

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA

DÉBORA FERNANDA HABERLAND

**“A FANTÁSTICA FÁBRICA DE LEITE” E O DISCURSO DE APOIO AO
ALEITAMENTO MATERNO: PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE O GESTAR**

CAMPO GRANDE-MS

2015

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA

DÉBORA FERNANDA HABERLAND

**“A FANTÁSTICA FÁBRICA DE LEITE” E O DISCURSO DE APOIO AO
ALEITAMENTO MATERNO: PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE O GESTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Dra. Andrea Cristina Coelho Scisleski.

CAMPO GRANDE-MS
2015

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

H114f Haberland, Débora Fernanda

A fantástica fábrica de leite” e o discurso de apoio ao aleitamento materno: problematizações sobre o gestar / Débora Fernanda Haberland; orientação Andrea Cristina Coelho Scisleski-- 2015.

109 f.

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2015.

I. Amamentação 2. Leite humano I. Scisleski, Andrea Cristina Coelho II. Título

CDD – 649.33

DÉBORA FERNANDA HABERLAND

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), intitulada **“A fantástica fábrica de leite” o discurso de apoio à mulher gestante e ao aleitamento materno: Problematizações sobre o gestar**, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Andrea Cristina Coelho Scisleski (orientadora/UCDB)

Professora Dra. Anita Guazzelli Bernardes (UCDB)

Professor Dr. André Barciela Veras (UCDB)

Professor Dr. Marcelo Santana Ferreira (UFF)

Campo Grande, MS, _____ de _____ de 2015.

*Dedico este trabalho a todos aqueles que me ajudaram a construí-lo,
especialmente às pacientes que me permitiram participar de suas histórias e me
incentivam ao estudo e crescimento profissional contínuo.*

AGRADECIMENTOS

Escrever, pensar, produzir uma dissertação. Realizar as etapas do Mestrado é uma experiência enriquecedora e um desafio. Uma nova forma de pensar engrandece nossos sentidos e nos guia para uma nova fase profissional. Buscar as respostas às nossas aflições de ‘pesquisador’ trazem mudanças ao longo deste caminho. Para todos aqueles que compartilham conosco desse momento, a compreensão muitas vezes é a palavra que se destaca, porém esta tarefa se torna realizável graças essas pessoas que participam, direta ou indiretamente, deste desafio. E é a essas pessoas que gostaria de agradecer:

À minha mãe Lia por todo carinho e compreensão e por sempre acreditar que posso ir mais longe...

À minha orientadora prof.^a. Dra Andrea Cristina Coelho Scisleski pelo incentivo e por despertar uma nova forma de pensar.

À todos que participam da minha vida acadêmica e profissional que a cada dia cooperam com meu crescimento profissional.

Aos Professores do Mestrado pelo ensino, comprometimento e incentivo ao longo desse processo. Especialmente aos professores Dra Anita Guazzelli Bernardes, Dr. André Barciela Veras que participam da banca de qualificação e Dr. Marcelo Santana Ferreira pela participação e contribuição na banca de defesa.

*Existem momentos na vida onde a questão de saber se
se pode pensar diferentemente do que se pensa,
e perceber diferentemente do que se vê,
é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.*

Michel Foucault

RESUMO

HABERLAND, D. F. “*A fantástica fábrica de leite” e o discurso de apoio ao aleitamento materno: Problematisações sobre o gestar.* 109f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2015.

No âmbito geral das políticas públicas, a assistência pré-natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger mãe e o feto durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal. Esta pesquisa busca problematizar as políticas de apoio à mulher durante o momento gravídico puerperal no contexto de uma instituição filantrópica que oferece o serviço de Assistência pré-natal. Para realizar esta investigação optou-se pela pesquisa-intervenção, sendo realizadas oficinas em dois encontros, previamente agendados com as gestantes. Nas discussões com as participantes apontamos as falas trazidas por essas mulheres sobre como as próprias se sentiam e os discursos trazidos pelos profissionais de saúde relatados por elas. Para análise dessa discussão embasamo-nos nas reflexões de Foucault e outros pensadores para debater não apenas como esse discurso se dá pelas políticas públicas, mas também como as próprias mulheres que vivenciam este processo. A forma como os enunciados modelos e protocolos funcionam sobre elas é visível em seus discursos. Ferramentas de controle do corpo, influência da mídia, julgamento social, entre outras formas de atuar sobre essa população, acabam por acarretar dificuldades de atendimento no campo das políticas de saúde.

Palavras-chaves: Aleitamento Materno; Oficinas; Problematização; Gestação.

ABSTRACT

HABERLAND, D. F. *"The fantastic milk factory" and the discourse of the assistance to pregnant and to maternal breastfeeding: Problematizations on gestate 109 f.* Thesis (Master Degree) – Dom Bosco Catholic University, Campo Grande, 2015.

In the global scope of the public policy, prenatal assistance is a set of health, nutritional, psychological and social care for protection of mother and fetus during the pregnancy, parturition and puerperium, its main purpose is to reduce morbidity and mortality maternal and perinatal. This research seeks to problematize the assistance policy for women during pregnant-puerperal period in the context of the Hospital Evangélico in Campo Grande/MS. To perform this investigation we chose for intervention research where workshops were performed in two meetings, previously scheduled with the pregnant women involved. Furthermore, it was also used a field diary. In discussions with the participants we pointed the discourse brought by these women about how they themselves felt and the health professionals discourse reported by them. For analysis of this discussion we based in the thoughts of Foucault and other thinkers to debate not only how this discourse occurs by public policy, but also by the women themselves who go through this process. The way the listed models and protocols work on them is noticed in their speech. Body control tools, media influence, social judgment, among other ways of acting on this people group, can result in difficulties of service in the field of health policies.

Key words: Maternal Breastfeeding; Workshops; Problematic; Gestation.

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

HECG - Hospital Evangélico de Campo Grande

MS - Ministério de Saúde

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

OMS - Organização Mundial de Saúde

IHAC - Incentivo Hospital Amigo da Criança

AM - Aleitamento Materno

RN - Recém Nascido

DST – Doença Sexualmente Transmissíveis

PAISM – Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher

NOB - Normas Operacionais Básicas

PSF - Programa de Saúde da Família

PNAIM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

UCDB – Universidade Católica Dom Bosco

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: ANUNCIANDO UMA PROBLEMATIZAÇÃO.....	12
2 DELINEAMENTO DA TRAJETÓRIA DO ATENDIMENTO À GESTANTE E A ÊNFASE NO ALEITAMENTO.....	20
2.1 Tecendo a produção de discursos na atenção à gestante.....	25
2.2 Contextualizando a pesquisa.....	28
3 AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO À GESTANTE: A SAÚDE DA MULHER NO FOCO DA ATENÇÃO.....	31
3.1 A fantástica fábrica de leite: contextualizando a atenção a gestante e o processo de aleitamento ao longo da história.....	40
3.2 Os profissionais e suas práticas de “apoio” atuais.....	49
3.3 Como as políticas de aleitamento têm se ocupado da humanização?.....	53
4 OFICINAS DE IDEIAS.....	58
4.1 A “Oficina de Ideias” como ferramenta para pesquisa.....	60
4.2 Oficinas de ideias: traçados gerais.....	64
4.3 As práticas vivenciadas.....	64
4.4 A atividade sexual e o controle do corpo.....	71
4.5 O aleitamento materno: “somos apenas mamíferos”.....	75
4.5.1 Não me julgue; me ajude! – Apoio profissional à lactante.....	80
4.6 “Meu corpo de mulher agora é de grávida”	86
4.7 A gestante antes cuidada agora é a mãe cuidadora.....	91
4.8 As práticas profissionais e os discursos do senso comum.....	94
REFLEXÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	101

1 INTRODUÇÃO: ANUNCIANDO UMA PROBLEMATIZAÇÃO

Esta pesquisa inicia-se como uma inquietação durante minha prática profissional como enfermeira no Hospital Evangélico de Campo Grande – HECCG, local onde atuei como enfermeira por seis anos. Nesta instituição filantrópica¹ que atende o mesmo público que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS) e, embora este não seja creditado pelo SUS, utilize-se dos seus protocolos para elaborar seus planos de atendimento². Nesse aspecto, ressalto que frequentemente, inclusive, os trabalhadores e usuários do hospital se referem ao atendimento na instituição como uma espécie de “SUS Gold”. Expressão que refere-se a atendimento de clínica popular, onde baixo custo de consultas e atendimentos, acaba sendo uma opção para usuários que procuram o serviço de saúde. Estes que não possuem um plano de saúde convencional devido ao custo, porém optam por serem atendidos de forma mais rápida do que se utilizasse o Sistema Único de Saúde. No caso do pré-natal as pacientes utilizam o serviço para acompanhamento e acabam por terem seus partos realizados nos hospitais do SUS já que os valores de um parto seriam altos. Os próprios profissionais que realizam o pré-natal acabam por encaminhar-las para hospital no SUS em que atuam para garantir continuidade do atendimento.

Embora houvesse um programa de pré-natal instituído e com consultas regulares no referido hospital, muitas gestantes buscavam atendimento na enfermagem querendo sanar dúvidas sobre suas questões singulares, especialmente sobre sexualidade e outros tópicos que não eram abordados durante a consulta. Na ocasião, as gestantes referiam gostar do atendimento que recebiam relacionado ao desenvolvimento da criança de um modo geral, mas entendiam que este era restrito ao período da gestação, além de os cuidados aprendidos se destinarem somente à criança que estava sendo gestada. Observo que havia resistência das mães em realizar o acompanhamento dentro do modelo operado tradicionalmente no local. Muitas vezes, essas mulheres traziam dúvidas e angústias à equipe de enfermagem que não foram contempladas ou resolvidas durante o processo de assistência nas consultas.

Essa situação tornou-se uma espécie de “incômodo que faz pensar” e isso me surgiu quando comecei a vivenciar o trabalho com gestantes no pré-natal no Hospital Evangélico de

¹ Filantropia instituição sem fins lucrativos classificadas no terceiro setor, embora seja uma instituição religiosa se enquadra e utiliza esta designação para atividades que exerce.

² É importante afirmar que estamos tomando o HECCG dentro do campo das políticas públicas, uma vez que a questão que subjaz, de acordo com a leitura que fazemos dos autores aqui trabalhados, problematizam como o campo do público vem sendo politizado; isto é, não há, em nossa leitura, um privilégio em priorizar o público como algo relacionado estritamente ao Estado.

Campo Grande. A partir das minhas reflexões sobre essa situação, surgiu a ideia de pensar outras formas de atender a essa mulher nesse processo que, embora houvesse boas referências sobre os atendimentos, ainda restavam muitas lacunas, não apenas sobre o fato de o pré-natal ser essencial para garantir uma gestação saudável e um parto seguro, mas também no sentido de esclarecer as dúvidas das futuras mães em relação a outras questões. O intuito desta pesquisa é propor uma reflexão sobre esses saberes e ações no que diz respeito à problemática de ofertar assistência à mulher durante o ciclo gravídico puerperal³.

