eu falo que minha a, a, ele tinha acho que mais ou menos uns... (pausa) uns 20 dias, um mês mais ou menos, que eu falei que foi realmente a primeira comunicação real que nós fizemos. Foi aquele, assim, aquele, aquele, olho no olho fundo, sabe, meu e dele”. (Maria)*

*“O fato de ser mãe é muito importante e eu acho que, assim, a plenitude da maternidade é quando a gente está com o bebê e quando a gente está amamentando.” (Flaviana)*

Os olhares, toques, afagos, carícias e beijos são comportamentos maternos em relação ao bebê muito importantes na interação entre eles e funcionam como indicadores do desenvolvimento do “vínculo”<sup>7</sup> ou do “apego” entre mãe e filho que,

---

<sup>7</sup>Klaus e Kennel (1992) utilizam o termo “vínculo” como sinônimo de “apego”, definindo-o como “relacionamento ímpar entre duas pessoas, específico e duradouro ao longo do tempo”. Entretanto, Bowlby (2002) define apego como a “busca e a manutenção da proximidade de um outro indivíduo”, como um laço dos pais com o bebê.

segundo Klaus e Kennel (1992), se traduz em uma “relação afetiva singular e duradoura entre duas pessoas”.

Conforme o discurso das mães doadoras, a vivência da amamentação proporcionou proximidade e intimidade suficiente ao desenvolvimento desse laço afetivo mais profundo entre elas e seus bebês.

É fato reconhecido que a amamentação, por constituir-se em um modo de alimentação que envolve dois corpos em contato íntimo, mãe e bebê se re(conhecendo) por meio de uma comunicação muito própria e muito próxima, possibilita um aprofundamento da vinculação afetiva entre ambos (KITZINGER, 1984; MALDONADO, 2005).

Essa grande proximidade que possibilita a formação de um vínculo afetivo mais profundo pode também fazer com que algumas mães prefiram não amamentar por medo de se envolver intensamente numa relação. Esse medo reflete, de certa maneira, um temor inconsciente de que o envolvimento afetivo traga consigo o risco de uma fusão e da perda da própria identidade (MALDONADO, 2005).

No discurso das doadoras, chama atenção a expressão “*tornar-se mais mãe*” em virtude da amamentação, o que ressalta o caráter de exclusividade dessa atividade desempenhada apenas pela mãe. As pessoas que estão no entorno, auxiliando a mãe de várias maneiras nos cuidados com o bebê (dar banho, trocar fraldas, acalantar para dormir, brincar, entre outras), não podem exercer essa prática e a amamentação parece assumir a condição emblemática do “ser mãe”.

A “plenitude da maternidade”, entre outras expressões identificadas nos depoimentos, revela a amamentação como imagem simbólica não só da “maternidade”, mas também do “amor materno”. Esses achados encontram ressonância em outras investigações como as de Arantes (1995) e de Javorski *et al* (2004) em que a amamentação também aparece como expressão do amor materno, mesmo para as mães que estavam enfrentando muitas dificuldades para amamentar seus bebês prematuros.

As doadoras descrevem a prática da amamentação como transmissora de segurança para o bebê e o sentimento que emana nesse momento é descrito como “amor”, seguido por uma sensação de “felicidade” plena, como nas falas a seguir.

*“(…) Inclusive, nos primeiros meses dela, que ela ficava mais quietinha pra mamar eu só ficava segurando a mãozinha dela, sabe, porque, assim, na minha cabeça eu achava que isso era uma forma de passar segurança pra ela”. (Silvia)*

*“O fato de ser mãe é muito importante e eu acho que assim é a plenitude da maternidade é quando a gente está com o bebê e quando a gente está amamentando. Essa capacidade da gente alimentar a criança, é um momento de muito amor, né, e de... é um momento que você está muito próxima do bebê, que o bebê te olha no olho, então, assim, então é realmente um momento assim de felicidade plena, sabe. Então era muito bom”. (Flaviana)*

Esse último trecho nos remete diretamente às palavras de Winnicott (1982, p. 31) quando ele diz que *“a alimentação da criança é uma questão de relações mãe-filho, o ato de pôr em prática a relação de amor entre dois seres humanos”*.

O discurso das mães doadoras engendra o significado da amamentação como prática restauradora da ligação inicial entre mãe e bebê. Após a ruptura do elo uterino por meio do cordão umbilical, a amamentação possibilita uma nova união física entre o binômio por meio da junção peito-boca o que devolve à criança a sensação de calor e segurança de que ela precisa para o saudável desenvolvimento afetivo e emocional (KITZINGER, 1984; MALDONADO, 2005).

Com relação ao processo de amamentação, as nutrizes doadoras relatam sensação de potência ao perceber seus filhos ganhando peso e crescendo fortes em decorrência da sua capacidade de alimentar seus filhos com seu próprio leite.

Refletindo sobre essa capacidade de cuidar de seus bebês, com afeto e desvelo, expressa no discurso das mães doadoras, consideramos pertinente lembrar o conceito de “mãe suficientemente boa” ou “mãe dedicada comum”, elaborada por Winnicott (2002), que se refere àquelas mães capazes de se identificar com seu bebê e atendê-los em suas necessidades essenciais de alimento, conforto e afeto. Essa identificação extremamente singular que ocorre nas primeiras semanas e meses que se seguem ao nascimento leva Winnicott (2002) a afirmar que, nessa



fase inicial da interação entre ambos, a mãe é o bebê e o bebê é a mãe. Nazio (1995), ao discorrer sobre esse conceito de Winnicott, descreve a “mãe suficientemente boa” como aquela que permite à criança o desenvolvimento de sua vida física e psíquica fundamentada em suas tendências inatas, fazendo-a experimentar um sentimento de continuidade da vida.

Pode-se dizer que as mães desse estudo assim se representam em seus discursos, como mães dedicadas. É o que atesta a fala seguinte.

*“O que eu sinto é que as pessoas me veem sempre como uma mãe muito dedicada, sabe”. (Flaviana)*

O prazer em cuidar do bebê e amamentá-lo, analisado na esfera psíquica, não pode deixar de ser identificado como comportamento/sensação socioculturalmente instituído, com suas raízes calcadas na história. Como bem assinala Badinter (1995), as mulheres do início do século XVIII não encontravam nenhum prazer em cuidar pessoalmente dos filhos e menos ainda em amamentá-los, enviando-os às amas de leite assim que nasciam. Não havia nenhuma proximidade entre mãe e bebê para que houvesse a formação de vínculos de afeto. A autora exemplifica com o caso de uma mãe que, após o período destinado aos cuidados da ama de leite envia o filho a um internato, de modo que o vê apenas por duas ou três vezes até a idade adulta. Desse modo, Badinter desmistifica a tese de que o amor materno é fruto de uma reação instintiva da mulher, popularmente denominado “instinto maternal”, algo próprio da natureza, não da cultura.

A maternidade, tal como a concebemos hoje, não contava com nenhuma valorização social. Somente com o surgimento do modelo da “boa mãe”, com a colaboração das mães burguesas que aderem aos apelos para uma mudança de comportamento frente à criança, iniciada no final do século XVIII, é que o cuidado materno emerge socialmente. A partir desse ideal da boa mãe, os cuidados com a criança, incluindo-se a amamentação que passam a ser responsabilidade materna, deveriam estar acompanhados da sensação de prazer, caso contrário poder-se-ia amargar em terríveis sensações de culpa ao fracassar não só na atividade como na sensação inerente a ela.

O prazer que emerge do discurso das doadoras a partir da vivência da maternidade e da amamentação, encontra-se fortemente ancorado tanto na esfera psíquica quanto na sociocultural.

#### **5.2.4 Peito de mulher X Peito de mãe – o corpo em evidência**

*“Eu dou o peito em qualquer lugar. Está com fome eu tiro o peito e ela mama onde estiver. Eu falo que peito de mãe não tem... não tem nenhum atrativo.” (Elza)*

Esse trecho de um dos depoimentos colocou em evidência uma proposição sobre a dupla representação da mama feminina que a separa em duas: a da mama com função biológica ligada à amamentação, como em outros mamíferos, e a outra, a função erótica atribuída pela cultura. A oposição antropológica entre natureza e cultura se manifesta no corpo feminino que ora deve funcionar como aparelho reprodutor, gestando, parindo e amamentando e ora como objeto de satisfação do prazer erótico (SANDRE-PEREIRA, 2003).

Essa dupla representação da mama feminina pode se constituir em fonte de conflitos para a mulher que, na condição de mãe, precisa fazer uso da mama como fonte geradora de alimento para o filho, mas que pretende preservá-la esteticamente como um dos atributos da atração sexual masculina.

Uma das razões referidas pelas mães doadoras para que as mulheres não amamentem seus filhos é a preocupação com o prejuízo estético das mamas em virtude da amamentação. Essa proposição parece povoar o imaginário feminino, seja por afirmação ou negação de sua veracidade.

Algumas das entrevistadas afirmam que essa apreensão não faz parte do seu cotidiano e que, quando presente, não se encontra especificamente relacionada à prática da amamentação. As afirmações de que o peito cai, diminui ou se deforma em virtude do amamentar, para algumas dessas mães, não passa de um mito, como no dizer de uma das doadoras.

*“E não tem aquele mito de que o peito vai cair. Não tem isso. Ah, vai ficar torto, o peito vai cair. Não tem nada disso. Eu não tive problema de nada disso. Voltou ao normal. Até ganhou um número a mais de sutiã que eu não tinha. Aumentou um pouquinho, o peito ficou um pouco maior. Mas esse mito que vai cair que vai ficar flácido. Eu não notei diferença. Voltou ao normal, pronto”. (Grazy)*

*“E... eu nunca me preocupei, porque o povo fala assim: Ah, porque amamentar faz o peito cair. (...) Eu acho que isso é a maior burrice, a maior bobagem que tem, sabe. Igual minha mãe fala: Seu peito vai cair, independente de, de você dar peito ou não, com o tempo tudo vai alterar, sabe. Aí, então, eu falei: Ah, gente, já que vai alterar mesmo, que altere, não tô nem aí”. (Silvia)*

*“Mamãe falou que era ridículo, que as pessoas ficavam dizendo que ela ia ficar com o peito deformado. Ela falou: Que fique. Eu vou ter filhos e vou dar de mamar”. (Elza)*

Esse receio, mesmo quando presente nos relatos das doadoras, não justifica o fato de não amamentar, pois os ganhos em termos de saúde física e emocional do filho são maiores do que as perdas de ordem estética.

*“(...) Eu não vou deixar de amamentar meu nenenzinho por causa de... pra me manter bonita, sabe. Porque pra mim, eu sou mãe, eu amo demais a minha filha, sabe, pra mim vale muito mais ela saudável, bem, feliz do que eu bonita. Isso daí é bobagem”. (Silvia)*

*“A partir do momento que você engravida pensando que não pode dar de mamar porque o peito vai cair você não pode ser mãe. Vê se um cachorro deixa de dar leite para o cachorrinho... (risos)”. (Elza)*

Muitas delas, inclusive, afirmaram não ter percebido alterações que as incomodassem durante ou após a amamentação. Muito pelo contrário, algumas se sentiram até vaidosas com o volume extra das mamas durante o processo de amamentação.

*“(...) nunca tive medo de peito cair. Se cair também caiu. (risos) É, uma hora cai. (...) Meu peito não caiu, não diminuiu, nem aumentou, nada.” (Elza)*

*“Durante a gestação sentia o corpo ótimo. (...) Eu gostei porque a barriga tava muito bonita. (...) Eu gostava de estar grávida. O mamá também ficou lindo, ficou grande. Eu nunca tive muito peito. Durante a amamentação também, (...)” (Jane)*

*“Eu tenho um peito super pequeno, sempre tive, mínimo, né, e virei, literalmente, uma vaca leiteira, né. É, elas (as amigas), é, é, então, me chamaram, assim, de siliconada, né, muito assim, né, voluptuosa, né, é... e realmente, né!” (Maria)*

Quando o incômodo emerge dos discursos em virtude de algumas alterações percebidas nas mamas no período posterior ao desmame, surgem certas falas que expressam reações de conformidade com a nova estética das mamas e atitudes de resignação e até de adaptação a nova conformação corporal.

*“Agora (depois do desmame) que eu sinto assim que, como meu mamã diminuiu, como que ele está murquinho. (...) Eu sinto que meu peito está, não está bonito. Está feio, sabe. Está murquinho. Igual da minha mãe, que minha mãe sempre falava assim também: Ih, Jane, depois nosso peito fica assim murquinho. E eu vejo, está muito parecido com o dela, sabe. (...) Não, não me incomoda não. Não me incomoda assim não. Lógico que não me deixa feliz, mas também não me deixa triste, com vontade de colocar nada, de fazer plástica, nada disso não. (...) Não, não chega não. Não, eu acho que eu também não sou muito assim, muito vaidosa, não.” (Jane)*

*“(...) eu não me importava muito com isso não, porque quando eu fiquei grávida dele, eu já era uma... eu já era gordinha. Aí eu tive estria...(...) eu não sei quem... eu me lembro uma vez, que estava lá e (alguém) falou assim: ‘Nossa, mas eu não imaginava nunca que eu poderia ter estria!’ Eu peguei e falei assim... na época eu falei assim: ‘Gente, a Xuxa teve estria! A Xuxa tem dinheiro, é famosa e ela teve estria!’ (Risos) (...)O quê que tem ter estria? Você gerar uma vida, você ficar com estria? Ter alguma celulite, ficar... engordar, né? Essas coisas aí pra mim...” (Cátia)*

Um dos grandes temores universais das mulheres em relação às alterações no esquema corporal durante a gestação está relacionado à irreversibilidade das modificações. O receio de que as várias partes do corpo não retornem às formas anteriores à gestação e o medo de ficarem deformadas e marcadas para sempre após o nascimento do bebê pode ter um significado simbólico mais profundo que, segundo MALDONADO (2005), pode significar o medo de modificar-se como pessoa pela experiência da maternidade e não recuperar a identidade antiga, de maiores perdas do que ganhos com as mudanças.

No discurso das mães doadoras, a preocupação com a volta ao corpo normal aparece de modo sutil na maioria dos casos. Mas, curiosamente, um dos valores atribuídos à amamentação para a mulher refere-se à volta mais rápida ao corpo

normal e à perda de peso proporcionada pela amamentação.

*“Gente, será que realmente um dia o corpo volta ao normal? Engraçado, eu acho que volta porque eu já vi de outras pessoas que voltaram, né. Mas é engraçado pensar se o nosso ia voltar mesmo, né. (...) E aí, realmente, nos primeiros dez dias do nascimento eu tinha perdido 10 kg. (...) E... quando ele fez um mês eu já entrava em calça jeans. (...) Pelo contrário, tô mais magra do que antes de ganhar de... de... engravidar do Marcelo.” (Maria)*

*“Tenho comido bastante mesmo e eu tô muito satisfeita, assim, porque realmente o que falaram é verdade. A amamentação faz perder peso. Então, sabe, eu nem me preocupei. Eu dei o peito pra ajudar também a emagrecer mais rápido.” (Sílvia)*

*“E amamentar ajuda a gente emagrecer até, né. Então, é... quando a Manuela nasceu, quando ela fez um mês eu já tinha voltado para o meu corpo de antes de engravidar.” (Flaviana)*

O que se pode dizer, a partir do discurso das doadoras, é que elas encontraram uma forma de somar benefícios estéticos à prática de amamentação e minimizaram os possíveis efeitos deletérios dessa prática para as mamas de modo que puderam vivenciá-la sem maiores conflitos relacionados ao próprio corpo.

### **5.2.5 Valor simbólico do leite materno**

As imagens que apareceram no discurso das nutrizes doadoras relacionadas ao leite materno são “ouro”, “riqueza”, “comida”, “melhor alimento”, “remédio”, “salva-vidas”, “milagroso”, “fonte de vida e saúde”, ícones reveladores de concepções e valores atribuídos ao leite materno.

Os relatos das mães doadoras revelam concepções acerca do leite materno e, especificamente, do seu próprio leite em contraposição direta ao fenômeno já mencionado como “Síndrome do leite fraco/insuficiente” que, de certo modo, está relacionada à insegurança emocional e social materna.

As doadoras concebem o leite materno em seu discurso como um leite forte capaz de sustentar a criança e promover seu crescimento. Para elas não existe leite fraco. As referências ao leite materno como o melhor e mais completo alimento para a criança, alimento saudável que promove o crescimento sem engordar, prevenindo a obesidade também estão presentes no discurso.

Essas concepções, em parte, podem estar “influenciadas” pelo discurso dos profissionais de saúde. Digo “em parte” porque é possível perceber, em alguns casos, que a crença no leite materno como um alimento forte procede de sua própria vivência familiar, da bagagem cultural que trazem desde a infância, observando suas mães e outras mulheres da família amamentando seus filhos e vendo-os crescer, como no relato que se segue.

*“(...) porque nunca tinha tido notícia, sabe, de ter leite fraco, sabe.(...) Na minha família, minha mãe me amamentou, amamentou meus irmãos, minha irmã amamentou os filhos dela, minha cunhada amamentou a menina dela.” (Flaviana)*

Outra concepção importante encontrada no discurso das doadoras refere-se à capacidade do leite materno em salvar a vida de prematuros, levando em consideração não só os atributos nutritivos, mas também os imunológicos do leite materno. Essa concepção engendra e é engendrada pela própria doação de seu leite aos bebês prematuros e de alto risco da Maternidade, como se observa nos trechos dos depoimentos a seguir.

*“Na verdade, aquilo (leite materno) para uma criança que está prematura, aquilo é ouro”. (Elza)*

*“E, um outro lado que, eu acho, que pesava demais também é pensar nos prematurinhos. (...) E lá no Odete eu tive condições de ver, né. A quantidade de mães nos corredores com os filhos indo pro Banco de Leite. (...) Então, isso assim é um outro lado que acalenta demais, né. Você saber que está dando saúde pro seu filho e dando possibilidade de vida para outras crianças, né”. (Maria)*

O discurso das doadoras, além dos já mencionados valores atribuídos ao leite materno como os nutricionais e os imunológicos (prevenção e cura de doenças), atribui ao leite materno o valor econômico, como podemos depreender de alguns relatos.

*“Porque é muito caro. (...) Agora vai ver quanto é uma lata de Fórmula. Uma pessoa que ganha R\$ 350,00 (salário mínimo) por mês, não é muito mais fácil dar o peito? A despesa que eu tenho com a alimentação com ela (filha de 4 m) é nenhuma. ZERO”. (Elza)*

*“Ela mesmo passou por uma enfermidadezinha, um dia desses, né, dente nascendo, misturou com febre e ela não queria comer nada, assim, nenhum*

*alimento, né. É..., legume e só, e eu tive que dar só peito. Ai eu fico imaginando: Gente, e se eu não tivesse amamentando? Eu ia ter muita dificuldade agora. Mesmo porque, é, o leite é um remédio, né, entre aspas. Ele ajuda, assim, com os anticorpos, né". (Silvia)*

Antes de se constituir em alimento, o leite humano é uma substância produzida pelo corpo e, comparada a outras como o sangue e o esperma especialmente, possui um significado bastante peculiar. Esses fluidos corporais, investidos de um forte aspecto simbólico, formam a base das explicações simbólicas sobre a procriação e constituem as relações de parentesco. As relações de parentesco criadas pelo sangue, os laços de consanguinidade, guardam certa similitude com os laços engendrados pelo leite materno. Quando duas pessoas são amamentadas por uma mesma mãe, ainda que não possuam laços de parentesco consanguíneos, são considerados "irmãos de leite", ligadas por relações de parentesco por meio do leite materno. Esse simbolismo é bastante conhecido no mundo árabe-muçulmano e em algumas sociedades ocidentais como a nossa, onde as remanescentes lembranças do século XIX, quando as escravas amamentavam as filhas das sinhás tornando-se "mães ou amas de leite", ainda povoam o imaginário das doadoras. Voltaremos a essa discussão mais adiante no tópico "Sensações referentes à doação" (SANDRE-PEREIRA, 2003; SOUZA, 2005).

Referências ao leite artificial no discurso das doadoras foram pouco encontradas. A percepção identificada foi a de que é algo que distancia mãe e filho e artificializa a relação. Maldonado (2005) ressalta que mães muitas vezes optam pela alimentação artificial de seus filhos numa tentativa de manter certa distância do bebê, sugerindo um maior índice de neurotização da mãe e dificuldades nas trocas afetivas.

Surgiram, ainda, referências ao alto custo e dificuldades no preparo, devendo ser utilizado apenas quando necessário e considerado como última opção na alimentação do bebê.

### **5.2.6 Enfrentando dificuldades e superando obstáculos**

Como já dissemos, a maioria das mães entrevistadas revela um forte desejo de amamentar que referem ter sido preponderante para o êxito da experiência da

amamentação de seus filhos, especialmente nos casos em que ocorreram dificuldades no decorrer do processo.

*“(...) foi difícil porque doeu mesmo, o bico do peito doeu demais. Eu dava, eu amamentava assim, ó... (faz expressão de sofrimento), morrendo de dor. Era a hora pra eu desistir ali, se eu não estivesse com vontade.” (Jane)*

Esse “querer” parece ter vencido o embate contra o “poder” amamentar. Refiro-me aqui ao que outros autores (NAKANO, 2003) têm mencionado como o “querer” e o “poder” amamentar, referente às dificuldades enfrentadas no decorrer do processo de amamentação, dilema identificado até mesmo durante a gestação (SOUZA, 1993).

Constatamos no discurso de algumas doadoras a vivência de dificuldades iniciais de ordem técnica que desencadearam no aparecimento de traumas mamilares e ingurgitamentos. Essas situações constituem fonte de experiências de muita dor e sofrimento. Relatam sentimentos de ambivalência, de cisão entre o querer e o poder amamentar, como observamos no relato a seguir.

*“Mas eu acho que quem não tem esse tipo de orientação pára de amamentar porque é uma dor muito forte a gente fica muito ansiosa. E é um período de muito antagonismo porque a gente quer amamentar, dói. A primeira vontade que você tem... por fim, a minha mãe chegava com o neném pra mim pra dar de mamar, mas eu não queria de jeito nenhum.” (Selma)*

No entanto, essas mulheres conseguiram transpor as dificuldades e seguir rumo à superação dos problemas. Essa superação é claramente atribuída, em seus depoimentos, ao apoio clínico recebido no momento mais crítico, além do suporte emocional oferecido, especialmente, pelo marido/companheiro e pela mãe. Relatam terem sido assistidas por serviços especializados em amamentação tanto privados quanto da rede pública do SUS.

*“Porque também o Túlio já tava pegando errado, já tava machucando meu peito. Já tava naquele processo difícil. Muito leite, peito machucado e, olha eu..., eu..., foi difícil porque doeu mesmo, o bico do peito doeu demais. Eu dava, eu amamentava assim, ó... (faz expressão de sofrimento), morrendo de dor. Era a hora pra eu desistir ali, se eu não estivesse com vontade.” (Jane)*



Mesmo as mães doadoras que referem ausência de intercorrências que as levassem a algum tipo de sofrimento ao amamentar reconhecem que esse tipo de situação, somada a ausência de suporte emocional e/ou apoio clínico adequados pode levar as mulheres a desistirem de amamentar, como demonstram os trechos seguintes.

*“Eu falo: Isso não existe, gente, leite fraco. Lógico que tem umas que ficam nervosas, que tem o oposto também, aquelas que ficam com o peito todo arrebitado e que continuam dando de mamar, que fazem um sacrifício danado.” (Elsa)*

*“(...) Ela (prima do marido) estava desesperada porque não estava conseguindo dar de mamar (...) com o peito todo machucado. (...) fui lá e dei de mamar para o filho dela que ela não dava conta. Aí conversei muito com ela sobre amamentação e ela não desistiu. Agora, se você não tem uma boa orientação, nessa hora você para.” (Elza)*

A vivência de conflitos durante o processo de amamentação gerados por dificuldades de ordem física e emocional também foram encontrados por Nakano, 2003 e Ramos e Almeida, 2003a.

No estudo realizado em Ribeirão Preto - SP, em 1999, pelo NUPENS/FSP/USP, mostra que pouco mais da metade (55,4%) das mulheres que relataram ter apresentado problemas na amamentação buscaram assistência nos serviços de saúde (NAKANO, 2003). A menos que tenham conseguido superar seus problemas com outros tipos de auxílio que não aquele realizado por profissionais de saúde, podemos supor que um percentual elevado de mulheres perdeu a oportunidade de amamentar devido a problemas que poderiam ser solucionados com a assistência dos profissionais de saúde.

Algumas doadoras que enfrentaram sérias dificuldades de ordem biológica e emocional no manejo da lactação que as levaram a vivenciar os conflitos entre querer e poder amamentar reclamam da ausência/falha de informação e assistência por parte dos serviços de saúde, não só na rede pública de serviços de saúde, mas também na rede privada como no caso a seguir.

*“(...) meu peito todo empedrado, todo ingurgitado e eu não sabia nem essas palavras, ‘ingurgitado’, nem sabia o que eu era. No hospital eu recebi uma folha... ah, se o peito tiver ‘ingurgitado’, eu não sabia o que era ingurgitado, como assim em forma de C? Então, a orientação que eu tive*

*depois, até mesmo no hospital era escrita e eu não sabia o que era ingurgitado, eu não sabia a posição certa. 'Quando o seu peito está muito cheio...' eu não sabia o que é ficar muito cheio. Então o peito travou todo."*  
(Selma)

*"E outra, eu escolhi o hospital...?.. porque eu comprei a idéia que eles venderam de que eu teria um suporte de aleitamento e não tive. (...) Quando eu estava no hospital e procurei esse serviço, não tinha esse serviço. A telefonista não sabia quem era. (...) eu fiquei muito frustrada porque isso era pra mim uma situação muito importante e eu não tive apoio nisso. Então eu fiquei muito revoltada com o hospital, fiz reclamação. Porque eu escolhi esse hospital por causa do apoio na amamentação e eu não tive nenhum."*  
(Selma)

Algumas mães, mesmo sabendo da existência dos BLH, o reconhecem apenas como um serviço de coleta e processamento de leite humano, não como um prestador de assistência à mulher que amamenta, um serviço efetivo de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

*"Então entrei em contato com o Odete Valadares, eu só não sabia que eles poderiam me encaminhar para essa orientação. Eu não fui informada disso. Eu também não perguntei sobre isso, mas eu perguntei assim: é a minha primeira gravidez eu queria doar leite como é que eu faço? ..?..Só que não me falaram que.. me faltou orientação. Faltou informação de que a gente pode ir lá, aí ensina como ordenhar, de como isso, aquilo outro. Eu não sabia. Tudo que eu procurei eu perguntei, mas que eu não perguntei não foi me informado. E o próprio Odete Valadares poderia ter me ajudado"*  
(Selma)

Alguns estudiosos já apontaram para esse descompasso entre o discurso dos profissionais de saúde e a vivência das mulheres, referendado por esses depoimentos. As orientações recebidas, muitas vezes em forma de material informativo, se revelam ineficazes, sem nenhuma correspondência com as dificuldades vividas pelas mães no cotidiano. Segundo Oliveira *et al* (2006), 14% das mulheres assistidas pela rede básica de saúde do Estado do Rio de Janeiro relataram ter recebido apoio no manejo da lactação nas intercorrências do processo de amamentação e apenas 9% referem ter recebido apoio como parceria, entendida como diálogo, relação de afeto, aumento da autoconfiança, além do apoio clínico.

A impessoalidade da assistência à nutriz tem contribuído para aumentar ainda mais o fosso existente entre os profissionais de saúde e as mães. Sem pretender aprofundar essa discussão já abordada por outros autores (RAMOS & ALMEIDA,

2003b), percebemos que essa situação da falta de apoio dos serviços de saúde à mulher no puerpério, especialmente no que se refere à amamentação, tem sido uma constante nos discursos das mulheres e não se manifesta apenas nas camadas menos favorecidas socioeconomicamente.

Conclui-se, portanto, que a consciência da importância do aleitamento materno e a grande motivação para amamentar são determinantes para que a mulher busque assistência para superar os problemas e seguir amamentando. Mas, em contrapartida é preciso que os serviços de saúde estejam preparados para dar esse apoio, contando com profissionais sensibilizados e treinados para oferecer uma assistência que vá de encontro às reais necessidades das nutrizes.