Devido ao moroso processo para os agendamentos e fatores como rapidez na consulta, muitos pacientes não se sentem acolhidos ou ainda com a situação da saúde pública de demora nos atendimentos, filas, não optando por usar o SUS. As clínicas populares tem sido muito usadas pela população, como no HECG que tem em sua maioria do corpo clínico profissionais como ginecologistas, obstetras, cardiologistas, otorrinolaringologia, clínico geral, mastologista, gastroenterologista e outros, que atendem não apenas no próprio hospital, mas também no SUS. Os protocolos de atendimento e orientações da instituição são baseados nas recomendações do Ministério de Saúde (MS), como já citado, sendo assim muitas normas de atendimento se assemelham às usadas na rede pública.

Para uma primeira aproximação, no âmbito geral das políticas públicas, como está previsto tanto no manual técnico do Pré-natal e puerpério, no Programa de Humanização do Parto (BRASIL, 2002b) como na Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes (BRASIL, 2004a), ambos do Sistema Único de Saúde (SUS), percebemos uma postura frente à mulher gestante ou lactante restrita a uma visão biológica de sua situação. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, a assistência pré-natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio mãe-feto durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal. O acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) estipula que devem ser realizadas, no mínimo, seis consultas. Compreendo, porém, ao refletir sobre todos os fatores que envolvem e a maneira como se direcionam as orientações sobre os cuidados, como vamos discutir aqui, que esse número de atendimentos não é possível em termos de uma assistência à mulher que vivencia esse processo.

³ Fases de gestação, parto, nascimento e pós-parto, este último também referido como puerpério.

Nas literaturas consultadas sobre a Assistência pré-natal e as orientações realizadas pelo Ministério da Saúde, encontramos a abordagem focada na diminuição da mortalidade materna, incentivo ao Aleitamento Materno – AM. Segundo esta ideia, o Ministério da Saúde, adverte que “a morte de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério atualmente é, em sua maioria, prevenível e evitável” (BRASIL, 1994, p. 11).

As Políticas Públicas e as formas como recaem sobre as populações às quais se dirigem são fomentadas nos pensamentos de Foucault. Neste contexto ao pensarmos em pré-natal como um dispositivo e uma forma de se controlar e supervisionar a forma como se gesta e direciona os cuidados para essa mulher, criança e a família discutiremos neste trabalho. Isso reafirma a importância de se manter o pré-natal na política pública brasileira. E com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade desse atendimento, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Desse modo, observamos que o pré-natal é fundamental para a redução da mortalidade materna, ao mesmo tempo em que se torna um chamariz para as gestantes, pois é nele que as políticas referenciam a segurança de uma gestação saudável e bem assistida. Esse foco está também presente em outras propostas, como o Humaniza SUS (BRASIL, 2004b), que busca a humanização em todas as fases de atendimento no Sistema Único de Saúde.

Muito presente neste discurso relacionado ao pré-natal temos o incentivo ao aleitamento materno, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1999) recomenda que as crianças recebam exclusivamente aleitamento materno até o sexto mês de vida e após este período, alimentação complementar para suprir suas necessidades nutricionais, devendo-se continuar a amamentação até dois anos de idade ou mais. A importância do Aleitamento Materno é reconhecida pelos profissionais, porém durante a atuação com as gestantes, pude perceber que muitas ainda não se sentiam assistidas neste processo, pois após as consultas médicas realizadas as gestantes buscavam orientações com a enfermagem para sanar dúvidas e receber orientações sobre o autocuidado. Referiam, ainda, que a consulta era de qualidade, mas voltada para a formação e desenvolvimento do feto, enquanto elas procuravam saber mais sobre o processo que estavam passando, as mudanças corporais, as relações familiares e com o marido e, ainda, sobre como iriam se preparar para a chegada desta criança após o parto, especialmente no que consistia em como iriam exercer o cuidado. Como discutiremos adiante, percebo que estas mulheres buscavam um contato mais abrangente e a figura de “reprodutora” ou “só a barriga” - como as mesmas afirmavam - não atendiam as suas

necessidades, sendo que, no meu entendimento, a mulher deveria ser a protagonista deste processo.

Dentre as políticas do Estado brasileiro ligadas ao apoio ao aleitamento, posso citar o “Incentivo Hospital Amigo da Criança IHAC” (1991), Dez passos para alimentação saudável (BRASIL, 2013), Manual de Parto e Puerpério (BRASIL, 2002b), esses manuais e diretrizes alicerçam a prática a partir dos fundamentos biológicos de produção, ejeção do leite, compartimentando a mulher a partir de certos órgãos, privilegiando o cuidado com o útero e a mama, esquecendo-a como o sujeito que está vivendo um processo complexo, muito além dos aspectos meramente biológicos. Cabe ainda lembrarmos que o processo de gestação é singular, pois cada mulher o vive de forma diferente, altamente influenciada por sua situação econômica, crenças, culturas e ainda a interferência da família neste processo, uma vez que a gestação é vivenciada de forma singular nas diversas famílias. Percebo na minha experiência profissional que a adesão da mulher em querer e conseguir amamentar seu filho está diretamente ligada às relações familiares. No Brasil, esta mesma aliança entre a família e as instituições de saúde encontra-se na base da elaboração desses programas, que tem sido implantados pelo Estado para atender à população e posteriormente veremos como operam.

A importância do leite materno para a criança é bem divulgada através das campanhas publicitárias do próprio Ministério da Saúde, dentro dos hospitais. Porém, o processo de amamentar envolve mais que reações biológicas, estado emocional da mãe, procedimento de posição da criança, tempo de mamada, etc. Considerando todos esses fatores, procurei uma forma de atender essas mulheres na necessidade que cada uma apresentava e comecei uma reflexão sobre esses protocolos que ao ser inflexivelmente seguidos, não poderiam atender pessoas diferentes, com realidades e necessidades diferentes, mas fornece uma orientação geral para o atendimento, mas teria que ir adequando ao que cada mulher procura nos atendimentos.

De acordo com essas políticas, devemos considerar que o incentivo ao aleitamento é utilizado como estratégia para redução dos índices de morbidade e mortalidade infantil, servindo assim como instrumento de melhoria na qualidade de vida das crianças (GAZZINELLI *et al*, 2005). As políticas de incentivo ao Aleitamento Materno (AM) são favoráveis à melhoria da saúde, porém por mais que trabalhemos com números, quando estamos diante do atendimento ao paciente percebemos, que o trabalho humano envolve muitos fatores e que é preciso mais que protocolos a ser seguidos à risca. À medida que essa busca por um atendimento de qualidade fora sendo desenvolvida, a adesão e a relação de

confiança com essas pacientes foram também sendo aprimoradas. Dessa forma para evitar que se restringisse apenas nas consultas médicas decidimos por instituir um grupo como estratégia de acompanhamento da gestante no referido local e, então, além das consultas de rotina com a reunião de Gestantes, buscávamos sempre uma abordagem com outros profissionais como nutricionista, psicóloga, enfermeira sobre o tema em questão.

Em grupo, no Hospital Evangélico de Campo Grande – HECG, as gestantes buscavam mais do que uma aula teórica sobre aleitamento, muitas possuíam conhecimento e já haviam passado pela experiência com a primeira gestação, porém as angústias referentes ao processo geravam insegurança para realizá-los. Ainda que houvesse troca de experiências entre elas e orientação de forma menos formal que trouxesse um novo olhar sobre essas mulheres, esses espaços ainda se orientavam por um modelo “palestra” e, de certa forma, os profissionais reproduziam a mesma situação do momento da consulta médica. Esses acontecimentos me fizeram refletir sobre nossas dificuldades como profissionais da saúde, em escutar e trabalhar a partir daquilo que emerge sem nos fixarmos restritamente a protocolos ou a formatos “fechados” de explicação. Ou seja, aquele espaço tinha se tornado uma consulta coletiva – mas ainda assim, uma “consulta”.

Outra questão que ajudou a disparar minha reflexão sobre o tema foi o fato do projeto de atenção à gestante no hospital se chamar “*Mãe que ama, amamenta*”. Tal título implica na naturalização da associação entre os atos de amar e amamentar, não possibilitando, dentro dessa lógica, incluir as mães que não poderão por ventura amamentar seus filhos – as que não podem amamentar, então não amam seus bebês? – e incita a uma culpabilização a partir dessa impossibilidade.

Além disso, retomo a ideia do que coloquei anteriormente, de que na verdade o que tem sido chamado de “grupo de gestantes” no hospital tem funcionado mais em uma lógica de palestra do que de interação entre as gestantes e os profissionais. Muito tem-se dito sobre educação em saúde e para o autocuidado, porém percebe-se que essa concepção se torna complexa ao notar que na prática o funcionamento do modelo de palestra – onde o profissional de saúde é detentor de conhecimento e os pacientes são preparados para recebê-lo – ocorre sem muita possibilidade de discussão e de trocas.

Diante dos questionamentos e procura para resolver pequenas dúvidas das gestantes durante o pré-natal, que anteriormente era restrito às consultas médicas e análise dos exames, e as mães ao retornarem à consulta do puerpério com complicações e ansiedades ligadas ao aleitamento, surge a ideia de uma atuação interdisciplinar que respeitasse as condições sociais

e de saúde desta família envolvida no processo de gestar. Desse modo, esta proposta de pesquisa também produziu uma intervenção na metodologia de cuidado à gestante no HECG. Contudo, é importante destacar que, apesar deste trabalho apresentar-se como uma pesquisa-intervenção (MARASCHIN, 2004), esta investigação não postula uma forma de intervir que seria adequada a todas às mulheres gestantes ou ainda de que formularia uma resposta que se enquadre para todas as equipes multiprofissionais de saúde que lidem com gestantes – pois isto seria o mesmo que reproduzir um novo protocolo. Este trabalho refere-se a uma pesquisa-intervenção e aborda certo contexto em um determinado espaço-tempo em que, em sua singularidade, mostrou-se rico como uma ferramenta de pesquisa e de trabalho simultaneamente, como discutiremos a seguir.

No que se refere à escrita desta dissertação, organizamos este trabalho, além desta introdução que apresenta a pesquisa, na sequência há um capítulo que traz um panorama geral do trabalho e de sua problemática, seguido por dois capítulos principais: primeiro, sobre a trajetória do problema de pesquisa baseado nos conhecimentos teóricos sobre a saúde da mulher, especialmente os estudos que abordam o ciclo Gravídico Puerperal com ênfase no Aleitamento Materno e suas Políticas; segundo, baseado nas discussões produzidas durante as oficinas e nosso propósito discutido sobre olhar de algumas reflexões inspiradas no pensamento de Michel Foucault, criando análises para as mesmas. Cito ainda como referência que nos ajuda a pensar sobre essa problematização o trabalho de Patrícia Flores de Medeiros (2008) que também trabalha com uma fundamentação teórica foucaultiana em relação à saúde da mulher. Por fim, apresento um texto de fechamento da escrita deste trabalho.