Por fim, as falas permitiram inferir que a experiência da amamentação, vivenciada de maneira satisfatória, ainda que enfrentando e superando problemas no manejo, pôde fortalecer a mulher-mãe e reafirmar a autoconfiança que elas afirmam sentir com relação à amamentação. As depoentes relatam sensações de grandeza, de realização pessoal, de plenitude da maternidade por amamentar seus filhos e ressaltam que o significado da experiência é tão profundo que só passando por ela para sentir, não sendo possível descrever.

*“Mas eu acho que só quem já amamentou que realmente sabe, não pra, pra escrever, pra colocar no papel o quê que é amamentar realmente. Acho que não tem uma palavra, assim, que... Sabe, (Risos), que você escrever, que você vai realmente conseguir passar o significado do quê que é amamentar. Eu acho que não tem, não. (...) É, eu acho que é tão profundo, que... que não sei.” (Bel)*

### **5.2.7 Sentimentos e sensações vivenciados no desmame**

Algumas mães revelam em seu discurso a vivência do processo de desmame de forma tranqüila sem conflitos de sentimentos e emoções, como exemplifica o relato de uma delas.

*“Então quer dizer, foi tudo muito fácil pra mim, né? (...) Pra introduzir a comida foi tranqüilo, mamava comia, mamava comia. Depois quando ele não quis mamar mais, não quis pronto. Mais nada.” (Grazy)*

O processo de desmame aparece, entretanto, em algumas falas como um momento de tristeza e de certa frustração devido à expectativa de amamentar por um tempo maior, especialmente quando percebem que o bebê toma a iniciativa de deixar o peito. Esse novo momento do processo é vivenciado como uma nova separação, iniciada pelo parto e postergada pela amamentação, como observamos no trecho seguinte.

*“Eu... foi assim uma tristeza. Ai, não! O Túlio não quer mais mamar no mama da mamãe. Eu falava: Túlio, vamos mamar no mama da mamãe? Aí ele, eu colocava ele no peito e ele começava a chorar. Acho porque também não tava saindo leite demais mais, sabe. Não tava assim do jeito que era antes.” (Jane)*

O conflito entre o querer continuar amamentando e o ter que parar devido a situações impostas pelo trabalho está presente no discurso dessas mães que relatam ter experimentado sentimentos de angústia e frustração.

*“(...) quando eu tive que voltar a trabalhar... eu me senti frustrada de não ter, de não amamentar mais os meus filhos...” (Bel)*

O que parecia antes ser vivenciado como sensações de abundância, plenitude, potência e fortalecimento, agora é simbolicamente vivido como escassez e enfraquecimento.

Silva (2005) já havia assinalado que o período do desmame é marcado pela ambiguidade de sentimentos. A autora menciona que esse momento pode ser vivido pelas mães com um momento triste, doloroso e solitário. As mães muitas vezes sentem-se culpadas por desmamar e experimentam a sensação de abandono de seus filhos. Experimentam esse momento como uma separação, um rompimento do estreito vínculo que existe entre mãe e bebê. Aparece, em alguns casos, o sentimento de ciúme do filho pela interposição de outra pessoa entre os dois que também pode alimentá-lo. A experiência parece revelar uma perda simbólica do filho.

## 5.3 Doação

A partir do discurso das mães doadoras adentramos o universo simbólico que envolve a doação de leite humano, atentos às imagens que iam aparecendo nos relatos nas quais se inscrevem sensações, percepções, sentimentos, crenças e concepções e valores atribuídos. Dessa forma, buscamos acessar os sentidos atribuídos por elas a essa vivência que extrapola a amamentação de seus próprios filhos.

### 5.3.1 Quem doa e por quê?

Mas afinal, quem são as doadoras voluntárias de leite humano? Como são essas mulheres que amamentam seus filhos e ainda doam seu leite para alimentar outras crianças? Quais as sensações, as percepções, os sentimentos, os valores que atribuem a essa prática? Qual a motivação que encontram para a doação de seu leite?

O discurso proferido por elas denota a percepção de que constituem um grupo restrito de mães. Revelam, inclusive, grande curiosidade em conhecer outras doadoras de leite humano para compartilhar essa experiência, conforme ilustra a fala a seguir.

*“Nossa, gente, eu queria conhecer também. Como que é? Porque eu não conheço ninguém. Eu não conheço gente que já doou leite (materno). Não conheço. E olha que a gente tem prima, tem amiga, tem vizinha e eu não conheço ninguém que já doou leite. Conheço muitas mães, mas nunca que também doou leite.” (Jane)*

Ao analisarmos o que leva as mães a doar seu próprio leite, percebemos que são várias as formas de se chegar ao Banco de Leite Humano e à doação. Algumas nutrizes ao se depararem com as dificuldades advindas do excesso de leite, buscam ajuda para alívio do desconforto e tomam conhecimento do BLH e da possibilidade de doar o excedente. Outras, já conhecendo as atividades típicas desse serviço como coleta, processamento e distribuição de leite humano, procuram-no com a intenção de doar, algumas antes mesmo do nascimento do bebê. Existem, ainda, aquelas que mesmo sabendo da existência do banco de leite e da possibilidade de

doar seu leite, desconhecem o apoio clínico oferecido à amamentação. Os depoimentos, a seguir, exemplificam essas diferentes situações.

*“Lá (BLH Odete Valadares) eles me ensinaram como que, né, como é que faz, não... aí ela me ensinou tudo como é que faz. Falou assim: Olha, pode pegar a aréola toda. Você tem muito leite. Um peito só é suficiente. Ela falava assim: Você tem muito leite, vamos doar? Falei: Ah, é, pode doar? Ela me explicou, me deu os vidrinhos. Falou: Não, a gente passa na sua casa. E foi assim que começou.” (Jane)*

*“Mas, assim, (...) eu ficava preocupada. Falava: Gente, meu peito vai empedrar. Se eu não tomar alguma medida, assim, de tirar, de começar a armazenar aqui em casa vai empedrar e eu vou ter muito problema. (...) Aí, como eu não tinha vidros aqui em casa pra armazenar, (...) aí veio a idéia: Ah, gente, eu vou doar porque, doando eu já vou ter o equipamento que eu preciso para tirar o leite e, além disso, eu vou poder ajudar muitas crianças.” (Silvia)*

*“Então, entrei em contato no Odete Valadares eu só não sabia que eles poderiam ter me dado essa orientação (apoio clínico). Eu não fui informada disso. (...) eu perguntei assim: é a minha primeira gravidez e eu queria doar leite. Como é que eu faço? Ah, na época você liga pra tal número que a gente leva os frascos. Só que não me falaram que... faltou orientação. Faltou informação de que a gente ir e te ensina como ordenha, de como isso, aquilo outro. Eu não sabia. (...) E eu nem sabia que, nesse aperto, o próprio Odete Valadares poderia ter me ajudado.” (Selma)*

Em casos de ingurgitamento mamário (empedramento da mama), a retirada do excedente é indicada para propiciar o alívio do incômodo, para evitar problemas decorrentes do ingurgitamento mamário como traumas mamilares, mastite e, até mesmo para possibilitar ao bebê realizar a pega correta do mamilo e sugar de maneira eficaz.

Uma vez que, no universo simbólico dessas mulheres, o leite materno é representado por imagens como “ouro”, “riqueza”, “sangue”, “milagre”, “remédio”, “comida”, parece inconcebível a elas desprezá-lo. As doadoras manifestam em suas falas os valores a ele atribuídos, nutricional (alimenta e nutre), imunológico (previne doenças), terapêutico (cura doenças) e econômico (custo zero).

*“Na verdade, aquilo (leite materno) para uma criança que está prematura, aquilo é ouro.” (Elza)*

*“Mesmo porque, é..., o leite é um remédio, né, entre aspas”. (Silvia)*

*“A despesa que eu tenho de alimentação com ela (filha de 4 meses) é nenhuma. Zero.” (Elza)*

Resolvem, desse modo, conferir um destino benévolo para o precioso produto extraído do próprio corpo e buscam informações sobre a possibilidade de doação.

*“(...) e aí eu fiquei lembrando dos menininhos lá que realmente eu já tinha visto e que precisava mesmo... e elas trouxeram aquela cartilha explicativa, sabe? E aí eu resolvi doar.” (Bel)*

*“E, um outro lado que, eu acho, que pesava demais também é pensar nos prematurinhos. (...) E lá no Odete eu tive condições de ver, né. A quantidade de mães nos corredores com os filhos indo pro Banco de Leite”. (Maria)*

Os depoimentos revelam que, para uma parte das mães, o desejo de tornar-se doadora de leite humano aparece, muitas vezes, antes de amamentar, durante a gestação, não sendo motivada por nenhuma dificuldade durante o curso da amamentação. Esse desejo pode surgir antes mesmo de engravidar. Pode manifestar-se no momento em que tomam conhecimento do Banco de Leite Humano o que, no geral, acontece por meio de reportagens na mídia, especialmente na televisão, assim como aparecem nas falas seguintes.

*“Não, eu vi passar na televisão... essas coisas, e falei assim: quando eu tiver (filhos) eu vou doar!” (Cátia)*

*“E eu acho que basicamente foi fruto de campanha, de informação, né, campanha informativa de televisão e que, realmente, na época da gravidez passou uma na televisão, até com telefone, e que veio..., tudo veio se confirmando a partir do momento que o Marcos nasceu, né, que realmente a coisa acontecia. (...) Existia uma intenção. Enquanto grávida existia uma intenção, né, (...) de amamentar e com possibilidade de doar”. (Maria)*

Diante de toda a carga simbólica que o leite materno carrega, inferimos que doar LH é muito mais que doar um produto vivo do próprio corpo. Doar LH revela-se como doação da própria vida, verdadeiramente, uma maneira de permitir que muitos bebês continuem a viver, como percebemos nesse trecho de um dos depoimentos.

*“Você saber que está dando saúde pro seu filho e dando possibilidade de vida para outras crianças, né” (Maria)*

As mães revelam, em seu discurso, que se sentem impulsionadas a doar pela compaixão, por solidariedade e altruísmo que emergem ao pensar naquelas mães que não conseguem amamentar seus filhos e nos bebês prematuros que necessitam desse leite para sobreviver.

*“Ainda mais quando eu ficava no hospital, que eu via aqueles meninos no berçário, né, aquele sofrimento de ver mãe que não pode amamentar.” (Cátia)*

Esses achados corroboram os resultados de Alencar e Seidl (2009) no estudo qualitativo realizado no Distrito Federal com mulheres doadoras de LH em BLH da rede pública. Altruísmo, excedente de produção láctea e evitação de desperdício foram categorias encontradas nos depoimentos referentes motivação da doação.

Outros estudos de natureza quantitativa, como o de Azema e Callahan (2003) na França, mencionam resultados semelhantes. Ter muito leite preferindo doar o excesso que dispensá-lo e desejo de ajudar outras pessoas foram as categorias de maior frequência, 42,7% e 35%, respectivamente. As autoras destacam que há carência de profissionais capacitados a oferecer suporte clínico à mulher que amamenta no país e que o BLH pode significar um ponto de apoio às mulheres, especialmente àquelas que apresentam ingurgitamento mamário devido ao excesso de leite.

Tomaz *et al* (2008), ao estudar quantitativamente o fenômeno da doação de LH em BLH do estado de Alagoas encontraram, como motivo principal da doação, a recomendação de profissional de saúde (61,3%), seguidos pelo envolvimento em outras atividades sociais (8,7) e pelo reconhecimento da necessidade dos bebês aos quais o serviço atende (7,3). Esse estudo reforça a ideia da importância do envolvimento dos profissionais de saúde na divulgação e no recrutamento de novas doadoras de LH.

As informantes mencionam sensação de privilégio, de dádiva, de estar vivenciando uma situação incomum, única, que poucas mulheres experimentam e isso se reverte



em motivação para continuar extraindo e doando seu leite, como ilustram as falas a seguir.

*“A sensação era melhor impossível, porque quando que via que realmente é... O que eu estava vivendo não era o que a maioria vive, né, eu falava: Gente, é um privilégio, né. É uma dádiva e um privilégio. (...) Então, isso me dava mais vontade de continuar tirando, né.” (Maria)*

*“Deus deu esse dom pra gente, já sai tudo prontinho, não precisa de esquentar, não precisa de adoçar... né, não precisa de ferver, de fazer nada! Então é uma coisa que vai fazer bem pra eles... Eu é... eu... assim... eu sinto que é... não tem coisa melhor... de amamentar”. (Cátia)*

A dádiva, o dom, a bênção, o presente/presença de Deus, enfim, as variadas expressões encontradas no discurso das doadoras remetem ao sentido atribuído à presença do leite materno em abundância. Esse sentido do discurso sobre a doação é construído num contexto sociocultural e histórico específico de valorização da amamentação e do leite humano. A sensação de ter sido agraciada refere-se igualmente à maternidade, como podemos observar no trecho de uma das entrevistas.

*“Eu prefiro realmente colocar as crianças em primeiro lugar porque eu acho que eles são uma benção que Deus manda pra gente e a gente tem que cuidar da melhor maneira possível. (...) Então, eu acho que tem mais Deus na minha vida do que tinha antes.” (Flaviana)*

Muitas vezes o altruísmo, esse desejo de se doar e ajudar as pessoas, segundo os relatos, aparece muito antes da doação de LH, direcionado a outras demandas como o sangue, por exemplo. Algumas delas já haviam doado sangue e outras se sentiram frustradas por não terem sido aprovadas pelo “rígido” controle de qualidade do serviço que controla essas doações no Estado, como nessa fala da doadora.

*“É saber que tem gente que precisa. É realmente essa, essa... porque eu já sou doadora de sangue. Acho que eu sou uma doadora nata. E tive que parar e fiquei muito triste quando tive que parar por causa de um problema de tireóide.” (Elsa)*

Ao observarmos as imagens que emergiram sobre o leite materno, comparado ao próprio sangue, percebemos que os dois fluidos corporais humanos, leite e sangue, possuem uma simbologia muito parecida. Se o LH nutre e alimenta, previne e cura doenças, torna-se imprescindível à vida, especialmente de bebês muito vulneráveis. Dessa forma, doar LH é doar vida.

Segundo Ludwig (2001), analisando a doação de sangue em hospitais de Porto Alegre-RS, o doador voluntário de sangue doa levado por vários motivos, desde a dádiva, o altruísmo e até mesmo o agradecimento por já ter sido ajudado dessa mesma forma.