No que tange ao estilo de escrita, saliento que quando o texto estiver se referindo à prática que realizei ou às questões que conduzi sem a participação direta de minha orientadora ou de outros membros do grupo de pesquisa, utilizo a primeira pessoa do singular. No entanto, muito das reflexões aqui presentes são derivadas de encontros de orientação e de discussões no grupo de pesquisa, por isso, em alguns momentos do texto, prefiro utilizar a primeira pessoa do plural, no intuito de marcar a coletividade da produção das questões neste texto.

Diante do exposto, a questão de pesquisa deste projeto que se apresenta, consiste na seguinte problematização: *Como se constituem os discursos produzidos, pelas políticas públicas sobre o apoio ao aleitamento à mulher gestante durante a assistência às mesmas em seu processo de gestação?*

Tendo por base este problema de investigação, os objetivos da pesquisa visam problematizar como os discursos têm sido produzidos para o apoio à mulher durante a atenção na gestação. Passaremos, agora, a discutir em um primeiro momento como esse discurso se dá pelas políticas públicas, e posteriormente como ele ocorre a partir das próprias mulheres que vivenciam a experiência da gestação, e pensar como esse processo ocorre buscando uma assistência integral.

**2 DELINEAMENTO DA TRAJETÓRIA DO ATENDIMENTO À GESTANTE E A
ÊNFASE NO ALEITAMENTO**

Conforme refere Medeiros (2008), interrogar-se sobre as políticas públicas em saúde para a mulher, sobre os discursos que a tornam um objeto de saber-poder, não consiste em perguntar somente o que a ciência diz sobre saúde, mas organizar uma multiplicidade, descrevendo como se articulam esses diferentes campos econômicos, políticos e sociais. Esse olhar parece importante, pois a mulher gestante sobre a qual se debruça a presente pesquisa, embora a ciência destaque todos fatores biológicos durante este processo, não a restringe a apenas “uma fêmea que produz leite para seu filhote”, uma vez que há diversos saberes e campos que envolvem esta mulher.

Como apontado anteriormente, a perspectiva em estudar essa temática partiu da minha prática profissional como enfermeira, no desenvolvimento de ações para promoção do aleitamento materno no Hospital Evangélico de Campo Grande - HECG. Mesmo enfocando todos os benefícios do aleitamento materno, foram observadas inúmeras dificuldades na adesão ou na continuidade da amamentação entre as nutrizes que eram acompanhadas posteriormente à consulta puerperal - que é a consulta realizada no pós-parto visando a recuperação da mãe e os cuidados com o recém-nascido durante o processo de aleitamento. Tal situação me fez observar a fragilidade entre a teoria e a prática do ato de amamentar, pois percebia que estas mães tinham dificuldades superáveis relacionada a “pega” do Recém Nascido (RN) à mama da mãe, insegurança ligada ao mito da quantidade de leite, posicionamento da mãe e da criança durante a mamada, detalhes que seriam facilmente sanados e não foram atendidas durante o pré-natal, contudo, é especialmente nesta fase o momento propício para se desenvolver debates e orientações acerca do que virá durante o processo de amamentar, inclusive para lidar com as expectativas e dúvidas que essas mães evocam sobre a amamentação, mas não somente.

Hoje ainda ocorre, no pós-parto, como rotina que os profissionais de saúde orientem através de uma “gama de informações” sobre aleitamento, porém considerando que a puérpera está passando por um período de transformações físicas e psicológicas, o que faz com que nem sempre a mãe consiga absorver todo conhecimento ou realizá-lo, além do fato que esta mãe poderá ter novas dúvidas durante o desenvolvimento da criança, havendo cobrança de resultados.

É importante explicar que na prática da enfermagem é enfatizada a assistência à mulher e ao recém-nascido (RN) durante o ciclo gravídico puerperal. A reflexão sobre como a mulher se sente quando amamenta, como ela se vê diante de todas as mudanças que passa e que dificuldades encontra durante a amamentação serviram de elementos que me levaram a

repensar a prática profissional, refletindo sobre o discurso, o cuidado e as ações realizadas pelos profissionais de saúde no pré-natal para a promoção do aleitamento materno, buscando reflexões que possam direcionar outro olhar sobre as práticas dos profissionais de saúde para a mulher durante este processo.

Ao refletir sobre esse processo que envolve a nutriz e seu RN, embora a instituição possua um trabalho visando atender essa gestante com qualidade, humanização e acolhimento, fiquei me indagando sobre “será que estamos atingindo essa assistência ou apenas reproduzimos práticas assistenciais?”. As mulheres participavam das reuniões do grupo de gestantes, porém traziam questões que não eram abordadas, ou ainda àquelas questões às quais não se sentiram seguras para questionar durante a atuação do profissional. Este processo me levou a pensar sobre a geração de vínculos tão presente nos discursos sobre assistência e na forma que abordamos essas mulheres, pois mesmo com a presença do profissional, elas não se sentiam à vontade o suficiente para expor suas dúvidas.

Ao pensar sobre as leituras dos manuais e recomendações, percebo que o texto pauta-se em um aprimorar da assistência, visando atender a essa mãe, porém a prática profissional acaba por reproduzir o conhecimento biológico baseado na produção láctea e ejeção do leite onde os profissionais são detentores do conhecimento e as mulheres devem reproduzir os cuidados aprendidos. Muitas vezes, a mãe apenas precisa seguir os saberes trazidos pela equipe de saúde, não atuando diretamente ou ainda compreendendo o processo e suas escolhas. Tal situação me conduz aos seguintes questionamentos: como pensar a assistência integral e singular, se é utilizado sempre um mesmo protocolo para todas? E mais, como fazer isso, se a forma de atendimento se restringe ou reproduz o próprio protocolo?

De acordo com os pensamentos de Foucault (1979), pensador no qual me apoio para escrever este trabalho, descreve o desenvolvimento de um conjunto de práticas que investirão sobre o corpo, a saúde, gestar, as formas de alimentar de viver. Nestas práticas os aspectos biológicos dos indivíduos passaram a ser um importante elemento relacionado à nova ordem econômica capitalista. Essa nova ordem econômica teria desenvolvido uma forma assistencial e administrativa de gerenciamento não apenas do indivíduo, mas do coletivo. O corpo passou a ser considerado em seu aspecto útil, em torno do qual organizaram-se dispositivos para assegurar o incremento de sua utilidade. A medicina moderna seria, portanto, uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2011; MOURA, 2003).

Nos protocolos de atendimento à mulher e na prática profissional percebo que a introdução da disciplina na instituição hospitalar permite a medicalização deste espaço. As

estratégias de cuidado que se entrelaçaram e se apoiaram nesta fase, também apresentam-se como um dispositivo. Pois é preciso gerenciar a forma como as famílias se formam, quantidade de filhos e também era necessário garantir sua sobrevivência em boas condições até a idade adulta. Logo, a saúde passou a ser um dos objetivos essenciais da família (FOUCAULT, 2011).

Michel Foucault (2011) explana minuciosamente no texto “A política de saúde no século XVIII” o desenvolvimento de uma medicina moderna e privada que começa a se instaurar no âmbito do cenário europeu voltada à medicalização da família⁴. Um dos destaques que o autor fornece diz respeito à forma como essa medicalização ocorre, pois há o surgimento de uma corporação médica e de seu mercado, ao mesmo tempo, um fortalecimento de uma “nosopolítica”; isto é, os processos de assistência pautados no conhecimento médico direcionados ao controle e ao combate das patologias saem do campo exclusivo do Estado e passam a serem produzidos por estratégias mais capilarizadas que as instituições hospitalares tão somente, como é o caso de instituições filantrópicas e mesmo a própria família, por exemplo. Essa atenção a partir de instâncias múltiplas é, de acordo com Foucault (2011), o elemento mais marcante dessa nosopolítica: “o deslocamento dos problemas de saúde em relação às técnicas de assistência” (IBID., p. 359).

Em um primeiro momento, podemos inclusive pensar que essa questão levantada sobre o surgimento das técnicas de assistência em relação ao campo da saúde é pertinente à nossa problemática, uma vez que o espaço em que as mulheres em nossa pesquisa são atendidas refere-se a um hospital filantrópico. Nesse sentido, o conceito de nosopolítica é crucial, pois nos permite atrelar práticas de assistência com práticas de saúde como uma estratégia de atendimento à população. Em um segundo momento, esse conceito de nosopolítica também é fundamental porque, de acordo com Foucault (2011), incide no “privilégio da infância e da medicalização da família” (p. 363). Isto é, a partir do estabelecimento desse privilégio, a família passa não apenas a ser responsável pelas crianças que produz, mas estabelece-se uma forma de geri-las e prescreve-se certos modos de relação entre pais e filhos. Nas palavras do autor:

⁴ Ainda que o autor formule seu pensamento no contexto europeu, entendo que sua reflexão é pertinente em nosso contexto também, não apenas por termos importado, via o processo de colonização, as instituições criadas e estabelecidas na Europa, mas porque o desenvolvimento científico que aqui se deu tomou, inicialmente, como referência o modelo europeu, atrelado a um processo civilizatório e neoliberal que também vai se constituindo no Brasil de certa forma (PASSOS; BENEVIDES, 2005).

A família não deve mais ser apenas uma rede de relações que se inscreve em um *status social*, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Ela deve tornar-se um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo, que envelopa, mantém e favorece o corpo da criança (FOUCAULT, 2011, p. 363).

Uma das mais importantes atribuições da família passa a ser a saúde dos filhos, especialmente dos bebês. Ainda de acordo com Foucault (2011), em uma esteira de procedimentos de cuidado que começam a esboçar-se no século XVIII no que tange à saúde, o aleitamento materno aparece como uma dessas estratégias em um “corpo a corpo permanente e constrangedor dos adultos para com as crianças” (p. 363). Dessa forma, entende o autor, a partir dessa época, a família passa a ser o agente mais constante da própria medicalização. Em resumo, podemos afirmar que, de acordo com as explanações de Foucault (2011), a política médica – essa nosopolítica – que se delineou no século XVIII teve como umas das mais importantes consequências a organização do complexo família-criança. Nesse novo arranjo, este foco na sobre a infância e a discussão sobre à diminuição das taxas de mortalidade infantil, aleitamento materno, formas de alimentação, acompanhamento na puericultura os cuidados gerais com a criança até a idade adulta, fazem, então, a infância surgir como uma fase de importância da vida logo com um novo valor sobre ela.