O entendimento do processo de doação voluntária de LH pode ser iluminado pela teoria da dádiva de Mauss (2001), antropólogo francês que traz uma grande contribuição ao entendimento da dádiva/dom nas sociedades arcaicas. Ele postula que a vida social se constitui num constante dar e receber. A dádiva, segundo o autor, produz alianças, gera vínculos, constrói laços sociais e pode ser entendida de modo bastante amplo, incluindo não só presentes como também visitas, festas, comunhões, heranças, esmolas. Ela aproxima os indivíduos, pois quem oferece algo se coloca no lugar do receptor para doar adequadamente. A dádiva *“não é perdida, reproduz-se”* (*idem*, p. 148), volta de alguma forma, material e também espiritual, ao doador inicial. Desse modo, todo anfitrião é um hóspede em potencial. O dom postula que *“o laço é mais importante que o bem”*, segundo Caillé (2002, p. 8).

Podemos transplantar alguns desses conceitos para entendermos como as trocas são concebidas e praticadas nos diferentes tempos e lugares, e as diferentes formas que podem assumir, especialmente em nossas sociedades ocidentais.

Considerando-se esse preceito de que a dádiva retorna sempre ao doador, podemos entender que, ao doar LH, símbolo da vida, recebe-se, minimamente, mais leite e mais vitalidade. Algumas falas expressam essa idéia de quanto mais se doa mais se tem para doar.

*“Quanto mais você doa, mais você recebe. Porque é uma coisa interessante, quanto mais você tira, mais você produz”.* (Maria)

Mauss mostra como, universalmente, “dar e retribuir” são, simultaneamente, espontâneos e obrigatórios, interessados e desinteressados, úteis e simbólicos, mas organizados de modo particular em cada caso. Se a dádiva pressupõe retribuição, pode-se falar em trocas, em comunicação entre almas. Trocar é mesclar almas, permitindo a comunicação entre os homens, a intersubjetividade e a sociabilidade. Na dimensão religiosa, podemos observar a presença da dádiva nas oferendas direcionadas às divindades por graças alcançadas.

Para compreendermos o fenômeno da doação de LH, à luz da teoria de Mauss, podemos pressupor que uma das motivações para esse ato poderia constituir-se simbolicamente em uma retribuição às graças recebidas, visto que “filhos” e “leite materno abundante” são percebidos como dádivas ou dons. A retribuição pode referir-se, igualmente, porém em escala menor aos serviços prestados pelo BLH no momento em que as nutrizes necessitaram de assistência ao aleitamento materno.

Aparecem em várias entrevistas, imagens de suas mães amamentando seus irmãos e os filhos de outras mulheres que não conseguiam amamentar. Esses relatos evocam, assim, a figura da “ama-de-leite” ou “mãe-de-leite”. Presente ainda hoje em algumas cidades interioranas, resquícios da sociedade colonial dos séculos XVIII e XIX, essa figura remete aos sentimentos de compaixão e solidariedade ligados à doação de leite materno perpassando as gerações.

Poderiam as doadoras de leite humano, simbolicamente, constituir-se em uma versão moderna das antigas amas, formando, assim, grandes famílias de leite? Segundo a crença, as crianças amamentadas pela mesma mãe tornam-se irmãos de leite. Emerge, desse modo, um sentimento de irmandade, de laços de parentesco, de união, de adesão ao grupo, à tribo, do coletivo contrapondo-se ao extremo individualismo vivido em nossa sociedade pós-moderna. Essa simbolização parece restituir o ideário de uma sociedade mais coletiva que se sobreponha ao individualismo, reviver um tempo em que as famílias eram mais numerosas, que as crianças tinham vários irmãos de sangue e as pessoas podiam se ajudar mutuamente.

*“É, tinha esse negócio assim de... né, uma amamentava o filho da outra. E minha mãe amamentou várias crianças. (...) Meu pai morava, eles moravam ni roça, ni fazenda e é muito menino, né. Sempre tem um... um é... todo mundo tem um irmão de leite. (...) Eu até falo pra ele, eu falo “Ei, João Marcos, você tem um monte de irmão de leite... (risos).” (Bel*

Godelier (2001) afirma que nossa sociedade separa os indivíduos, isolando-os cada vez mais em suas famílias, que leva os indivíduos cada vez mais a dessolidarizar-se, criando-se um *déficit* de solidariedade. O dom é, então, *“idealizado no imaginário como um último refúgio de uma solidariedade, de uma generosidade na partilha que teria caracterizado outras épocas da evolução da humanidade. O dom torna-se o portador de uma utopia...”* (GODELIER, 2001, p. 315)

Refletindo sobre a teoria de Mauss, as nutrizes, ao realizarem a doação de seu próprio leite a crianças desconhecidas aproximam-se delas, criam laços, “vínculos de leite”, remontando a ideia da “mãe-de-leite”. Muito próximos aos “laços de sangue”, os “laços de leite” gerados pela doação (direta ou indireta) de LH, agregam um sentido especial a esse ato, o de ser “mãe-de-leite” de muitos bebês mesmo que estranhos a elas.

Uma das principais características da dádiva nas sociedades modernas é a presença de estranhos no sistema, ou seja, a dádiva a desconhecidos (doações de sangue, de órgãos, filantropia, doações humanitárias, benevolência), além da liberdade e a gratuidade, pois segundo Godbout (1999, p. 118), *“Se não existe dádiva gratuita, existe pelo menos gratuidade na dádiva”*.

Ressalta-se, ainda, o caráter espontâneo, a dívida ou o compromisso da retribuição (ainda que totalmente diferente em sentido da dívida mercantil) e, finalmente, o retorno, que acontece de vários modos. Conforme esse autor, a dádiva serve

*“Para se ligar, para se conectar a vida, para fazer circular as coisas num sistema vivo, para romper a solidão, sentir que não se está só e que se pertence a algo mais vasto, particularmente a humanidade, cada vez que se dá algo a um desconhecido, um estranho que vive do outro lado do planeta, que jamais se verá”* (GODBOUT, 1998, 49).

As mães doadoras revelam um desejo pré-existente de ajudar outras pessoas doando algo de si mesmas, algo que não se compra nem se vende, permitindo inferir a atribuição de um grande valor humanitário a essas atitudes, como exemplifica as falas a seguir.

*“E eu acho que eu sempre tive essa preocupação de querer ajudar as pessoas de algum modo, de doar algo de mim mesma, né. Acaba que a gente, tão cheia de afazeres, a gente vai deixando isso um pouco de lado. Eu sempre tive vontade de visitar creches, visitar asilo e ajudar e, nunca fiz”.*  
(Flaviana)

*“É, uma sensação boa...e é uma coisa assim, que não depende de ninguém, né, só depende de você mesmo, você não é uma coisa... é seu, você não tem que comprar, não tem que pedir emprestado, não tem que nada, né.”* (Bel)

A dádiva engendra relações sociais situadas além do mercado e do Estado e situa-se numa ética própria e numa lógica que não a do lucro e, antes se opõem e resiste a ela. Ela está presente nas sociedades ocidentais entre os próximos, os amigos e os parentes e se mantém como uma “obrigação voluntária” (GODELIER, 2001).

*“É uma situação muito prazerosa e, assim, é o meu exercício de cidadania, meu exercício de humanidade, sabe como? De estar contribuindo mesmo.”*  
(Selma)

A ideia do exercício da cidadania, expressa no discurso da doadora, remete ao duplo caráter espontâneo e obrigatório da dádiva em Mauss. Isso pressupõe que cada cidadão precisa cumprir alguns deveres, contribuindo de alguma forma com a sociedade na qual está inserido. A partir desse entendimento, a doação de LH atende a essa necessidade de troca numa dimensão mais política, quase obrigatória, entendida como participação no todo, na coletividade.

Por analogia a teoria da dádiva, podemos entender a doação de LH, simultaneamente como útil e simbólica. A utilidade da doação relaciona-se à destinação do excedente de leite produzido que deve ser retirado para produzir alívio ao desconforto. No plano simbólico, a doação pode abranger vários sentidos, alguns dos quais estamos buscando elucidar.

Um dos sentidos construídos durante o processo de interlocução pode estar relacionado à recompensa, à retribuição recebida em troca da doação como algo que não se refere a aspectos de ordem material. São mencionados sentimentos e sensações positivos por ajudarem outras pessoas, um ganho na arena espiritual como vemos no trecho que se segue, demonstrando que, para elas, segundo a lógica própria da dádiva, nem tudo é negociável.

*“Teve uma vez que meu irmão tava aqui, aí o pessoal... a enfermeira veio e tá assim: O quê que você ganha com isso? Eles te pagam?” Me perguntou assim: Eles te pagam pra você doar? O quê você ganha? Eu falei assim: Eu ganho prazer de ver que eu vou ajudar!” (Cátia)*

Talvez seja a isso que Mauss se refere, argumentando que a dádiva implicaria mais felicidade e menos seriedade (*idem*, p. 182). Segundo Lanna (2000), Mauss nos ensina algo absolutamente fundamental: a felicidade humana não está em outra parte que não no dar e receber, “no respeito mútuo e na generosidade recíproca”.

### **5.3.2 Extração/doação de LH: facilidades e dificuldades**

A doação de leite materno remete a questões sociais, culturais, psicológicas, religiosas e também econômicas, além daquelas de ordem biológica (ser saudável e produzir excedente). Questões estas que têm grande importância na hora de se decidir em ser, ou não ser, uma doadora de leite humano.

Alguns fatores surgem, no discurso das mães, como facilitadores da doação e parecem relevantes na decisão sobre o início da doação. Um deles constitui a referência que fazem à facilidade e à tranquilidade com que realizam os procedimentos de ordenha do leite, não implicando em nenhum esforço adicional.

*“Porque é tão fácil, na verdade, a doação. Você está em casa, seu leite está sobrando... Eu escuto tanto relato de gente que joga leite fora, joga leite fora, joga leite fora... As pessoas estão muito pouco preocupadas com o outro, né!” (Elsa)*

*“Como eu comecei desde o início, é como se a amamentação estivesse colada com a doação.” (Jane)*

A ausência de deslocamento até o serviço para a entrega da doação, em virtude da coleta domiciliar realizada pelo BLH, aparece como outro fator preponderante na decisão.

*“Olha, não tem dificuldade nenhuma. Você liga, eles fazem umas perguntas e depois a moca vai a sua casa, leva tudo, você não tem que fazer nada. Eu falei: Ah, é muito fácil. Aí eu comecei a doar com ela recém nascida”.* (Elsa)

Elas fazem ver, no entanto, em uma ou outra fala, que é preciso dedicação a esse ato, reservar um tempo no seu cotidiano para ordenha e se isolar em um ambiente tranquilo para que a qualidade do leite não fique comprometida. Estão, portanto, deixando de se dedicar a outras tarefas importantes do seu dia-a-dia, dividindo a atenção dispensada aos filhos pequenos com outras crianças que nem sequer conhecem. Muitas vezes, em condições adversas, não suspendem a doação.

Apreendemos em seus depoimentos que, na verdade, doam muito mais que simplesmente seu leite, doam seu tempo, sua dedicação, seu amor a outras crianças que não tem o mesmo “privilégio” de serem amamentadas como as suas têm. Elucidamos com as seguintes falas.

*“Então é coisa que você vai e... que te recompensa, né, que você não vai... (...) Você ajuda tanta gente, que num... não faz diferença o tempo que você vai perder ali, que você vai ficar atrasada, que vai deixar de fazer as coisinhas, deixar de olhar os meninos. Mas o amor que você tem de estar doando, só do menino (receptor) estar amamentando...”* (Cátia)

*“A moça do banco até falou: Não, se você está com a mão doendo, sua saúde está em primeiro lugar. Mas quando eu não dão (meu leite) eu fico com a sensação que vai ter alguém precisando, entendeu?”* (Elsa)

O entendimento que obtemos do discurso é que o esforço que porventura venham a realizar é quase nenhum comparado à recompensa que sentem pelo ato da doação.

### **5.3.3 Sentimentos e sensações referentes à doação**

Ao se tornarem doadoras, essas mães referem ter experimentado uma sensação de grande prazer. Revelam grande entusiasmo em extrair seu leite para doar, o mesmo

prazer e satisfação com que amamentam seus filhos. Sentem-se, assim, orgulhosas pela certeza de que muitas crianças conseguiram sobreviver e estão crescendo saudáveis devido ao seu leite.

*“Mas pra mim era muito prazeroso isso. Era muito prazeroso. A sensação que eu tinha na ordenha pra colocar no vidro era a sensação como se eu tivesse amamentando um monte de criança. Porque eu tinha plena consciência da importância daquilo, daquele leite”.* (Selma)

*“Nossa, eu sentia bem demais, que eu estou ajudando. Ah, mas era bom demais. Eu sentia assim: Puxa vida, não é só o Túlio que está crescendo. Gente, meu leite vai para alguém, uma criança que está precisando... (...) Não, mas eu me sentia tão bem. Tão bem. Feliz mesmo”.* (Jane)

A emoção extravasada era tão forte, tão pulsante que as mães se comoviam ao falar sobre a doação e, não raro, chegavam às lágrimas durante os depoimentos, como no relato que se segue.

*“Aí como eu tinha muito (leite) aí eu falei: Nossa! É, é... Eu fico até emocionada em falar porque é uma coisa que eu acredito que, que é... (os olhos se enchem de lágrimas) Eu sou meio chorona. É... Porque deve ser muito difícil pra pessoa que não tem leite, eu fico imaginando (voz embargada). Porque foi muito difícil eu esperar esses 3 dias (apojadura). Eu fico imaginando, então, como deve ser pra pessoa que não pode doar (amamentar), né? Ver que o filho não pode amamentar (mamar) e tudo. Então, eu, eu... como eu tive muito leite né? Aí eu resolvi doar porque era muito mesmo.”* (Grazy)

Sensações de grandeza, de potência e até de heroísmo são, ainda, revelados pelas mães doadoras. A grandeza por estar desempenhando uma tarefa muito importante da qual têm total consciência. A potência, associada à capacidade de amamentar, está maximizada pelo fato de ter leite para alimentar muitas crianças. A personificação da heroína, imagem que emerge dos discursos, aparece associada à ideia da capacidade atribuída de salvar as crianças prematuras e doentes com seu próprio leite.