Conforme o Ministério da Saúde destaca, embora os protocolos e políticas para esta população tenham-se demonstrado em processo de aprimoramento, ainda não se atingiu uma assistência de forma integral e adequada, tanto que houve a necessidade de se intitular uma Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b), revendo alguns conceitos e práticas dos profissionais na assistência ao paciente. Em se tratando da saúde da mulher, é nítido que o processo de gestação, segundo o discurso das políticas, a toma apenas como quem gera a criança, foco de uma gestação saudável que levará a uma criança também saudável, porém, outras faces do ser mulher não são muito valorizadas, além das práticas biologizadas e protocoladas, onde se foca apenas no que está institucionalizado, muitas vezes deixando de perceber o que essa mulher procura naquele momento. Um exemplo é a recomendação do Manual de Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2005) que refere que o foco é durante a consulta identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Isso é vivenciado na minha prática profissional, as mulheres atendidas têm trazido inúmeras inseguranças, relatando situações onde percebem que as políticas não as têm as atendido, principalmente no que se refere às suas atuações como esposa-trabalhadora-mulher. Trata-se de um momento em que elas acabam por serem vistas apenas na situação de gestante e foco na gravidez e na criança que está sendo gerada, o que acarreta em lacunas de atendimento, pois a mesma além de gestante é mulher, esposa e trabalhadora. Ainda este recomendação que foca na “Humanização” durante o atendimento da mulher no ciclo gravídico puerperal, orienta que:

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Nas próximas consultas prevê a revisão da ficha pré-natal; Anamnese atual sucinta e Verificação do calendário de vacinação (BRASIL, 2005, p.25).

As próprias orientações se contradizem ao falar sobre assistência e acabar por protocolar forma igual de atender indivíduos diferentes e ainda focar nos cuidados realizadas pelos profissionais onde o indivíduo deve apenas executá-los de forma esperada, sem muito espaço para indagações. Além dos discursos e protocolos a ser seguidos, a mulher é dividida em partes físicas e biológicas para criarem as políticas como atenção à mãe, à gestante, à prevenção do câncer de mama, de útero, menopausa dissociando cada órgão ou cada fase como elementos à parte de seu corpo, de sua vida, de sua história.

2.1 Tecendo a produção de discursos na atenção à gestante

De acordo com o pensamento foucaultiano, os discursos articulam o que pensamos, dizemos e fazemos caracterizando determinados períodos e contextos, onde o acontecimento discursivo implica em acontecimentos históricos (AZEVEDO, 2013). A partir das primeiras décadas do século XX, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil. Os programas de saúde pública contemplavam as ações a serem executadas pelos profissionais envolvidos com a assistência à mulher, valorizando o modo intervencionista, medicalizado e institucionalizado de se “tratar” a saúde (DUARTE, 2007).

Desse modo, penso que o discurso que se produz acerca da mulher é também uma forma de localizar num espaço-tempo uma maneira de tratamento que lhe é oferecida, como é o caso do que estamos discutindo em termos da saúde da mulher na atualidade brasileira, a partir de certo “esquartejamento do corpo”.

Podemos entender discurso como um conjunto heterogêneo de enunciados de um determinado campo de saber, ultrapassando em muito a ideia de fala ou de texto tão somente; neste caso, a saúde da mulher é, enquanto campo discursivo, constituído historicamente e em meio a disputas de poder (MEDEIROS, 2008). As Políticas de atenção destacam a necessidade em exercer o cuidado sobre a mulher e diminuir os índices de morte materna, pois crianças sem mães acarretarão também em uma série de gastos posteriores à sociedade.

Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse “mais” que os torna irredutíveis à língua e o ato de quem fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 1997, p. 56).

Nesse sentido, o discurso ultrapassa a simples referência, as coisas existem para além da mera utilização de letras, palavras e frases, não podendo ser entendido como um fenômeno de mera expressão ou significação de algo: apresenta regularidades intrínsecas a si mesmo, através das quais é possível definir uma rede conceitual que lhe é própria (FISCHER, 2001). Como um conjunto de regras anônimas, históricas sempre determinadas no tempo espaço, que definiram uma dada época, e para uma área social, econômica, geográfica, ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 1997, p. 43).

Como veremos posteriormente, a mulher era vista basicamente como figura materna e cuidadora do lar, com passar do tempo, inicia-se o interesse no controle de natalidade, especialmente após se tornarem também mão-de-obra trabalhadora. O aleitamento é abordado muito além de prover alimento ao filho, mas com a responsabilização desta mãe pela saúde da criança, sendo assim, a mãe além de exercer o cuidado, deve ser a mantenedora do alimento da criança. Essas práticas visam à diminuição da mortalidade materna e infantil, como destacado anteriormente, mas ao mesmo tempo, pertencem àquilo que mencionamos como estratégia nosopolítica (FOUCAULT, 2011). Dessa foram, instauraram-se novas formas de exercício de poder e controle sobre a população, caracterizadas especialmente pelo emprego de estratégias disciplinares dos corpos, tendo suas premissas repercutido sobre as configurações que a maternidade e as práticas de maternagem adquiriram no contexto da chamada família moderna.

Ao refletir sobre esse contexto, concordo ainda com Azevedo (2013) que afirma que o discurso comprehende os momentos e as práticas desenvolvidas das regras de sua ação e dos sistemas de seus discursos míticos. Não se pode falar de qualquer coisa em qualquer época, é preciso considerar as condições históricas para o aparecimento de um objeto discursivo que o garantem “dizer alguma coisa” e se relacionar com outros objetos; o discurso, enquanto um conjunto de enunciados que se apoiam em uma mesma formação discursiva, não possui apenas um sentido ou uma verdade, ele possui, acima de tudo, uma história.

O discurso sobre o aleitamento materno permeia diversos campos que devem ser seguidos pela população. Nas falas das mulheres desta pesquisa, veremos claramente o discurso profissional como verdade absoluta de quem detém o conhecimento e cabe a quem recebe as orientações, praticá-las. Na perspectiva foucaultiana, o conhecimento e a verdade são questões históricas, são produções sistemáticas que manifestam também por meio de discursos científicos tidos por verdadeiros e, por isso, aceitos e tomados em toda sua positividade (AZEVEDO, 2013). Ao mesmo tempo, novamente, aqui aparece a questão da nosopolítica, uma vez que são os próprios sujeitos, no caso a família e mais especificamente a gestante, que deverá aprender os procedimentos adequados a atender seu bebê, especialmente aqui, no que tange ao aleitamento, o que, por conseguinte, configura a medicalização da família e do gestar.

Um saber é aquilo que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada, é o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupam estes discursos. É também o campo dos enunciados nos quais os conceitos aparecem e se definem, assim como se aplicam e se transformam (AZEVEDO, 2013). Fischer (2001), afirma que tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente; ou seja, enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver, constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder que as supõem e as atualizam.

As instituições e as normas postulam as regras de controle, de forma a consolidar as leis gerais e vice-versa. Ao pensar sobre o aleitamento, percebemos que as instituições de saúde e seus profissionais destacam uma série de ensinamentos que irão melhorar a saúde da mulher assistida neste período. Contudo, ao mesmo tempo envolvem estratégias eficientes em vigiar, recompensar, punir e certificar, buscando com que este sujeito conforme o comportamento esperado.

Veremos à frente que muitas são as ferramentas para esse controle, até mesmo a questão religiosa é destacada entre as mulheres sobre a amamentação e seu comportamento. Concordando ainda com que afirma Azevedo (2013), a igreja – espaço doutrinário religioso e também enquanto instituição – encontra crise de existência individual. A solução do problema é visualizada na força suprema, nas divindades e crenças.

Destes pensamentos é que surgem novos olhares sobre esta pesquisa, a partir do pensamento de Michel Foucault, onde o objetivo deste trabalho busca problematizar sobre como se produzem discursos nas Políticas Públicas relacionadas à mulher no ciclo gravídico puerperal e apoio ao Aleitamento Materno a Assistência à Mulher, através de discussões com as mulheres grávidas que participam do grupo de gestantes do Hospital Evangélico de Campo Grande – HECG.

2.2 Contextualizando a pesquisa

O Hospital Evangélico de Campo Grande – HECG é uma instituição filantrópica mantida pela Assistência Social e Cultural Evangélica – ASSISTE, fundada em Novembro de 1987. O objetivo do Hospital Evangélico é prestar atendimento à comunidade em geral. A partir desse momento, iniciaram-se os trabalhos administrativos do HEMS – Hospital Evangélico de Mato Grosso do Sul, hoje denominado HECG – Hospital Evangélico de Campo Grande, mantido pela ASSISTE, que hoje é uma instituição que atende grande número de pacientes tanto da cidade ou do interior do Estado, que utilizam serviço particular, pelos convênios de saúde ou ainda pela taxa social. Os valores das consultas e exames que o ambulatório realiza, é baseado nos custos e na renda familiar, logo, se tornam valores menores em relação às outras intuições com fins lucrativos, chamado taxa ou tabela social. Há ainda atendimentos gratuitos organizados pelo serviço social da instituição para pacientes que não possuem condição de pagar e precisam de atendimento rápido devido ao seu estado de saúde. Além das atividades relacionadas à saúde, o HECG presta apoio a instituições como abrigos para crianças e adolescentes e de idosos que são parceiros, há ainda projetos de formação ligados ao cuidado, como curso de primeiros socorros, cuidador de idosos, etc.

Durante muito tempo a atuação da equipe de saúde manteve a postura de detentora do conhecimento, onde as gestantes deveriam seguir as orientações recebidas, muitas vezes sem compreender a ciência de tal conduta. Algumas gestantes, quando demonstravam dificuldade

com cuidado pós-parto ou amamentação, eram indagadas sobre se haviam participado das palestras anteriores. Esse “comportamento ensinado” é uma persuasão para que as pessoas adotem comportamentos que são considerados apropriados pelos profissionais dos serviços de assistência em saúde. Porém, pouco se admite a possibilidade de opção pelo sujeito, especialmente relacionado ao aleitamento materno.

Durante a gravidez, muitas mudanças acontecem no corpo da mulher, fazendo com que esse período exija cuidados especiais (BRASIL, 2005). Essas mudanças corporais estão relacionadas ao desenvolvimento da criança e também a sua relação com seu corpo, já que muitas vezes, a mulher relata insegurança sobre sua vida sexual, o retorno à forma física anterior e a dúvida sobre como poder se manter saudável, não pensando apenas no desenvolvimento da criança, mas também em relação a ela mesma neste período, e muitas queixas são relacionadas a essa abordagem onde se destaca o cuidado com a gestação do feto saudável, deixando-a em segundo plano.