O discurso das doadoras revela a percepção da admiração das pessoas pelo fato dessas mães conseguirem amamentar e doar seu leite e referem despertar, desse modo, a curiosidade sobre vários aspectos da doação como características do leite humano, armazenamento, aspecto do leite após congelamento entre outros



detalhes. Percebem causar espanto e surpresa nas pessoas do convívio social ao relatar que permanecem amamentando e doando seu leite, como se pode observar nos relatos subsequentes.

*“(...) e aí elas (as amigas) perguntavam: Você ainda amamenta? Amamento. Você ainda tira? Tiro. Mas você ainda tem? Tenho, tenho pra tirar. (...) e acho que é um exemplo que fez outras ou que vai fazer outras pessoas pensarem nisso agora nas próximas gravidezes, né.” (Maria)*

*“Então, tinha gente que chegava aqui e pedia para abrir o congelador pra ver (risos). (...) É. E pra ver como é que é, né. Como é que ele fica, como é que estoca, né. Pra ver as camadas, né, que...que... a gente ia sobrepondo.” (Maria)*

Demonstram muito orgulho e até certa vaidade pelo leite doado, principalmente pelo grande volume que conseguem extrair. A ideia expressa é de fartura, quanto mais tiram leite, mais tem.

*“E, graças a Deus, como eu te falei, eu tive muuuuito leite, muito mesmo. E tinha semana que eu doava, assim, 3 litros de leite, sabe.” (Silvia)*

*“Eu ficava, direto eu ficava assistindo MGTV (noticiário local) pra ver se passava sabe, reportagem lá... no... no banco de leite... quando passa eu fico olhando, aí passa aquela geladeira assim cheia de leite, eu fico assim “Alá, o meu já teve lá dentro! (Risos)” (Bel)*

Boa parte das participantes refere um sentimento de reconhecimento pessoal do ato de doar seu próprio leite como ato de grande valor social, um sentimento de autovalorização que as motiva ao exercício da prática de doação não só de leite, mas também de sangue que pode ser exemplificada pela fala seguinte.

*“Acho que é uma valorização muito minha, própria, essa coisa de doação. (...) Eu gosto, é uma coisa que eu gosto. Eu gosto de doar. Eu me sinto bem quando vejo aqueles vidrinhos cheios na geladeira. (...) Eu acho que eu já tenho essa coisa de doadora dentro de mim. A verdade é essa. Porque o que eu posso doar eu doo.” (Elza)*

Referem, em seus depoimentos, terem experimentado sentimentos de reconhecimento, apoio, incentivo e até mesmo de admiração por parte dos maridos/companheiros e de suas mães, como demonstram as falas a seguir.

*“Ele (marido) acha legal, me estimula e tudo. Minha mãe (...) achou o máximo. Ela fala pra todo mundo que eu sou doadora.”* (Elza)

*“A questão da doação, meu marido sempre me incentivou muito, sabe? Minha mãe também sempre me incentivou muito.”* (Flaviana)

*“(...) meu marido, assim, bem próximo. Me deu o maior apoio para a doação do leite. Minha cunhada ajudou bastante com a questão do aleitamento.”* (Selma)

O envolvimento e o apoio dos familiares mais próximos da doadora, especialmente a mãe e marido/companheiro, com a vivência da doação de leite humano e, de forma indissociável da amamentação, parecem constituir tarefa imprescindível dos atores envolvidos na promoção da doação de LH.

#### **5.3.4 Responsabilidade, tristeza e preocupação ao parar de doar**

Os relatos mostram que algumas mães experimentam certa dificuldade em parar de doar, acompanhada de sentimentos de tristeza e até mesmo de culpa, mesmo que conscientemente saibam que já desempenharam uma tarefa importante e que outras mães poderão assumi-la daqui por diante, conforme podemos constatar nos trechos a seguir.

*“Então, uma coisa que me deixa um pouco deprimida é pensar que daqui a pouco isso (doação) vai acabar. Porque o leite acaba.”* (Elza)

*“(...) porque me dava um sentimento de culpa de estar parando. Era impressionante. Eu falava assim: Mas tá bom, não tá, com sete meses? Você não acha? Porque eu queria também que elas (funcionárias do BLH) falassem assim pra mim: Não, está suficiente, você já fez muito (risos).* (Jane)

A fala das doadoras sobre a diminuição do volume de leite e necessidade de finalizar a doação, expressando sentimentos de tristeza, permite, de certo modo,

inferir sobre a percepção do arrefecimento da potência, da plenitude experimentada na fase de abundância do leite, certo “enfraquecimento” enquanto mulher.

As doadoras relatam preocupação quanto ao volume de seu leite quando esse começa a dar sinais de diminuição e manifestam receio de faltar leite no BLH para os bebês hospitalizados. Referem o retorno às atividades cotidianas, especialmente a volta ao trabalho, como motivo de suspensão da doação devido não só a falta de tempo para a ordenha, mas como consequência da diminuição da produção de leite, como veremos nas falas a seguir.

*“Eu achava que se eu tirasse, deixasse um tiquinho a menos... ia faltar pra alguém lá...era essa a sensação que eu tinha, sabe? (...) Se eu tirasse um pouquinho a menos ia faltar.. e alguém ia precisar...uma coisa engraçada... Fiquei (triste) porque... ah.. porque eu falei assim: “Ah, meu Deus! Não vou mais ajudar! O quê que eu vou fazer! Aí eu já tava naquela busca de arrumar outra mãe, que já tava tendo neném, que já ia doar!” (Cátia)*

*“Trabalhando não tinha tempo de tirar pra guardar. Porque toda mamada... E foi diminuindo também né? Quando eu fui trabalhar foi diminuindo porque eu só tirava uma vez no serviço. Então eu dava uma mamada pra ele antes de ir trabalhar aí eu ia tirar o leite lá serviço, tirava uma vez, e à noite eu dava a ele aqui. Então só 3 vezes por dia. Não tinha como eu tirar pra doar mais. Foi diminuindo mesmo”. (Grazy)*

A preocupação com a doação de leite se manifesta, nos depoimentos, não somente com relação à quantidade de leite doado, mas à qualidade do produto extraído. Além de zelar pelas boas condições higiênico-sanitárias do leite, durante os procedimentos de coleta, essas mulheres preocupam-se com o efeito que esse “produto” pode produzir nos bebês. Por acreditarem que a dieta da mãe pode conter alguns componentes que, ao passar para o leite, podem, por ex., causar gases em seu filho, fazem modificações em sua alimentação para diminuir os possíveis danos aos bebês receptores, ainda mais vulneráveis. Ao perceberem sintomas de alteração na saúde física (febre, coriza, mal-estar entre outros) interrompem a doação para não comprometer o leite doado.

*“(...) aí às vezes eu fico pensando assim... gente, tá dando gás no Bernardo e tal... e aqueles bebezinhos daquele tamanhinho. Será com sofrer consequências disso que eu comi, poxa vida. Aí eu conserto a minha*

*alimentação, sabe? Então eu tenho muito consciência disso. Há umas três semanas atrás eu tive um resfriado forte. Ai não teve jeito, tive que tomar o Paracetamol. (...) Ai eu não tirei leite porque tem o medicamento. Então, eu tomo muito cuidado. Então eu levo tudo muito a sério com relação a minha alimentação ao que eu faço.” (Selma)*

*“Trabalhando não tinha tempo de tirar pra guardar. Porque toda mamada... E foi diminuindo também né? Quando eu fui trabalhar foi diminuindo porque eu só tirava uma vez no serviço. Então eu dava uma mamada pra ele antes de ir trabalhar aí eu ia tirar o leite lá serviço, tirava uma vez, e à noite eu dava ele aqui. Então só 3 vezes por dia. Não tinha como eu tirar pra doar mais. Foi diminuindo mesmo”. (Grazy)*

Manifestam, em seu discurso, grande seriedade e obstinação na doação de LH e, conseqüente, abastecimento do BLH. Dedicam-se, espontaneamente, à divulgação da doação, tão pouco conhecida na população em geral. Referem falar, sempre que oportuno, sobre a experiência da doação de modo a não só propagá-la na sociedade em geral, mas com o propósito de recrutar novas doadoras para o serviço por meio da sensibilização de outras gestantes e mães que estejam amamentando.

Acreditam que deveria haver maior divulgação sobre a doação de leite humano e sugerem que essa prática seja mais incentivada na população em geral, e, em especial, junto à clientela materno-infantil pelos próprios pediatras que, segundo elas, não promovem a doação mesmo quando percebem uma mãe com produção láctea elevada.

*“E assim, eu sempre estímulo muito. Junto comigo nessa gravidez tinham seis amigas grávidas. Seis. Com todas elas eu falei uma por uma: Olha, tá aqui o telefone você liga pra lá faz isso. (...) Nenhuma doou.” (Selma)*

*“Aí liguei pra médica. Não, seu leite deve estar sendo muito pra ele. Então vamos tirar um pouco, você tira um pouco. Dispensa um pouco. Ela nem falou em doar. Ela não me falou em doar. Não comentou comigo essa parte. Falou: você dispensa um pouco e amamenta o resto.” (Grazy)*

### **5.3.5 Divulgação da doação de LH**

Osaldiston e Mingle (2007) desenvolveram um estudo sobre doadoras de um BLH no Texas, USA e constataram que a maneira mais comum pela qual as doadoras tiveram notícia da doação de LH foi por meio de um(a) amigo(a). Os autores

sugerem, então, como estratégia efetiva para recrutamento de novas doadoras o envolvimento das atuais doadoras na divulgação “boca a boca”.

Em nosso estudo, a maioria das doadoras se referiu a reportagens realizadas pela mídia, em especial por telejornais locais, como o meio mais frequente pelo qual tomaram conhecimento da doação de LH, como nos trechos a seguir.

*“Não, eu vi passar na televisão... essas coisas, e falei assim “ quando eu tiver eu vou doar!” (Cátia)*

*“E eu acho que basicamente foi fruto de campanha, de informação, né, campanha informativa de televisão e que, realmente, na época da gravidez passou uma reportagem na televisão, até com telefone,(...)” (Maria)*

*“É... Eu já tinha visto há muitos anos atrás, antes de eu ser casada, eu tinha visto uma reportagem na televisão sobre uma mãe que doava leite”. (Flaviana)*

Embora tenham sido informadas e sensibilizadas sobre a doação por meio de reportagens na TV, elas acreditam que o assunto ainda é pouco divulgado e necessita de maior atenção da sociedade, sugerindo a realização de campanhas de divulgação. As doadoras revelam em seus discursos tamanha responsabilidade e preocupação pela interrupção da doação que vêm realizando, à sua maneira, uma divulgação silenciosa e voluntária, sem que o próprio serviço tenha conhecimento, como exemplificam os trechos dos depoimentos.

*“Eu até falo... eu fico falando para o pessoal, pra quem eu conheço, né, que tem, que amamenta, para doar.” (Cátia)*

*“E e eu vi que as pessoas ficavam impressionadas, sabe, assim... Eu gostava de falar. Não, lógico, não saia falando assim. Mas eu achava, eu tinha amigas na época que estavam, que tiveram filhos, falava vamos doar leite, sabe, é tão fácil.” (Jane)*

*“(...) e acho que é um exemplo que fez outras ou que vai fazer outras pessoas pensarem nisso agora nas próximas gravidezes, né.” (Maria)*

Pudemos perceber durante as entrevistas que as participantes expressaram muita satisfação em falar sobre esse assunto e, por isso, nos receberam para a entrevista com grande entusiasmo para prestarem seus depoimentos como forma de continuar contribuindo para a “causa”. Vejamos as falas a seguir.

*“Quando você me ligou, Cristina, falando que você precisava de conversar sobre isso, eu falei: Gente, que legal! Sabe, foi o maior prazer, o mesmo prazer. Eu falei: Gente, eu devo estar contribuindo, um pouquinho que eu contribui nessa fase da doação, eu devo estar contribuindo nessa pesquisa sua.” (Jane)*

*“Aí, assim, sabe, fiquei muito feliz de ter tido muito leite. (...) E, assim, e eu fiquei tão feliz, tão entusiasmada de ter dado tanto leite, de ter ajudado outras pessoas que eu tive até o interesse em ir lá na maternidade pra conhecer o banco, sabe.” (Silvia)*

A manifestação do desejo das doadoras em continuar, de alguma forma, colaborando e trabalhando em favor do aleitamento materno e da doação pode desvelar uma descoberta muito importante para o serviço. Em nossa avaliação, seria necessária a aproximação dessas mães do serviço, oportunizar a visita à área física e aos bebês que recebem o leite por elas doado, ainda que não presencialmente, mas através de recursos audiovisuais. Podemos perceber, em alguns trechos dos depoimentos, certa expectativa em conhecer o serviço e os bebês receptores por parte dessas colaboradoras.

*“(...) eu aproveitei essa oportunidade pra eu ir lá, que é aqui perto, né. Pra ir lá na maternidade conhecer o banco. Aí, assim, acabou que tava um dia muito corrido, né. Eu só pude pegar os vidros, dar uma olhada assim e ir embora. Eu nem pude conhecer, não vi nenhuma criança, assim, alimentada mesmo, porque eu nem sei como é que funciona a doação lá, né.” (Silvia)*

A adoção de estratégias como essa poderiam não só constituir uma retribuição à dívida recebida por parte delas, mas também para o estabelecimento de um vínculo muito positivo para ambos, BLH e doadoras, com possibilidade de continuidade da parceria estabelecida em prol dos bebês vulneráveis.

### **5.3.6 Estratégias para recrutamento de novas doadoras de LH**

Osaldiston e Mingle (2007) acreditam que, ao entender o mecanismo fisiológico que habilita as mães a produzir leite em excesso e tornarem-se doadoras de LH poderia auxiliar no alcance da meta de recrutamento de doadoras e aumentar o

volume de leite doado.

Na contramão dessa afirmativa, encontramos um discurso bem contundente por parte de alguns sujeitos do presente estudo a respeito dessa questão, que coloca a doação como fruto exclusivo da vontade e a produção do excedente de leite materno como mera questão de estímulo à produção, como no trecho que se segue.

*“Mas as pessoas têm muita má vontade. Falavam: “Ah, mas eu não tenho leite suficiente, tenho leite só pro meu filho”. Não é isso. Eu não acredito nisso. Eu acredito que se você estimular você dá, tem leite.” (Jane)*

*“Eu tirava com prazer, mas tinha a questão do excesso. Dele (segundo filho) eu não tenho esse excesso. Eu tiro mesmo que é para doação. Se eu não tirar eu não vou ter o problema que eu tinha dela de ingurgitamento que eu estava falando como eu tinha dela.” (Selma)*

Seria o fenômeno da doação apenas uma questão de estímulo fisiológico e/ou de boa vontade em doar, como afirmam algumas mães? Sabemos que as mulheres enfrentam dificuldades e até mesmo algumas barreiras para efetivar a doação, pois algumas mães, mesmo revelando a intenção de doar e não levam adiante esse intento (OSBALDISTON E MINGLE, 2007). O conhecimento dessas condições que impedem a doação naquelas mulheres que pretendiam realizá-la constitui valiosa contribuição para o entendimento do gatilho que dispara esse ato.

Segundo a gerente do BLH-MOV, Maria Hercília de Castro Barbosa e Silva, uma dúvida frequente das mães que ligam para o serviço em busca de informações sobre a doação se refere à preocupação em faltar leite para o seu filho caso venha a doar leite. Essa ideia presente no imaginário das mães, contrária aos princípios da fisiologia da amamentação, segundo os quais quanto maior o estímulo da sucção do bebê e da retirada do leite do peito, maior é a produção, pode levar muitas mulheres a não doar LH.

Aparecem, no discurso das doadoras, imagens relacionadas com a ideia de fartura como “peitos cheios e vidros cheios de leite e congelador cheio de vidros de leite materno”. Vejamos alguns trechos que exemplificam essa noção.

*“Aí como eu tava tirando pra doar, o leite só ia rendendo, aí ele mamava muito também e quanto mais eu tirava, mais tinha leite!” (Bel)*

*“E é aquilo menina, quando eu doava, parecia que o meu peito enchia mais ainda. Então é coisa que você vai e... que te recompensa, né, (...)” (Cátia)*

*“Quanto mais você doa, mais você recebe. Porque é uma coisa interessante, quanto mais você tira, mais você produz”. (Maria)*

*“Eu gosto, é uma coisa que eu gosto. Eu gosto de doar. Eu me sinto bem quando vejo aqueles vidrinhos cheios na geladeira”. (Elza)*

A veiculação dessa ideia de “fartura”, de que “quanto mais tira mais produz” com relação ao leite materno, no discurso dos profissionais de saúde, seria de grande importância para o esclarecimento de uma parcela de mães, potencialmente doadoras, que provavelmente não o fazem por falta de esclarecimento, o que elevaria o estoque de LH nos Bancos de Leite Humanos do país.

Seria interessante envolver as mães doadoras numa estratégia formal de divulgação do serviço e recrutamento de novas doadoras, visto que repetidas vezes expressam o desejo de continuar contribuindo com BLH, e diminuir parte da tristeza e da culpa que sentem ao parar de doar.

#### **5.4 Amamentação, Doação e Maternidade**

O discurso das mães doadoras revela concepções acerca da maternidade muito articuladas com as relacionadas à amamentação e à doação de leite materno. O sentido da maternidade no depoimento dessas mães parece estar fortemente vinculado ao cuidar, ao dedicar-se, ao doar-se de várias maneiras possíveis.

A amamentação é concebida como um dever materno, uma obrigação que a mãe deve cumprir em relação à criança, ocupação inerente à maternidade, como demonstra a seguinte fala.

*“Porque, na verdade, a mãe fica 4 meses em casa, o que é muito pouco, para amamentar. Não é para ficar de folga. Não é para descansar, pelo contrário, é para ficar cansada. Ela está ali com a obrigação de dar de mamar.” (Elsa)*



Essa concepção não consiste em uma visão particular, num modo específico de entender a amamentação e, por conseguinte, a maternidade, próprio das nutrizes doadoras, mas uma visão compartilhada por várias mulheres que amamentam e também por aquelas que enfrentam dificuldades para amamentar, como confirmam os estudos de Nakano (2003), Javorski *et al* (2004) e Marques (2008).

Assim como nos achados dessas autoras, do discurso das doadoras emergem concepções sobre a maternidade que distingue duas espécies de mães. A primeira é referida como as “mães normais”, também como “boas mães” e a segunda como “as outras”, subentendendo-se “as negligentes”. A primeira categoria, na qual se incluem, refere-se às mães dedicadas, que tem prazer em cuidar do(a) filho(a), procuram sempre fazer da melhor maneira possível, fazer-se presente pelo maior tempo que puderem, pois acreditam que, dessa maneira, terão filhos mais centrados, mais equilibrados emocionalmente. Em suma, aquelas que cumprem com os deveres da “boa mãe”, incluindo-se a amamentação.

*“Eu sou dessas mães que acham que filho tem que ficar com a mãe. (...) O Túlio estava lá comigo fazendo sacolão. (...) Eu quero ficar com ele o máximo de tempo possível.”* (Jane)

*“Você quer ser a melhor, a melhor mãe. E na verdade a gente vai experimentando o tempo todo porque ninguém tem a fórmula de criar um filho. Nenhum filho é igual. Cada filho é de um jeito. Então, a gente fica tentando acertar o tempo todo. Desde quando a gente começa tentar acertar dentro de casa a tendência é você querer acertar com todo mundo, né! Eu acho que as mães são pessoas melhores. As mães normais, né! (em tom de voz bem mais baixo)”* (Elsa)

A segunda categoria se refere aquelas mães que não se importam com os filhos e transferem para outras pessoas os cuidados com a criança, não alterando muito suas prioridades em virtude da criança, como atestam os depoimentos a seguir.

*“(...) Eu acho que tem mãe e tem... e tem mãe. (...) Muda tudo, assim, pra quem... igual, no meu caso, que eu... eu queria ser mãe, então pra mim mudou tudo. Agora, tem gente que vira mãe, mas, né... continua daquele mesmo jeito. Aquelas meninas que saem, continuam saindo, né, que... fica só na rua, continua ficando na rua. Não estuda, não trabalha... não é... aquela diferença que eu falei com você de mãe e mãe. Como eu queria, mudou tudo.”* (Cátia)

*“Ué, a minha vizinha de cima tinha uma creche, um hotelzinho desses que a mãe deixa a criança para a criança... dormir também. Ela disse que tinha mãe que não aparecia. Que a criança ficava direto lá. Tinha criança... e tudo muito rico porque era muito caro. Não tinha nada de público não. Era tudo pago. Ela falou que tinha crianças que chegavam sujas que os pais não estavam nem aí, não davam banho, não davam comida.” (Elsa)*

*“O que leva... qual é a motivação que as pessoas têm de ter filhos para maltratar, para os outros criarem?... Para não criar, se a graça é justamente você criar.” (Elsa)*

Com relação ao aspecto da motivação do ser mãe, Aulagnier (1979) faz uma distinção importante no que se refere ao desejo de maternidade e o desejo de ter filhos que podem, em muitos casos, não ser coincidentes. O desejo de maternidade, como única possibilidade de desejo, equivale a uma fantasia inconsciente de plenitude, colocando o filho no lugar de um vazio inaceitável, de uma falta inevitável, mas que esta mãe recusa. O estranhamento experimentado pela mãe diante de seu bebê é capaz de comprometer os cuidados maternos e o atendimento de suas necessidades básicas, pois a impede de reconhecê-lo como um novo ser que constituirá seus processos de subjetivação.

No caso específico das participantes desse estudo, o que transparece em seus discursos é o desejo de ter filhos, confirmado pelas falas que remetem ao desejo de cuidar, amparar, estar presente em contato íntimo com a criança, da necessidade de priorização dos filhos, muitas vezes, às custas de algum sacrifício pessoal em benefício deles, como desistência, interrupção ou adiamento de planos e de atividades, diminuição da vida social e da atenção dispensada aos amigos, ao trabalho, ao marido e a si mesma. Em casos extremos, até mesmo, o rompimento de relações.

Toda essa dedicação relatada como intensa, extrema e exclusiva à criança impõe certo cerceamento às mulheres, especialmente no início da vida da criança, que é percebido como algo que, se por um lado causa certo incômodo, revela-se de grande importância para o bem-estar dos filhos, ambiguidade percebida nas falas seguintes.

*“Meu marido me cobra muito, sabe, me dedicar mais a ele, às vezes me dedicar mais a mim. Mas é uma coisa que eu não me sinto muito confortável, sabe. (...)”*

*Às vezes é uma coisa que incomoda, sabe? Não as crianças me incomodam. O que me incomoda é o fato da gente não poder, de não estar podendo me dedicar tanto a profissão quanto eu queria.” (Flaviana)*

*“Então é uma mudança muito radical. Depois que ficar mais velho eu acredito que essa coisa vai diminuindo um pouco. Você vai se adaptando também, mas no início é uma mudança muito radical de hábitos, de rotina, de tudo.” (Grazy)*

No entender dessas mães, a amamentação inserida no contexto ampliado da maternidade, exige dedicação, doação, paciência e, igualmente, pode limitar a mulher ao espaço doméstico, especialmente quando é praticada de forma exclusiva, uma vez que a criança solicita o peito em intervalos muito curtos.

*“Porque você não pode ficar saindo. Você tem que estar em casa de 2 em 2. Talvez seja este um dos motivos que a mãe, que muitas mães não gostam de amamentar porque realmente é... você tem que se dedicar aquilo. Porque a criança pede mamá. Se você não quer dar outra coisa, você tem que estar ali pra dar o seu peito, né” (Grazy)*

*“Mas pra mim foi difícil porque, para amamentar, eu fiquei presa, né? Porque ela não mamava (na mamadeira), nem eu tirando o meu leite e dando pra ela (na mamadeira), ela não mamava. Hoje eu estou fazendo diferente. Pra não passar o aperto que eu passei com ela. Mas aí eu amamentei ela até 1 ano e 2 meses.” (Selma)*

Arantes (1995) também encontrou evidências de que as mulheres se sentem presas durante a amamentação, tendo o desempenho de outras atividades como profissional, dona-de-casa, esposa e mãe de outros filhos ficam afetadas pela amamentação.

Se por um lado a amamentação é considerada, no discurso dos profissionais de saúde, uma prática que facilita o cotidiano da mulher por dispensar todas as tarefas destinadas à preparação da fórmula e à esterilização dos recipientes, elas acreditam que a alimentação artificial pode ser considerada “mais fácil” por liberar a mulher do compromisso com a criança, pois qualquer outra pessoa pode alimentá-la. Ainda segundo Arantes (1995), durante a amamentação, a mulher pode experimentar momentos de sobrecarga física e emocional, com carência de sono e intenso cansaço, o que faz com que a alimentação veiculada pela mamadeira promova certo alívio por não envolver o gasto energético corporal na alimentação da criança. A fala a seguir ilustra bem a contradição entre os discursos da mãe e da profissional de

saúde no que tange à facilidade relativa aos dois métodos de alimentação do bebê: a amamentação e o aleitamento artificial. Ela inicia sua fala como mãe, faz uma interrupção e segue com o discurso dos profissionais de saúde.

*“(...) porque é muito mais fácil dar uma mamadeira do que você... o que na verdade não é. Porque a mamadeira você tem que levantar, você tem que preparar, você tem que esquentar o leite, você tem que fazer a mamadeira, depois você tem que ter a higiene da mamadeira. Peito não, você tira e dá.”*  
(Elza)

As políticas de promoção do aleitamento materno sempre procuraram ressaltar esse aspecto da ausência de trabalho com a preparação de mamadeiras como uma facilidade que aumentaria o elenco de vantagens da amamentação para a mãe. Mas ela só se constitui propriamente em uma vantagem para a mãe no caso daquela que cuida pessoalmente do filho, não delegando à outra pessoa a ocupação de alimentar seu bebê, e que conta com apoio em suas outras atribuições para que possa exercer a lactância com tranquilidade. Sob o ponto de vista da mulher, não se pode afirmar que amamentação é só facilidade e prazer e desconsiderar o esforço físico e o devotamento emocional exercidos pela mulher durante esse período de amamentação.

A maternidade, como afirma Silva (1990), é valorizada pela sociedade de forma contraditória, pois se é dignificada por um lado, não recebe o suporte necessário para o pleno desempenho dessa função. Ao contrário, a multiplicidade de papéis atribuídos à mulher (mãe, profissional, dona-de-casa, esposa) evidencia cada vez mais esse antagonismo é percebido pelas mães doadoras que o expressam em seu discurso, como constatamos no trecho seguinte.

*“(...) eu já ouvi várias vezes... homens falar assim: ‘Ah, então a gente quer aposentar com 25 anos de serviço também! Eu vou arrumar uma barriga também! Não sei o quê...’ (Risos) Sabe, essas coisas machistas assim (Risos). (...) Porque ... eles não entendem que se... trabalhar fora é uma... é um emprego, e ser mãe é outro emprego! (...) Tem 2 empregos. E dentro de casa, se a gente pudesse só ficar brincando coma criança, só ser mãe, seria a melhor coisa do mundo, né. Mas você tem que arrumar, lavar, passar, cozinhar...(Risos) (...) Mais um emprego! São 3! (Risos)”.* (Bel)

*“Mas podia ser uma creche, podia ser uma escolinha...sabe... assim, se meus filhos, por exemplo, tivessem... tivesse uma creche lá nesse hospital... e eu... é... pudesse ter levado eles, eu poderia ter amamentado mais tempo...” (Bel)*

As doadoras afirmam em seus depoimentos que as mães, muitas vezes, não amamentem seus filhos por preguiça, falta de paciência e descompromisso com a criança, atributos característicos das mães negligentes. As alegações utilizadas para não amamentarem como “leite fraco”, “leite insuficiente” ou “o meu leite secou” constituiriam, nesses casos, argumentos para justificar a não realização de uma obrigação materna, como no trecho seguinte.

*“Eu trabalho num lugar que é o lugar de vacinação, teste do pezinho, tudo. Então eu sento, converso com as mães. Ah, mas meu leite é fraco. Não existe leite fraco. Aí depois elas acabam, gozado que depois que as crianças crescem elas acabam confessando: Eu não tinha era saco de dar de mamar. Não fazem nada, a maioria, e não tem paciência de dar de mamar.” (Elsa)*

No discurso das doadoras, a maternidade surge, ainda, como perpetuação, continuidade, partilha da vida com o outro, manutenção da convivência no grupo familiar, simbolizando para elas amparo na velhice e antídoto contra solidão, como nos mostra os trechos do depoimento.