Alguns dos discursos produzidos e relatados por teóricos do campo da Enfermagem a gestação é vista como um momento singular na vida da mulher, como Reberte e Hoga (2007), a maioria das mulheres grávidas considera importante compartilhar sua história e suas percepções e deseja ser acolhida de forma integral pelas instituições e profissionais que lhe prestam assistência. Considerando essa visão, Sousa (2006),

destaca que mesmo reconhecendo os esforços das instituições governamentais e não-governamentais na elaboração de estratégias para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, vale questionar se essas estratégias têm possibilitado mudar a prática assistencial no sentido de identificar as necessidades de cada mulher frente às singularidades do amamentar. (p. 43).

Foi criado, então, em 2006, o grupo de gestantes do Hospital Evangélico no qual as mulheres são cadastradas através da primeira consulta que é realizada pela enfermeira, na qual se realiza o cadastro e a anamnese, solicitando-se exame de triagem pré-natal (1^a fase), preenchendo o cartão da gestante e convidando-a para as reuniões, bem como o pai da criança, sua sogra ou mãe e/ou aqueles que irão ajudar nesse processo. As reuniões são realizadas periodicamente e é divulgado também à comunidade em geral a quem tiver interesse no assunto.

A primeira consulta é um momento que nos aproxima desta mulher, durante a anamnese busca-se conhecê-la, levantar questões sobre a gestação atual, saber de suas experiências anteriores, suas ansiedades neste momento e não apenas aos dados ginecológicos

e obstétricos onde o profissional de enfermagem faz uma abordagem buscando deixar a consulta menos formal para que ela se sinta acolhida. Ao solicitar os exames da primeira fase, que são exames sorológicos, a enfermeira deve destacar o porquê da necessidade de solicitar tantos exames, a razão da vacinação e a importância do acompanhamento pré-natal. Assim, coloca-se a gestante como parte deste processo, responsável por seu pré-natal.

A equipe de profissionais do HECG envolvida com o grupo de gestantes é composta por médico obstetra, fisioterapeuta, nutricionista e enfermeiras, estas últimas atuam mais diretamente com as gestantes durante o processo de orientações e dúvidas durante o pré-natal, convidamos também demais profissionais como psicólogas e educar físico para orientações. Neste grupo, temos exposição de assuntos através de *slides*, vídeos, demonstração com boneco de bebê, etc. Há ainda a entrega de material educativo e brindes para o enxoval do bebê, visto que muitas mães relatavam a falta de recursos para o nascimento da criança.

Embora esse processo tenha trazido melhoria à nossa forma de atender as gestantes, elas ainda buscavam atendimento e orientações fora desses momentos. Muitas questionavam a abordagem de alguns profissionais que impunham suas rotinas e cuidados, ao que elas procuravam compreender esse processo que se desdobravava ainda em outros tópicos que não eram abordados, mas que, de alguma forma, eram importantes para elas.

Esses discursos articulam-se aos interesses econômicos do Estado e do mercado, essa necessidade de a mulher cuidar dos filhos, de acordo com o padrão esperado, argumentando basicamente que esta seria a forma “natural” de alimentar e realizar os cuidados com a criança e por isso a mais adequada, baseado nas argumentações biológicas de que apenas a mulher é capaz de gestar e parir. Tal situação postula um processo de naturalização do corpo feminino como base de sua medicalização, o que possibilitou a apreensão desse corpo com finalidade de normalizar comportamentos sexuais e reprodutivos, deixando a reprodução de ser um assunto particular do indivíduo e passando a assumir o interesse coletivo que deve ser controlado. Essas ideias auxiliam a pensar nesta pesquisa e a despertar uma inquietação sobre como essas relações estão ligadas às formas de controlar a reprodução, o gestar e o processo de amamentar dessas mulheres.

**3 AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO À GESTANTE: A SAÚDE DA MULHER NO
FOCO DA ATENÇÃO**

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2004a). Como veremos no decorrer deste capítulo, as mudanças ocorridas durante os anos, considerando o campo da saúde da mulher, ainda reverberam essa questão. No entanto, nas décadas de 30, 40 e 50 do século passado, a mulher era vista basicamente como mãe e “dona de casa” (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006). Na década de 60, diversos países se voltaram para controlar a natalidade e destacou-se a atenção do Estado às mulheres em idade fértil, especialmente também por sua entrada no mercado de trabalho. Assim, os programas de “controle da natalidade” ganharam destaque no final da década de 70, negando atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres, que ficavam relegadas em segundo plano (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006). É especialmente quando as mulheres mudam o comportamento e ainda tornam-se mão-de-obra trabalhadora, que se começa a pensar em uma atuação em saúde que permita a essa mulher não apenas a procriação, mas também manter-se ativa a partir do ingresso no campo do trabalho, o que tem ainda como efeito uma remodelação dos papéis familiares tradicionais. No sentido foucaultiano, sobre jogos de verdade, os quais se referem ao conjunto de regras de produção da verdade ou, ainda, aos diferentes procedimentos que conduzem a uma verdade – um “regime de verdades” que sustenta uma determinada forma de poder (MEDEIROS, 2008), não se pode deixar de considerar que esses discursos que constituem um determinado campo, denunciam, no caso da saúde da mulher, uma readequação às normas que o próprio mercado passa também a lhe atribuir sem, contudo, deixar o controle de natalidade; ou seja, o cuidado esperado com seu corpo e seus filhos atrelado às demandas do mercado.

As históricas desigualdades presentes no cenário do campo do trabalho entre homens e mulheres implicam num forte impacto das condições de saúde destas últimas (ARAUJO, 1991). No Brasil, a saúde da mulher volta a ser palco das atenções na década de 1980, quando o Ministério da Saúde implementou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com objetivo de incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; MEDEIROS, 2008). O PAISM é descrito como um marco na questão da saúde da mulher – instituindo práticas de assistência –, sendo sua própria criação uma convergência de esforços entre o movimento de mulheres e o Estado no início da década de oitenta, mais precisamente, em 1983. O programa é entendido como a emergência de um campo da saúde pública para mulheres (MEDEIROS, 2008).

Essa ação de governamentalidade age em modo particular sobre os corpos das mulheres, por sua relação com a capacidade de gestar e parir, mas também de trabalhar. Nessa mesma direção, o pensamento foucaultiano me instigou, também, a pensar em desdobramentos atuais desses processos de gestão da vida sobre os corpos de mulheres-mães (SCHWENGBER, 2007).

Essa questão da governamentalidade – que implica em direcionamento de ações governamentais específicas para uma determinada categoria da população (FOUCAULT, 2008b) – é importante, posto que instaura novas relações com a mulher que se complexificam, sobrepondo funções e adequações novas que anteriormente não existiam, como a crescente preocupação da medicina, relacionando o corpo, a saúde, os cuidados pré-natal, na gravidez e no pós-parto, bem como a relação da mulher com o trabalho. Surgem, nesse cenário, novas tecnologias de controle para uma racionalidade de Estado que precisa integrar o indivíduo em uma entidade social (FOUCAULT, 2008b). Isso faz com que se apresente uma intervenção crescente do Estado na vida dos indivíduos e, assim, a gestão da vida torna-se relevante para o desenvolvimento de uma população forte para produzir e fazer circular a economia.

No caso do Brasill, o então novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional dessas mulheres (BRASIL, 1984). Tais ações ainda previam como essas mulheres deveriam se cuidar, se comportar, realizar os cuidados com saúde, estabelecendo uma forma a ser seguida, o que me instiga também a pensar sobre a compartmentalização do corpo da mulher, onde cada parte de seu corpo, como a mama, o útero, fase do climatério ou algumas patologias ginecológicas são tratadas em partes separadas, como se cada uma não fizesse parte da vida de um mesmo sujeito.

Dessa maneira, podemos afirmar que o programa de saúde para mulher é entendido aqui como a emergência de um campo da saúde pública específico. Emergência no sentido utilizado por Foucault (1979), como entrada em cena das forças; sua interrupção, o salto pelo qual se passa dos bastidores para o teatro – um lugar de afrontamento (MEDEIROS, 2008). Ao refletir sobre planejamento familiar, por exemplo, constata-se, ainda, a ideia de que essa mulher não está envolvida apenas com a gestação, mas também sua responsabilidade é visibilizada junto aos demais membros da família, e muitas vezes isenta-se seu/sua

companheiro/a desse processo, a colocando como gerenciadora da reprodução familiar. Nessa perspectiva, conforme afirma Medeiros (2008), a medicina moderna é uma medicina social que focaliza certa tecnologia do corpo social; apenas um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente, prescrevendo também formas de exercer o cuidado com a prole. Foi somente a partir da metade do século XIX que o corpo passou a ser investido como força de produção, força de trabalho e que deveria receber exaustivo investimento para o fomento à saúde da população (FOUCAULT, 1979).

No Brasil, o processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei Federal n.º 8.080 e Lei Federal n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB). O PAISM aparece como primeiro programa de saúde pública para mulheres, o qual se desenvolve na esteira dos movimentos sanitário e feminista, trazendo consigo uma divisão importante de opiniões: como algo que permite a legitimação do direito de escolha das mulheres em relação à vivência da sua sexualidade (direitos reprodutivos) e também como fonte de dúvidas quanto ao seu uso para o controle de natalidade (MEDEIROS, 2008).

O processo de implantação do PAISM encontra dificuldade entre os anos de 84 a 89 e na década de 90 do século passado, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família – PSF (BRASIL, 2004b). No ano de 2003 teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2004a), quando a equipe técnica de saúde da mulher avaliou os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior. Na análise preliminar foram considerados os dados obtidos por intermédio dos estudos e pesquisas promovidos pela Área Técnica de Saúde da Mulher para avaliar as linhas de ação desenvolvidas. Destaque para o Balanço das Ações de Saúde da Mulher 1998-2002, o Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, a Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Avaliação dos Centros de Parto Normal e a Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais (BRASIL, 2004a).

Em maio do ano de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL, 2004a). No período de 1996 a 2006, portanto, antes e após a criação do SUS, houve uma diminuição considerável na

porcentagem de mulheres que não haviam realizado qualquer consulta de pré-natal, passando de 26% para 1,3%. Segundo as pesquisas nacionais de demografia e saúde (LOYOLA, 2003), essa diminuição da mortalidade já é um fator destacado desde então pelas políticas como item a ser trabalhado, o que ainda percebemos nas recomendações atuais.