*“(...) a gente tem que pensar nisso também. Num pode deixar a geração acabar, não, sabe? Eu sou muito a favor da família, da geração, de... de... perpetuar a espécie... (Risos)” (Bel)*

*Mas eu vejo minha mãe, por exemplo... se não fosse nós, porque ela teve 5 filhos e agora já tem 13 netos, ... quando reúne todo mundo, quando os meninos ligam pra ela, ela vem pra cá, como que é bom. Aí, às vezes ela fala assim “Já pensou se eu não tivesse meus filhos!” Por isso que eu queria ter mais filhos também, sabe? (Bel)*

As falas expressam uma mudança pessoal em termos de maior responsabilidade por perceber que alguém depende totalmente de seus cuidados. A maternidade foi vivenciada, então, como momento de amadurecimento, de crescimento pessoal, como uma oportunidade de transição existencial.

*“Eu acho que eu sou hoje uma pessoa mais calma, é... eu..., menos egoísta, sabe, porque eu penso menos em mim. Então, eu tento, eu acho que eu procuro melhorar, me melhorar como pessoa mais por causa das crianças, sabe.” (Flaviana)*

Como mostra Maldonado (2005), a gravidez consiste em momento de grandes mudanças que exigem reestruturação e reajustamento. Uma nova identidade irá surgir, pois além de mulher e filha passa a ser mãe. Essas mudanças podem ser experimentadas como transição ou como crise existencial no desenvolvimento psicológico da mulher. A crise é aqui entendida como uma perturbação temporária de equilíbrio que implica em um enfraquecimento temporário do ego, fazendo com que o indivíduo busque se adaptar a outros mecanismos para solução de seus problemas. A crise pode levar um indivíduo a buscar formas de adaptação saudáveis ou doentias, o que definirá um maior nível de integração da personalidade e de saúde mental caso opte pela primeira opção, o que faz da crise uma situação de perigo e oportunidade. A transição existencial, apesar de representar igualmente um período de mudanças e necessidade de adaptações, estas se apresentam de modo mais suave, mais tranquilo.

Transição existencial é o que parece ter representado a maternidade para a maioria dessas mães doadoras, segundo o que se apreende de seus relatos. Algumas mães relatam se sentir mais calmas, mais pacientes e amorosas. O sentimento de compaixão aumenta e estende-se a outras crianças o desejo de ajudar, de amparar, de acolher, como exemplificam as falas a seguir.

*“Eu acho que a capacidade da gente amar aumenta demais. Então, hoje, qualquer criança que eu vejo eu amo a criança, sabe?” (Flaviana)*

*“A gente vira outra pessoa. (...) você sente mais necessidade de ajudar e de... Principalmente criança, né! (...) você quer que o mundo seja diferente. (...) que o mundo seja melhor. Porque você quer que seu filho viva num mundo melhor que o que você vive. (...) você quer acertar o tempo todo. Você quer ser a melhor mãe, a melhor mãe. (...) você é um exemplo para o outro. (...) Então você tem uma responsabilidade enorme de acertar”. (Elza)*

*“Eu acho que as mães são pessoas melhores. As mães normais, né!” (Elza)*

Em um caso bem singular, de uma mãe solteira que relatou ter tido episódios de depressão antes e durante a gravidez, a maternidade representou até mesmo, a

“cura” de perturbações de ordem emocional, visto que a filha simbolizou um prêmio, dádiva/dom, após ter passado por tantos reveses emocionais durante a gestação, um presente que a fez sentir-se gratificada. Em suma: esforço e recompensa, como ilustram os trechos seguintes.

*“(...) eu tava em depressão, tava tomando medicamentos já fazia um ano e, com a gravidez eu tive que interromper os medicamentos e eu descobri que eu já estava curada, né.” (Silvia)*

*“E, assim, eu fiquei, assim..., estasiad eu não sei como... que é a palavra certa assim sabe, mas eu fiquei assim muito... bobada, (...) porque, assim, eu sempre tive muita vontade de ser mãe e quando eu vi, assim, o meu bebezinho, sabe, eu ficava assim... Gente, não é possível! Ficava, assim, muito boba de olhar pra ela. (...) Inclusive, assim, teve uma tarde que eu sentei lá na, na, na cama da Maternidade e ela tava deitada no berçinho dormindo e aí eu fiquei olhando, assim, pra ela e chorando, sabe, emocionada. Falei assim: Gente, agora eu realmente sou maaaãe. Tá aqui o meu bebê, perfeita, linda, saudável, sabe, assim... Nossa!” (Silvia)*

*“(...) tá, assim, muito satisfatório ser mãe, porque eu tô descobrindo coisas que eu não sabia que eu tinha, assim, dons que eu não sabia que eu tinha, sabe. Eu tô tratando, assim, a minha paciência, coisa que eu nunca tive, sabe. Tô tratando, assim, a minha ansiedade, que eu era muito ansiosa.” (Silvia)*

*“Não, mas hoje eu sou mãe, eu tenho outra vida, (...)E, assim, a maternidade trouxe, pra mim, novos sonhos, sabe.” (Silvia)*

*“(...) porque, assim, eu fico pensando que hoje eu tenho uma pessoa pra eu dar exemplo, né. Eu tenho que..., primeiro eu tenho que educar, mas eu acho que a melhor educação, além da orientação, é você ser o exemplo.” (Silvia)*

O relato dessa mãe nos faz refletir sobre o que diz sobre a maternidade como crise existencial. Embora sua gestação tenha sido vivenciada como momento de crise, com muitas turbulências de ordem emocional devido às circunstâncias em que se deu sua gravidez, com a chegada do bebê ela conseguiu se reajustar ao novo papel de mãe.

## Considerações finais

*“A inconclusão, repito, faz parte da natureza do fenômeno vital. Inconclusos somos nós, mulheres e homens, mas inconclusos são também as jabuticabeiras que, na safra, enchem meu quintal de pássaros cantadores; Inconclusos são estes pássaros como inconcluso é o Eico, meu pastor alemão, que me “saúda” contente no começo das manhãs”.*

*(Paulo Freire, 1996)*



## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ainda que a consciência do inacabamento, como nos lembra Freire (1996), do fenômeno humano e como tal esse trabalho, não nos permita considerá-lo uma obra definitiva ou fechada, entendemos que os achados podem ser sempre aprofundados, questionados e ampliados frente a novos conhecimentos que insurgem e, ainda assim, nos ajudar a repensar as estratégias de promoção das práticas relativas à amamentação e à doação de LH.

Os discursos das mães doadoras de leite humano parecem confirmar a ideia de que a amamentação é um fenômeno complexo condicionado, em parte, por aspectos psíquicos e, em contrapartida, pela dinâmica sociocultural. Suas falas revelam que as vivências da amamentação e da doação de leite estiveram intimamente relacionadas ao desejo e a autoconfiança de amamentar seus filhos. A autoconfiança e a grande motivação para amamentar foram construídas socioculturalmente, em parte pela herança herdada de suas mães e outras mulheres da família cujo universo simbólico era povoado de imagens positivas sobre o amamentar seus filhos e outras crianças.

A despeito das dificuldades de ordem biológica que apareceram durante o processo de amamentação para algumas das entrevistadas, estas revelam a vivência da superação dos problemas com o apoio clínico oportuno que receberam de profissionais de saúde capacitados. Reconhecem que, na ausência dessa assistência às intercorrências da amamentação, muitas mães tendem a abandonar a prática. Apontam para a inadequação de orientações hospitalares que utilizam material escrito com termos desconhecidos até mesmo mães que atuam na área da saúde.

Identificando nos discursos das doadoras componentes distintos de ordem afetiva (sensações, sentimentos e emoções) e cognitiva (crenças, concepções, ideias e valores) relacionados à motivação e a vivência das práticas de amamentação e doação de LH, nos leva a refletir sobre a necessidade de considerar esses elementos no momento de pensar estratégias de promoção dessas práticas, assim como no momento da assistência individualizada às mulheres em nível ambulatorial. Prazer em amamentar e doar LH, desejo de contato íntimo e troca de olhares,

toques e carícias com o bebê, sentimento de realização pessoal, proximidade, interação, afeto são elementos que emergem dos discursos das doadoras e conferem sentido a essas práticas para esse grupo. No entanto, precisamos estar atentos às sensações e aos sentimentos opostos podem, ainda que presentes, ficar ocultos nos discursos pelas limitações impostas pela situação de interação de certa forma hierárquica que se coloca entre os sujeitos mãe/pesquisador, mãe/profissional de saúde.

Numa leitura simbólica, a doação voluntária de leite humano pode assumir o sentido de retribuição às dádivas recebidas, identificadas nas falas de boa parte das mães como ter filhos saudáveis e muito leite para alimentá-los. Engendrando o eterno ciclo do dar/receber/retribuir, inerente ao “paradigma” da dádiva, doando seu leite também se recebe algo em troca. Percebem que quanto mais doam, maior volume de leite produzem e mais tem para doar e alimentar seu próprio filho. Esse é um dos aspectos a ser valorizado nas campanhas de divulgação para dirimir o receio de algumas mães que, ao fazer contato telefônico com o BLH-MOV, revelam temer a falta de leite para alimentar o filho ao começar a doar seu leite. Na fala das doadoras denota-se, ainda, que ao doar recebem algo relativo à dimensão afetiva, sensações de satisfação e prazer ao se sentirem ajudando outras pessoas. Esse aspecto está relacionado à face altruísta e solidária da personalidade não só das doadoras de leite humano, mas das pessoas que realizam outras doações voluntárias como a de sangue.

A doação figura, ainda, no discurso das doadoras como possibilidade de aproximar-se, de colocar-se no lugar do outro. As doadoras, mesmo não conhecendo os bebês que recebem seu leite e as mães que não tem leite para alimentá-los, em seus depoimentos revelam entender o sofrimento dessas mulheres com seus filhos prematuros e/ou com problemas de saúde. A dádiva mostra-se, então, como prática dialética, como ato espontâneo e simultaneamente obrigatório, um ato de cidadania, um dever de cidadão. Essas mulheres demonstram senso de responsabilidade e compromisso social, e consciência do valor do papel que desempenham na sociedade como mãe, nutriz e doadora de LH.

Por fim, a doação de leite humano simboliza para essas mulheres a criação de vínculos, o estabelecimento de laços de parentesco forjados pelo leite. As “mães de

leite” e os “irmãos de leite” geram uma família simbólica que deixa entrever o desejo de irmanar-se, a necessidade de driblar o individualismo e a impessoalidade das relações nas sociedades modernas.

Mediante essa leitura da doação de LH, recomendamos maior proximidade entre as doadoras e o serviço de BLH, apontada nas entrevistas de modo sutil como um desejo de conhecer o funcionamento e os bebês que recebem o seu leite. Isso não só seria útil para que continuem a colaborar no sentido de divulgar e recrutar novas doadoras, mas, seguindo a lógica da dádiva, retribuir a contribuição que essas mulheres oferecem ao serviço.

As informantes apontam em suas falas para a necessidade de maior divulgação da doação de LH e percebem a omissão dos profissionais de saúde, em especial o pediatra, frente a essa atribuição que, segundo elas, deveria fazer parte da rotina de trabalho ao se deparar com mães com excedente de leite materno.

Amamentação e doação de leite humano estão ancoradas nos sentidos atribuídos à maternidade e são vivenciadas plena e obstinadamente a partir do enfrentamento dos conflitos comuns a outras mulheres em nossa sociedade. Priorizar os filhos e ser a “boa mãe” significa ter que abrir mão de muitas coisas o que gera certo incômodo. Os depoimentos apontam para o reconhecimento das contradições de uma sociedade que valoriza a amamentação e a doação de leite humano, assim como a maternidade, mas não oferece mecanismos de apoio e suporte para que as mulheres possam vivenciá-las não como um fardo, e sim como plenitude do desejo. Essa mesma sociedade cobra o desempenho desse e de múltiplos papéis gerando inseguranças, dificuldades e impossibilidades expressas no cotidiano das mulheres como falhas no cumprimento das funções produtivas e reprodutivas, gerando angústia e culpa.

As reflexões que ora apresentamos constituem uma possibilidade de entendimento da problemática que envolve a amamentação e a doação de leite humano que, mesmo conscientes do inacabamento, almejamos com ela alcançar profissionais de saúde e todos os interessados em promover a amamentação e a doação de leite humano com novas perspectivas do ponto de vista das mulheres e de alguma maneira contribuir para o estabelecimento de possíveis intervenções nessa realidade.

Futuras investigações sobre a doação de LH a partir da dimensão da mulher que amamenta e doa o leite permanecem necessárias ao conhecimento desse grupo ainda tão restrito a fim de ampliá-lo, fortalecendo a mulher, a amamentação, a doação e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano para proteger a saúde das crianças.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, L.C.E; SEIDL, E.M.F. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras. *Rev Saúde Pública*, 43(1):70-7, 2009.

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

ALVES, V.H. *O ato da amamentação: um valor em questão ou uma questão de valor?* [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

ARANTES, C.I.S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. *J Pediatr.*, 71(4): 195-202, 1995.

ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. O aleitamento materno na pós-graduação em nutrição no Brasil: um perfil das dissertações e teses de 1974 a 2004. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 8 (1): 125-133, 2008.

ARNOLD, L.D.W.; BORMAN, L.L. What are the characteristics of the ideal human milk donor? *J Hum Lact.*; 12:143-145, 1996.

AULAGNIER, P. *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Ed. Original 1975. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

AZEMA, E.; CALLAHAN S. Breast milk donors in France: a portrait of the typical donor and the utility of milk banking in the French breastfeeding context. *J Hum Lact.*; 19(2):199-202, 2003.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

BAKHTIN, M.M. *Estética da criação verbal*. Tradução de Marina Appengeller. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BOWLBY, J. *Apego e perda: apego, v. 1*. Tradução de Álvaro Cabral 3. ed., São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP*, 1(1), 2005.

BRAGA, D.F; MACHADO, M.T; BOSI, M.L.M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev. Nutr., Campinas*, 21(3):293-302, 2008.