Caponi (2000) observa, baseada no pensamento foucaultiano, que a aceitação da articulação entre estratégias de assistência e vigilância como instâncias modeladoras das condutas dos sujeitos deveu-se principalmente ao fato de que estas novas estratégias permitiram conquistas efetivas: a diminuição da mortalidade infantil, a criação de leis de proteção ao trabalho da criança e a instituição da escolaridade obrigatória, entre outras. Além disso, “os novos padrões morais e a rigidez dos higienistas, dos filantropos e dos programas de assistência eram, na verdade, uma boa alternativa a velhas estruturas de poder essencialmente punitivas e opressivas que pareciam destinadas a desaparecer” (p. 91). É importante ressaltar que quando nos referimos a produção de verdades, estamos indispensavelmente situando ações sociais; ou seja, a constituição de verdades é imanente a práticas sociais, e por isso é preciso compreender o discurso também como prática (FOUCAULT, 2008b; MEDEIROS, 2008).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído em junho de 2000 pelo Ministério da Saúde (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004) fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (BRASIL, 2002b). Observa-se a intensa preocupação com o nascimento de uma criança saudável e a atenção está voltada, primordialmente, para o bebê. Esse pensamento a respeito do pré-natal certamente é herança de como se deu a criação das políticas de saúde materno-infantil, nas quais a priorização por parte do sistema é o útero gravídico, como discutem Nagahama e Santiago (2005). Como se esse útero não estivesse articulado com restante deste corpo e ainda que esse sujeito fosse tomado apenas um fenômeno biológico. A nosso ver, essa estratégia de tomar o corpo como fragmentado em partes é não apenas uma técnica nosopolítica, referente a um processo de medicalização do social do qual fala brilhantemente Foucault (2001), mas implica também em um postulado de gestão, de governamentalidade (FOUCAULT, 2008b), é a especificidade de administrar um órgão do corpo, que tem como seu correlato a própria gama de profissionais e suas respectivas formações como especialistas: o útero, a mama, os hormônios em detrimento da mulher. Ou ainda a gestante, que deixa de ser tomada enquanto situação especial e excepcional na vida da mulher, passa a ser cristalizada como se toda a vida da mulher

passasse, então, a ser reduzida ao processo de gestação e aos cuidados do bebê. Nessa especialidade toda e cada vez mais minuciosa, a articulação da atenção – ainda que o SUS possa também abarcá-lo em seu discurso – no cotidiano do atendimento, se perde diante do privilégio das partes do corpo e de circunstâncias de vida.

Foucault (1979) nos diz de um ‘regime de verdade’, presente em todas as sociedades: discursos que funcionam como verdade, regras de enunciação da verdade, técnicas de obtenção da verdade, definição de um estatuto próprio daqueles que geram e definem a verdade; portanto ligação circular entre verdade e poder: poder que produz verdade e a sustenta, verdade que produz efeitos de poder: é impossível desvincular verdade e poder. A verdade da mulher quando gestante, ao que nos parece no discurso produzido por muito das políticas públicas que a tomam, é a sua redução à função de mãe e à fragmentação de seu corpo a partir de determinadas funções fisiológicas.

A atuação do Ministério da Saúde no campo da saúde da mulher, nos quatro anos seguintes ganha destaque com o lançamento, em 2004, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Essa diretriz política adota como princípios a humanização e a qualidade da atenção que implicam na promoção, reconhecimento, e respeito dos direitos humanos das mulheres, dentro de um marco ético para a garantia da saúde integral e seu bem-estar (BRASIL, 2004a). Passamos a pensar no que o PAISM faz circular em termos de práticas discursivas, considerando-o como um produtor da saúde da mulher (MEDEIROS, 2008).

Foucault (2005) também nos fala de uma “economia política da verdade”; este termo indica as maneiras, os procedimentos de troca, de mudança, de atribuição, de produção, de incitação, de cessão, de constituição da verdade. Cinco características dessa economia em nossas sociedades: o discurso científico e as instituições que o produzem centralizam a verdade; esta é incitada constantemente pelos campos político e há um grande consumo e uma grande difusão da verdade; há grandes aparelhos de produção e difusão da verdade: universidades, exército, escritura, mídia; por último, ela é objeto de debates políticos e confrontos sociais. Portanto, “por trás de todo saber, de todo conhecimento, o que está em jogo é uma luta de poder. O poder político não está ausente do saber, ele é tramado com o saber” (FOUCAULT, 2005b, p. 51).

Nessa direção, muitas estratégias políticas destinadas ao controle da saúde dos corpos reprodutivos foram implementadas com a finalidade de torná-los mais produtivos e seguirem um comportamento já esperado, uma vez que eles seriam as “fontes” primeiras dessa saúde e

desse vigor da população (SCHWENGBER, 2007). À redução de ações que contemplavam a mulher sob um único aspecto, relacionado ao seu estado gravídico-puerperal, tendo em vista que apenas em meados da década de 80 foram incorporadas ações de caráter integral à saúde da mulher, visando que esta participava agora também da parte trabalhadora. Conforme Foucault (1988) nessa fase, o sexo se reduz à sua função reprodutora o que não é expulso, negado e reduzido ao silêncio. Mas a sociedade restringe as sexualidades ilegítimas a lugares onde possam dar lucros – que, numa época em que o trabalho é muito explorado, as energias não podem ser dispensadas nos prazeres (FOUCAULT, 1988).

Como já mencionado anteriormente, em função de uma nova preocupação com a saúde e a sobrevivência dos indivíduos, a família aparece, na sociedade moderna, como sendo um agente fundamental de medicalização. Para Caponi (2000), sua importância e eficácia mostraram-se maiores que o novo modelo medicalizado de hospital na transposição de normas sanitárias do universo público ao privado, mas também na disseminação de novas normas de moralização de costumes e hábitos.

Para pensar essas ideias, Michel Foucault auxilia a problematizar as práticas do nosso presente que decidem e veiculam efeitos de poder, nos julgamentos, nas classificações e nas obrigações diárias que delineiam a maneira “certa” de viver e morrer. Foucault (1988) nos traz um exemplo prático dos motivos para se regular o sexo, pois foi o surgimento da população como problema econômico e político, que se fez necessário analisar a taxa de natalidade, a idade do casamento, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecundas ou estéreis e assim por diante (FOUCAULT, 1988; FOUCAULT, 2008a).

A saúde passa a ser entendida em termos biopolíticos no momento em que se configura como a política de atenção voltada para categorias de coletivos populacionais: no cenário brasileiro, a PNAISM se enquadra nessa perspectiva, pois o programa ainda se configura como objetivação dessa formação, ainda faz parte de um conjunto de forças, de uma formação histórica. Ele irá assumir a forma de um controle quando ocorrer a operacionalização desse biopoder; quando irá se dizer a forma que deverá ser, por exemplo, o planejamento familiar, pois ele recoloca a mulher novamente com a família, no entanto, de outra forma, em uma nova proposição familiar (MEDEIROS, 2008). A partir deste pensamento, temos os dispositivos de controle que operam para que se adapte o sujeito a uma conduta esperada, assim também no aleitamento, as mulheres são responsabilizadas pelo sucesso ou fracasso não apenas do próprio processo de amamentar, mas sobre algo que irá

refletir a sua posição como mãe. Assim, o aleitamento materno se torna um dispositivo também de controlar a conduta desta mulher, não apenas frente à alimentação da criança, mas na sua conduta moral frente à sexualidade, ao seu próprio comportamento e à sua competência como mãe.

Castro e Clapis (2005) expõem que, com o passar dos anos, o ato fisiológico do nascimento começou a receber um discurso de medicina curativa que privilegiava as técnicas medicalizadas e despersonalizadas, os protocolos institucionais que se aplicavam à massa de gestantes que seriam atendidas. Ressalta-se nesse cenário a necessidade de se preparar a mulher para a maternidade, com enfoque nas ações do pré-natal, buscando-se conhecer a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia (DUARTE; ANDRADE, 2008). Assim, o vigor dos corpos, a situação de higiene e o imperativo da importância da reprodução saudável da espécie, o “melhoramento” dos costumes e da moral dos corpos e a expansão das políticas de regulação da natalidade passam a ser objetos de regulação do Estado (SCHWENGBER, 2007), mas não somente.

Nesse contexto, a vida e o corpo saudável adquirem um valor político e econômico, na medida em que os Estados percebem que estudos específicos sobre a vida biológica da população se apresentam como fontes propícias de intervenção, que passam a ser organizadas em “políticas de saúde” através das quais as populações podem ser conhecidas, vigiadas e cuidadas (FOUCAULT, 2005a; FOUCAULT, 2011).

O que se tem produzido em termos discursivos é que o pré-natal tem o sentido de prevenir complicações decorrentes da gravidez, desde as doenças infecto-contagiosas até o parto. Os cuidados aprendidos no pré-natal revelam os sentimentos de medo e incapacidade para cuidarem da criança e mantê-las em perfeito estado de saúde (DUARTE; ANDRADE, 2008). Nessa ótica, torna-se fundamental, tanto para a saúde materna quanto neonatal, uma atenção pré-natal “qualificada e humanizada” (VIEIRA; BOCK; ZOCCHE; PESSOTA, 2011). As condições da atenção prestada à gestante, por meio do pré-natal, juntamente com a assistência ao parto e ao recém-nascido, podem contribuir efetivamente para que os coeficientes de morbimortalidade infantil sejam reduzidos (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012). Percebemos novamente o controle da sociedade e as estratégias de controle do corpo do indivíduo e coletivo. Cabe ressaltar, contudo, que esta escrita não defende a ideia de uma abdicação do pré-natal e do cuidado da gestante com seu futuro bebê e das formas de amamentá-lo e alimentá-lo, mas esta escrita atenta para o efeito do que tem sido produzido a partir de discursos que, em nome da promoção da saúde, também geram sofrimento para os

sujeitos envolvidos, além de que tais discursos se referem a um modelo universal do gestar e do ser mãe, inviabilizando as singularidades que são vivenciadas nesse processo.

Uma das estratégias encontradas pelo Ministério da Saúde na implantação do Programa Nacional de Humanização (PNH) foi incentivar a formulação de protocolos para o atendimento e serviço humanizado, apoiando as experiências encontradas na rede do SUS (VIEIRA; BOCK; ZOCCHE; PESSOTA, 2011). Porém, o modelo de formação médica a partir da especialidade, leva à segmentação da assistência ao parto, dificultando a compreensão dos profissionais envolvidos que atendem ao binômio mãe-e-bebê, cujos sujeitos são interdependentes (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Ademais, a formação por especialidade, se por um lado permite o cuidado e a atenção a partir das especificidades de cada órgão do corpo, por outro, produz o esquartejamento desse corpo e a fragmentação das práticas em saúde do sujeito.

A partir da segunda metade do século XX, as sociedades ocidentais irão desenvolver dispositivos que lidam com as questões relacionadas à vida e à sua gestão. Entre os dispositivos aqui apresentados, encontra-se a implementação, paulatina e contínua, de inquéritos, levantamentos e/ou coletas de dados relacionados à gravidez, aos indivíduos e às populações (SCHWENGBER; 2007). Foucault (2008b) denuncia o poder médico-biológico e a medicalização da vida e da cultura que, se valendo do rótulo de científicidade, difundem-se pela mídia para seduzir o consumidor. Essa medicalização pode ser interpretada à luz de Chauí (1994), pelo corpo social como um poder hegemônico do médico e o entendimento de uma cultura de subordinação "interiorizada e imperceptível" nessa complexa relação médico-paciente.