BRANDÃO, H.H.N. *Introdução à análise do discurso*. 4. Ed. Campinas, SP, Ed. da UNICAMP, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 322, de 26 de maio de 1988. Dispõe sobre Normas gerais para a instalação e o funcionamento dos bancos de leite humano. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, de 27 de maio de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Conselho Nacional de Saúde. *Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes*. 2.ed. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/seguranca\\_alimentar.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/seguranca_alimentar.php)

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de bancos de leite humano. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, de 05 de setembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos*. Brasília: Anvisa, 2008.

CAILLÉ, A. *Antropologia do Dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

CANESQUI, A.N. As Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A. N. (Org.). *Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995.

CARDOSO, R.C.L. (Org.) *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Tradução de Guy Reynaud. 3. ed., São Paulo: Paz e Terra, 1991.

CEBRAP. *Resumo das características relevantes dos resultados da pesquisa de aleitamento*. UNICEF, 1981. Mimeografado.

CHARAUDEAU, P. Uma teoria dos sujeitos da linguagem. In: MARI, H *et alli*. *Análise do discurso: fundamentos e práticas*. Belo Horizonte: Núcleo de Análise do Discurso – FALE/UFMG, 2001.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. *Dicionário de análise do discurso*. 2. Ed., São Paulo: Contexto, 2008.

COSTA, C.R. *Representação do papel do pai no aleitamento materno*. [Dissertação Mestrado]. Universidade do Porto, 2007.

COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 3 ed., 1989.

DE OLIVEIRA, M.I.C.; SOUZA, Y.E.O.; SANTOS, E.M.; CAMACHO, L.A.B. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de

unidades básicas de saúde do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* (Online), v. 0301/2, p. 266, 2006.

FIOCRUZ. Portal da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Centro Latino Americano. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=217>>. Acesso em: 29/12/2008.

FIOCRUZ. Portal da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Dados estatísticos. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>> Acesso em: 19/02/2009.

FIORIN, J. L. *Elementos de análise do discurso*. 14 ed. São Paulo: Contexto, 2008.

FONTANELA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24 (1): 17-27, 2008.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GALVÃO M.T.G.; VASCONCELOS S.G.; PAIVA S.S. Mulheres Doadoras de Leite Humano. *Acta Paul Enferm*: 19(2):157-61, 2006.

GARCIA, SM. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: Arilha M, Unbehaum SG, Medrado B, organizadores. *Homens e Masculinidades: Outras Palavras*. 2ª ed. São Paulo: ECOS/ED.34; 2001: 31-50.

GODBOUT, J. T. Introdução à dádiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 38, outubro, p. 39-51, 1998.

GODBOUT, Jacques T. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GODELIER, Maurice. *O enigma do Dom*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GOLDENBERG, P. Consumo e reprodução social - O desmame precoce da perspectiva do marketing do leite em pó num país subdesenvolvido. In: *Repensando a desnutrição como questão social*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Campinas-SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1989.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.) *et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80p.

GONÇALVES, A.C.; BONILHA, A.L.L. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. *Rev Gaúcha Enferm*, 26(3):333-44, 2006.

GREER, F. R. et al. American Academy of Pediatrics Committee on N, American Academy of Pediatrics Section on A, immunology: effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*, v. 121, p. 183-191, 2008.

GREINER, T. R.; VAN ESTERIK, R.; LATHAM, M.C. The insufficient milk syndrome: an alternative explanation. *Medical Anthropology*, 5:233-247, 1981.

HORTA, B. L. et al. Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and metaanalyses. Geneva: WHO, 2007.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(4): 578-85, 2002.

JAVORSKI, M.; CAETANO, L.C.; VASCONCELOS, M.G.L.; LEITE, A.M.; SCOCHI, C.G.S. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 12(6): 890-898, 2004.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Tradução de Daise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KITZINGER, S. The psychology of breast-feeding. *Breastfeeding Rev.*, 5:45-7, 1984.

LACAN, J. *O Simbólico, o imaginário e o real*. Discurso pronunciado por Lacan em Julho de 1953, na fundação da Société Française de Psychanalyse). Disponível em: [www.epol.dk3.com](http://www.epol.dk3.com)

LANNA, M. Nota sobre Marcel Mauss e o ensaio sobre a dádiva *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 14: p. 173-194, 2000.

LUDWIG, S.T. *Um estudo da doação voluntária de sangue em hospitais de Porto Alegre, RS*. [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2001.

LUDWIG, ST; RODRIGUES, ACM. Doação de sangue: uma visão de marketing. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3):932-939, 2005

LURIA, A.R. *Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria*. Tradução de Diana Myriam Lichtenstein e Mário Corso. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

MACHADO, I.L. Uma teoria de análise do discurso: a semiolinguística. In: MARI, H. *et alli. Análise do discurso: fundamentos e práticas*. Belo Horizonte: Núcleo de Análise do Discurso – FALE/UFMG, 2001.

MAIA, P.R.S. *et al.* Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 6 (3):285-292, 2006.

MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas, São Paulo: Pontes, UNICAMP, 1997.

MALDONADO, M.T. *Psicologia da gravidez*. 17 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MARQUES, E.S. *Aleitamento materno: (re)pensando a importância das representações sociais e da rede social no contexto local*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Viçosa: UFV, 2008.



MAUSS, M. *Ensaio sobre a dádiva*. Lisboa: Edições 70, 2001.

MICHELAT, G. "Quelque contributions à la céthodologie de l'entretien non-directif d'enquête". Paris. *Révue Française de Sociologie*, XVI, 1975, 229-247 apud MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MINAYO M.C.; SANCHEZ O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, 9(3):239-262, 1993.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MONTEIRO, J.C.S.; GOMES, F.A.; NAKANO, M.A.S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm*, 2006;19(4):427-32.

MOSCOVICI, S. *La psycanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France, 1976.

MULLER, F.S. *Representações sociais de um grupo de nutrizes sobre apoio no processo de amamentação*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

MULLER, M. *O matador de bebês*. Recife: IMIP, 1995. Edição original por War on Want, 1974.

MUSSALIM, F. Análise do discurso. In: MUSSALIM, F.; BENTES, AC (Org.) *Introdução à linguística: domínios e fronteiras*. 5 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

NAKANO, A.M.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho e de ser "o corpo para si". *Cad. Saúde Pública*, 19(Sup. 2): S355-S363, 2003.

NASIO, J.-D. *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALÚD. Comercialización de sucedaneos de la leche materna. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 91(5):441-8, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. São Paulo: IBFAN Brasil, 2005.

ORLANDI, E. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. São Paulo: Pontes, 2003.

OSBALDISTON, R.; MINGLE, L.A. Characterization of Human Milk Donors. *J Hum Lact*: 23(4):350-357, 2007.

OSÓRIO, C.M. *Representações sociais acerca da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo: um estudo de enfermagem*. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

PATRIOTA, R.M.P.; TURTON, A.N. (2004). Memória discursiva: sentidos e significações nos discursos religiosos da TV. *Ciências & Cognição*, 01:13-21. Disponível em [www.cienciasecognicao.org](http://www.cienciasecognicao.org)

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso. Tradução de E. P. Orlandi. In: GADET, F; HAK, T. (Orgs.) *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 1990. Original de 1969.

PONTES, C.M.; ALEXANDRINO, A.C.; OSÓRIO, M.M. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. *Jornal de Pediatria*: 84(4):357-364, 2008.

POSSENTI, S. Observações sobre o interdiscurso. *Revista Letras*, Curitiba: Editora UFPR, n. 61, especial, p. 253-269, 2003.

PRIMO, C.C.; CAETANO, L.C. A decisão de amamentar da nutriz. A percepção de sua mãe. *J Pediatria*, 75(6): 449-455, 1999.

RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In: PRIORE, M.D.; BASSANEZI, C. *História das mulheres no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997 apud BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP*, 1(1), 2005.

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

\_\_\_\_\_. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, 3(3):315-321, 2003.

REA M.F.; TOMA, T.S. Proteção do leite materno e ética. *Rev. Saúde Pública*, 34(4): 388-95, 2000.

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

SALVE, J.M. *Estudo das representações sociais de mães sobre a introdução e a escolha de alimentos complementares para lactentes*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

SANDRE-PEREIRA, G. Amamentação e sexualidade. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, 11(2): 467-491, 2003.

SILVA, I.A. *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios*. (Tese Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1994. 198p.

SOKOL, E.J. *Em defesa da amamentação*: manual para implementar o código internacional de mercadização de substitutos do leite materno. São Paulo: IBFAN Brasil, 1999.

SONEGO, J.; VAN DER SAN, I.C.P. Entramos num acordo, meu leite diminuiu e ele parou de mamar aos poucos: o desmame em três gerações. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on line), 4(1):26-32, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>

SOUZA, L.M.B.M.; ALMEIDA, J.A.G. *Historia da alimentação do lactente no Brasil*: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

SOUZA, YEO. *O desvelar do ser gestante diante da possibilidade de amamentação*. [Tese Doutorado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.

SPITZ, R.A. *O primeiro ano de vida*. 1979. Tradução de Erothildes Millan Barros da Rocha. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

TEIXEIRA, M.A. *et al.* Significado de avós sobre a prática do aleitamento materno: cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto Contexto de Enferm*, (15)1:98-106, 2006.

THOMAZ, ACP; LOUREIRO, LVM; SILVA OLIVEIRA, T; MONTENEGRO, NCMF; ALMEIDA JÚNIOR, ED; SORIANO, CFR; CAVALCANTE, JC The Human Milk Donation Experience: Motives, Influencing Factors, and Regular Donation. *J Hum Lact* 24(1):69-76, 2008.

THOMPSON, J.A. A biocultural approach breastfeeding. *New Beginnings*, 13(6): 164-167, 1996.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: desafios, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev. Saúde Publica*, 39(3):507-14, 2005.

VALDES, V.; SÁNCHEZ, A.P.; LABBOK, M. *Manejo clínico da lactação*: assistência à nutriz e ao lactente. Tradução de Marcus Renato de Carvalho. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VIGOTSKI, L.S. *Desenvolvimento psicológico na infância*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

\_\_\_\_\_. *Pensamento e linguagem*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*. 2. ed. Tradução de Jeferson Luiz Camargo, São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. *A criança e o seu mundo*. 6. ed. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LCT Editora, 1982.

ZALUAR, A. Teoria e prática do trabalho de campo: alguns problemas. 3. ed., In: CARDOSO, R. C. L. (Org.) *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: *O universo simbólico da amamentação: estudo sobre as representações sociais da amamentação em mães doadoras do Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares.*

Pesquisador: Maria Cristina Passos

Orientador: Prof. Dr. Joel Alves Lamounier

Estamos convidando você a participar desse estudo que tem por objetivo compreender como as mães doadoras de leite humano da Maternidade Odete Valadares vivenciam o processo de amamentação e de doação do excedente leite materno, qual o sentido atribuído a essas práticas, as emoções, as percepções, as crenças, as imagens e os valores envolvidos. Ele faz parte do plano de atividades do *Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança da Faculdade de Medicina da UFMG.*

Caso você, mãe doadora ou seu respectivo companheiro, decida colaborar com essa pesquisa, deverá participar de uma entrevista que seguirá um roteiro previamente definido pelo pesquisador. Não haverá questões fechadas a responder, mas sim indicações do tipo “*fale sobre o que a motivou a doar seu leite para um banco de leite humano...*” ou “*como você vê o fato de sua esposa amamentar e doar leite a um banco...*” As entrevistas serão gravadas em fitas K-7 e, após a transcrição para o computador, estas serão destruídas.

O único risco ou desconforto que podemos prever nesse estudo é o fato de o(a) entrevistado(a) sentir um certo constrangimento ao falar sobre determinado tema proposto. Nesse caso você poderá interromper imediatamente a entrevista ou a qualquer momento que desejar por diferentes motivos.

Gostaríamos de esclarecer que participando desse estudo você estará contribuindo para o avanço do conhecimento científico a respeito das motivações maternas relacionadas ao aleitamento materno e a doação de leite humano que poderá contribuir com a promoção das práticas de amamentação e com as campanhas de doação de leite realizadas pelos bancos de leite humano.

Ao aceitar participar desse estudo você não receberá nenhum benefício financeiro ou de qualquer outra natureza, da mesma forma que não terá nenhuma despesa financeira. Caso haja necessidade de deslocamento do seu domicílio para fins do presente estudo suas despesas serão custeadas pelo pesquisador responsável.

É importante ressaltar que sua participação é totalmente voluntária, ou seja, completamente livre de quaisquer imposições. Pode ficar certo de que nada o(a) obriga a aceitar colaborar com a presente pesquisa. Caso você consinta em participar deve estar ciente de que poderá desistir de sua participação em qualquer momento que desejar.

As informações fornecidas durante as entrevistas serão tratadas de maneira totalmente confidencial. A sua identidade será mantida em sigilo, de modo que seu nome verdadeiro não será revelado e sua identificação no estudo será feita a partir de um nome fictício atribuído a você.

Você será informado ao final da pesquisa sobre os resultados obtidos e, poderá, ainda, obter informações parciais durante o desenvolvimento do estudo a qualquer momento que desejar.

O presente estudo foi analisado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG e da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Caso você necessite de algum esclarecimento sobre a sua participação nesse estudo você pode fazer contato com o(a) responsável pelo Banco de Leite da Maternidade Odete Valadares (Fone: 3337-5678), com o orientador dessa pesquisa, Prof. Dr. Joel Alves Lamounier (Fones: 3248-9772/9773) do Depto. de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, ou ainda, com a pesquisadora responsável, Maria Cristina Passos (Fones: 3377-3879/8828-7859). Pode, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - COEP da UFMG (Campus Pampulha - Unidade Administrativa II - prédio da Fundep, 2º andar, sala 2005 Av. Antônio Carlos, 6627 Cep.: 31270-090 Fone: 3499-4592).

#### Declaração de consentimento

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que li as informações contidas nesse termo antes de assiná-lo. Declaro que fui bem informado sobre a realização dessa pesquisa.

Compreendo que sou livre para me retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer penalidade. Autorizo a liberação dos meus depoimentos para a equipe de pesquisadores.

Ao assinar esse termo não abro mão de nenhum dos meus direitos legais como participante de uma pesquisa, de acordo com as leis brasileiras vigentes.

Consinto voluntariamente em participar desse estudo e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade.

---

Assinatura do(a) entrevistado(a)

**APÊNDICE 2****QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

Nome: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado conjugal: \_\_\_\_\_ Paridade: \_\_\_\_\_

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Renda familiar: \_\_\_\_\_