Esses saberes médico-biológicos nos remetem a uma forma de disciplinar que apresenta efeitos individualizantes, na medida em que produz nas gestantes, a partir de seus corpos, um controle de sua condição, com algumas características: "Celular (pelo jogo individual da repartição espacial – meu corpo que está grávido), orgânico (pela codificação das atividades – por isso cabe à gestante incorporar muitos cuidados), combinatório (pela composição de forças)" (SCHWENGBER, 2007, p. 127).

Disciplinar um corpo, como afirma Foucault (1985), significa, pois, "*sujeitá-lo, mantê-lo sob controle*" (p. 135). E é um controle que funciona porque influencia o sujeito também a um autocontrole e este é, muitas vezes, aceito sem questionamentos e realizado por ele. Argumento que tais cuidados estão implicados com a "invenção do corpo grávido". Como

nos ensina Foucault (1999), cada época diz o que pode dizer em razão de suas condições de enunciação e de seus campos de visibilidade.

Referi-me a esse processo em curso como “politização do corpo grávido” (MEYER, 2004), uma vez que está colocada no centro das políticas de gestão da vida uma rede de práticas e de saberes – cuidado pré-natal, cursos especializados, consultas, academias – que objetivam maximizar, através da saúde materna, a saúde do feto (SCHWENGBER, 2007). O que destacamos aqui, contudo, não é a irrelevância do pré-natal, muito pelo contrário, sabemos que este é uma forma de contribuir para o cuidado com as pessoas, porém o que cabe destacar é que se trata de uma prática importante que evidencia o investimento e o fomento da vida da população, mas que, ao fazer isso, por vezes deixa de lado e reduz a mulher a uma mera posição de portadora de uma criança, desconsiderando suas questões singulares.

Segundo Meyer (2004), o processo de implementação da condução da gravidez passa a ser investido, sendo-lhe atribuída uma força de valoração que irá se associar as outras forças, expandindo a ideia de que os sujeitos são aprendizes corporais, administráveis e gerenciados desde muito cedo, desde o embrião/útero até o leito de morte. Logo, penso que o pré-natal é um dispositivo que disciplina com seu saber: “*prática produtiva que conduz, governa e regula condutas individuais e coletivas*” (FOUCAULT, 1999, p. 15). Trata-se de um contexto de “fazer viver”, com amplas biopolíticas fazendo emergir sistemas de segurança social, tanto de previdências públicas quanto privadas. Entendo que o pré-natal é uma estratégia biopolítica como afirma Foucault (1979) que não exclui a disciplina individual, mas que, sobretudo, a utiliza, uma vez que se direciona a cada um, contudo, no objetivo de fortalecer o corpo-espécie da população.

3.1 “A fantástica fábrica de leite”: contextualizando a atenção à gestante e o processo de aleitamento ao longo da história

Para pensar o processo de gestação e incentivo à amamentação no Brasil ao longo do tempo, destaco o pensamento de Michel Foucault (2008b) especialmente no que diz respeito ao que o filósofo francês discorre no que tange à governamentalidade, ao biopoder e à biopolítica; além disso, o pensamento foucaultiano busca ressaltar acontecimentos do passado para compreender o presente, nesse sentido busco fatores históricos para contribuir com essa reflexão. Dessa forma, procuraremos aproximar esses elementos discursivos ocorridos ao

longo de determinados contextos históricos a respeito da saúde da mulher e do aleitamento materno com esses dois conceitos foucaultianos. Para tanto, é mister atentar que o caminho da reconstrução requer um olhar que não se fixe apenas no que está sendo visto, mas ao ver que o presente, necessariamente, demanda olhar para os fundamentos deste acontecer em articulações com o passado (PEREIRA, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com a alta incidência da morbimortalidade materna e perinatal no mundo e com a intenção de qualificar a assistência prestada às parturientes, publicou uma série de recomendações sobre tecnologias que deveriam ser estimuladas durante o parto e o nascimento (OMS, 1999). O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões internacionais há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva (GOULART; CHIARI, 2010).

Segundo Foucault (1979), a medicina moderna é uma medicina social que focaliza certa tecnologia do corpo social; apenas um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente. Foi somente a partir da metade do século XIX que o corpo passou a ser investido como força de produção, força de trabalho. Partindo dessa postura da medicina vemos o aleitamento como um fenômeno sociocultural e observamos as suas mudanças através do tempo, no espaço, da economia com trabalho e produção de leite artificial e nos diversos grupos sociais. Este comportamento reflete a dinâmica do processo de difusão de elementos culturais e está condicionado pelas mudanças sociais.

As transformações históricas do discurso médico sobre o aleitamento e os tipos de alimentação infantil se constituem de jogos datados e localizados, desde a figura da ama de leite, muito comum na época da escravidão no Brasil até as fórmulas infantis com o desenvolvimento do leite em pó, demonstram que o discurso acerca deste tema tem sofrido mudanças. Foucault (1979; 2011), afirma que as biopolíticas de controle social, na denúncia da violência das formas da exclusão e estigmatização que imperam socialmente, ajudam a entendermos como foi que a antiga gestão da esfera dos negócios e da política se transformou na conhecida gerência dos bens privados, em especial das que se apropriam do Estado e das instituições, produzindo regimes de verdade como naturais, absolutos e universais.

Com surgimento da biomedicina, o saber médico configura-se, assim, como clínica e como prática médica, a partir de um discurso sobre o corpo singular e discurso sanitário sobre o espaço social (BIRMAN, 2005). Em âmbito do Aleitamento Materno, Sousa (2006), afirma que esta prática ainda existe onde a mecanização de profissionais de saúde, cuja atuação

remete para ações, majoritariamente normativas e técnicas, nas quais a busca do êxito está na obtenção do resultado: conseguir colocar a criança para sugar “adequadamente” o seio materno, como cumprimento das normas preconizadas pela instituição e pela sociedade.

Controlar a sociedade através do indivíduo e da população, investindo-se no âmbito biológico, somático e corporal e as consciências (FOUCAULT, 1979), têm-se dispositivos para exercer essa gestão tanto no âmbito individual como no coletivo. Concordando com Sousa (2006), refletindo sobre a amamentação, vislumbramos uma das estratégias nas quais a medicina surgiu como elemento de controle sobre o corpo, disciplinando-o, higienizando-o para o novo espaço histórico engendrado por novas formas de produção social (SOUSA, 2006).

Dentre os discursos baseados no combate à redução da morbidade e da mortalidade infantil, entre as prioridades nacionais, estão a assistência pré-natal e incentivo ao aleitamento materno, que se constituem em uma estratégia eficaz e de baixo custo na redução da mortalidade infantil. (SOUSA, 2006). Todos esses fatores geram uma forma de condução e organização da sociedade, uma forma de governar essa população, onde as estratégias usadas são direcionadas a categorias específicas da população focando em resultados específicos, assim é no caso da educação para autocuidado das mães gestantes. Os profissionais de saúde possuem a imagem de detentores do conhecimento perante a população, atribuem ao processo de amamentar como “fisiológico” e “comportamento que deve ser incentivado e aprendido” (SOUSA, 2006). Abordagem essa que ressalta a minimização de custos para família, para o Estado e em relação à saúde da mãe e do bebe, justificando essa prática.

Foucault (1999) caracteriza o início da biopolítica; ou seja, a época em que o “*velho poder de deixar morrer*” absolutista deixa a cena em favor de um “*poder de fazer viver, devolver a vida*”, na modernidade, uma vez que esta seria a primeira vez em que tanto o corpo individual quanto o corpo coletivo – a população – ingressam no registro da política: a vida, o corpo e a saúde passam a entrar em um espaço de intervenções, de regulação e de controle.

Na visão analítico-mecanicista, e coerente com a mesma, a medicina que se origina a partir da anátomo-clínica é uma medicina do corpo, das lesões e das doenças (CAMARGO Jr., 2005), sendo que, as políticas pensadas a partir deste paradigma, requerem uma intervenção fragmentária do corpo, deixando, assim, de atender todos os fatores envolvidos no processo gravídico puerperal. As formulações políticas acerca do aleitamento materno têm reforçado o paradigma hegemônico no qual o aleitamento é visto como uma prática natural passível de controle (SOUSA, 2006). Birman (2005) indica que se estabeleceram novas regras

e modelos de comportamentos sociais adequados baseados em pressupostos higienistas e novas perspectivas, porém ainda dentro da visão da biomedicina vinculada à doença. A saúde e a medicina surgiram como elementos de controle sobre o corpo, disciplinando-o, higienizando-o para o novo espaço histórico engendrado por novas formas de produção social (SOUSA, 2006). A governamentalidade que se inaugura está, assim, nas práticas e ações nas quais se estabelece uma relação de controle da população através de dispositivos que norteiam as condutas individuais e coletivas levando a uma padronização, adaptação e normalização do comportamento.

Refletindo sobre essas estratégias de fazer viver a população, que relacionadas ao corpo individual, mas também, simultaneamente, ao corpo da população em seu âmbito coletivo, citamos aqui como as orientações de cuidados de si e cuidado do outro, nesta relação mãe-e-filho, postulam um “dever ser” para que a população possa viver. Como a população é heterogênea, é preciso gerir várias formas para atingir as diversas camadas e grupos desta população em suas diversidades, estabelecendo uma biopolítica que orquestre a população com um todo.

Observando que o Estado precisa atentar para situações como mortalidade materna e infantil para gerar formas de governar, os processos econômicos também despertam investimento neste corpo que trabalha, pois são necessários corpos saudáveis que contribuam com desenvolvimento econômico da nação e do fortalecimento do mercado (Foucault, 2005a).

É fundamental prestarmos atenção para este poder que se exerce sobre a vida, para este biopoder (FOUCAULT, 1979). Este poder desdobra-se sobre a vida tanto em termos individuais, sobre o corpo de cada sujeito – que são as tecnologias disciplinares, como também em termos do coletivo, no caso da população como um todo, a partir do esquadrinhamento de suas categorias heterogêneas (crianças, mulheres, trabalhadores, doentes, idosos, indigentes, desempregados, homens, jovens, etc). Assim, a biopolítica, a partir de suas tecnologias de regulamentação, possibilita a criação de dispositivos para governar a população. No caso das políticas de aleitamento que discutimos neste trabalho, entendemo-as como dispositivos que organizam formas de controle sobre a população, mas que fomentam certas formas de vida, produzindo, assim, um arranjo para governar a vida ao mesmo tempo em que a produzem.

A caução científica do discurso naturalista da medicina sempre colocou entre parênteses a dimensão política das práticas sanitárias (BIRMAN, 2005). Assim, a relação

entre população e os profissionais de saúde ficou estabelecida de forma verticalizada, sem diálogo, onde os sujeitos eram objetos e não sujeitos das ações de saúde (SOUSA, 2006).

A defesa da lactação natural, na metade do século XX, não acontecia de forma coletiva, e sim individual, principalmente depois da industrialização, onde a divulgação do leite artificial ocorria de forma rotineira (TEIXEIRA *et al.*, 2006). No século VIII, surge o modelo médico sanitário, onde a atenção passa a ser direcionada ao comportamento. Desse modo, o corpo humano e os instrumentos da educação sanitária passam a ser utilizados, na medida em que havia sido estabelecida uma associação importante entre o comportamento das pessoas, condições de vida e surgimento das doenças (SOUSA, 2006). Apareceram, desse modo, novas modalidades de viver e reagir, retratadas como superiores.

O Estado brasileiro sempre encontrou na família um dos mais fortes obstáculos à sua consolidação, pois a família precisou ser rearranjada para que as novas formas de controle da população pudessem ser viabilizadas. Os movimentos de resistência à vacinação, à própria configuração familiar, a educação de crianças, índices de mortalidade, natalidade, entre outros aspectos, foram elementos que precisavam ser manejados para que se obtivesse um controle eficaz da população. Dessa forma, o Estado estava em busca da redução da morbi-mortalidade infantil, reduzindo questões estruturais complexas e problemas individuais a serem resolvidos pelas mães, problemas que se resumiam à obrigatoriedade de amamentar (MOTTA, 1990). O biopoder entrava em jogo para a produção de uma nova sociedade que punha a mulher como responsável por seu futuro e pelo cuidado com a família. Depois disso, a atribuição da mulher no seio familiar não seria mais o mesmo (MARCELLO, 2009).

Assim, o discurso sobre esse papel da mulher leva a uma questão nova, abordando essa mulher como responsável por sua família. Como a mortalidade materna e neonatal gera uma série de gastos e danos para o Estado, o investimento na vida torna-se um foco importante de atenção, porém não apenas pela vida, mas principalmente pelo seu valor relacionado à economia, como é o caso das mães que, se morrerem, gerarão gastos ao Estado, pois as crianças ficarão sob a responsabilidade estatal, em casos onde a família não acolha a criança. Caberia, portanto, um foco mais direcionado à redução da mortalidade materna e infantil. Desse modo, esses novos redirecionamentos na atribuição da mulher acarretaram novos discursos, que por sua vez operam ações e intervenções promotoras de autocuidado e de cuidado das crianças estabelecidos e esperados para essas mulheres.

No modelo sanitarista, quando as questões de saúde passaram a se constituir como um grave problema econômico para o Brasil, uma vez que as doenças infectocontagiosas

tomaram grandes proporções nos principais centros urbanos e ameaçavam as relações comerciais do país, bem como a política de imigração (SOUSA, 2006). A educação sanitária foi desenvolvida mediante ações autoritárias e verticais que levaram as mães a obedecerem às prescrições, sem conhecer o saber que as fundamentava (BADINTER, 1985).

O cenário deste quadro era a hegemonia da corrente bacteriológica que se tornou o eixo norteador do modelo assistencial que utilizava a engenharia, a política e as campanhas sanitárias (SOUSA, 2006). Segundo Orlandi (1995), com o modelo higienista, na Europa, o reducionismo do biológico e o discurso ideológico em favor da amamentação foram mantidos e a mulher consolidou-se como a grande responsável pela saúde da criança.

A amamentação no pensamento higienista, ao mesmo tempo em que oferece alegria em alimentar o próprio filho, causa dor. Tal questão associa, dessa forma, não apenas o higienismo associado à prática médica, mas também a um projeto moral de sociedade. Assim, a mãe “santa” se doa ao filho tal qual “cristo” aos homens; em troca, recebe o amor dos filhos e o reconhecimento da sociedade (SOUSA, 2006). A maternidade é percebida como aquela que amamentar será considerada socialmente a mãe verdadeira, a boa mãe, a moralmente respeitada. Do contrário, será censurada. Dentro dessa perspectiva, ocorreu uma transformação da educação sanitária ao se revestir de coerção e controle sobre o comportamento, produzindo uma nova consciência sanitária e, nessa perspectiva, a cultura da culpabilização (SOUSA, 2006). Associando a maternidade como um projeto moral cristão onde a mulher que não almejar ou não realizar a maternidade conforme a disciplinada, pode vir a ser culpabilizada e discriminada por isso.

No final do século XIX, na Europa, o aleitamento foi instituído como de fundamental importância para a criança, o qual incontestável – devido seus diversos fatores: imune, de alimentação sendo completo no ponto de vista nutricional, de crescimento, todos importantes para o desenvolvimento saudável da criança. No século XX, as autoridades brasileiras sanitárias iniciam, em meados dos anos 70, o estabelecimento de relações entre os padrões de morbi-mortalidade infantil e o modelo de aleitamento existente até então (TYRREL, 1993). Cito ainda a importância para mãe no estado puerperal, onde necessita da involução uterina que é auxiliada pelo hormônio da oxitocina, diminuindo riscos de hemorragias, maturação da glândula mamária, bem como diminuindo riscos de câncer de mama. Em razão disto, a medicina também se tornou um dispositivo que possibilitou à mulher-mãe um valor como ser social que passou a merecer consideração do Estado e da sociedade (SOUSA, 2006).

Mishima (1994) refere que ao tratarmos de modelos assistenciais é fundamental que se tenha claro que isto se dá num determinado contexto social, onde determinações de diferentes ordens se fazem presentes e em um jogo constante de forças que se encaminham a construção de determinada prática social, nosso caso específico, na prática à saúde. A “educação em saúde” enquanto processo socializador e de controle social focalizava as mudanças de comportamento das mulheres das classes populares, na perspectiva de reduzir a desnutrição infantil, através do aleitamento materno (MARQUES, 1984). Apesar da sua ênfase, no que diz respeito principalmente à diminuição dos índices de mortalidade infantil, ainda é considerada por muitos autores a existência do paradoxo amamentação-desmame precoce (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Desde que se ressaltou que as relações do sujeito com o seu corpo, com os outros, com as coisas, com as instituições e com as práticas sociais, tornou-se necessário repensar o modelo naturalista da medicina. Introduzem-se aqui, inevitavelmente, considerações acerca dos valores e das relações de força presentes nas relações sociais (BIRMAN, 2005).

Nesse sentido, ao refletirmos sobre as concepções de governo de Foucault (1999), percebemos que a vida e a morte passam a ser objetos alvos de controle e a forma de governo da/sobre a vida não se restringem apenas ao corpo, mas também a suas partes, tomadas mesmo como emancipadas desse corpo. Relacionamos que as políticas passam a ser biologizadas, dando ênfase ao incentivo ao aleitamento, discurso visibilizado nas políticas, altamente embasado na biologia, focalizando a “produção de leite” e uso adequado da mama. Entretanto, as falas das mulheres, que veremos posteriormente, referem que o processo vai além do biológico, pois é preciso que a mulher se sinta e esteja apta a promover o alimento do seu filho e para não reduzi-la apenas à sua função como nutriz – como percebi em minha experiência na atuação como enfermeira do HECCG. A apropriação social do corpo feminino para o exercício da maternidade, especificamente da amamentação, é estrategicamente importante para ser analisado como categoria própria.

As políticas públicas visam o governo de populações onde cada protocolo, incentivo, normas são previamente planejadas e se estabelece assim as formas de controle sobre formas de viver e de morrer. Para Almeida e Novak (2004), a medicina higienista utilizou o aleitamento materno como “instrumento para se fortalecer na sociedade, tornando a família cada vez mais dependente dos agentes educativos-terapêuticos” (p.25).

Merhy (1991) afirma que este modelo de ensinar o cuidado e padronizar as condutas está relacionado ao projeto de política social para a área da saúde, onde se expressam os

interesses políticos e econômicos, desde redução de mortalidade como discurso de padrão de comportamento, e também a relação existente entre as ações de saúde e o conjunto das práticas políticas presentes em uma sociedade específica. As ações de incentivo, proteção e apoio à amamentação se sustentam em razão do reconhecimento do aleitamento materno como fator importante na manutenção e desenvolvimento das estruturas econômicas de um país e por interferir na sobrevivência da criança (NAKANO *et al*, 2007).

O aleitamento materno foi utilizado como instrumento estratégico para confinar a mulher às atribuições maternas e responsabilização dessa. Em nossa sociedade, a maternidade é socialmente valorizada e instituída como responsabilidade/dever da mulher pelo cuidado do filho, o que está em parte fundamentado na capacidade que ela tem de engravidar, parir e amamentar, e em construções sociais que naturalizam as mulheres como seres mais ternas, carinhosas e habilidosas para cuidar da prole (NAKANO *et al*, 2007).

No caso desta pesquisa, como veremos a partir das oficinas realizadas com as mulheres, há uma herança cultural que resiste às adaptações e às condições emergentes de outras normalizações de vida, pois as condutas aprendidas com avós, mães e mulheres que já vivenciaram o processo de gestar ainda são muito fortes e influenciam diretamente como a mãe irá cuidar do seu bebê. Surgindo um “dilema social”, “um tipo de inconsistência estrutural e dinâmica que nasce da oposição entre o comportamento social concreto e os valores morais básicos de determinada ordem social”, somado ainda às orientações científicas (FERNANDES, 1976, p. 152).

Como dito anteriormente, esses novos procedimentos de gerência sobre a vida das populações ocidentais foram se desenvolvendo desde o século XVII – com os mecanismos de adestramento, ampliação de aptidões, extração de forças e produção de um corpo-máquina útil e dócil –, mas é a partir da segunda metade do século XVIII que eles são fortalecidos como tecnologias de controle do corpo social (MARCELLO, 2009). O exercício do poder consiste em “conduzir condutas”. O seu núcleo enunciativo está em diversas localidades e seu objetivo está na propensão à regência da ação do outro e não no afrontamento entre dois adversários, não é um bloco maciço que pesa sobre as pessoas, mas algo que age com sutileza sobre ações na busca de conduzi-las (FOUCAULT, 1995).

Retomando a explanação abordada no início dessa dissertação, a família passa, então, a adquirir “uma figura material, organiza-se como o meio mais próximo da criança; tende a se tornar para ela, um espaço imediato de sobrevivência e evolução” (FOUCAULT, 1979, p. 199). E o papel da mãe obtém um sentido maior, torna-se um sujeito passível de valor, a ser

cultivado, ensinado, domesticado na medida em que a criança passa a ser vista como um sujeito inocente, vulnerável e merecedor de cuidados específicos (MARCELLO, 2009).

Logo a maternidade (ou certo ideal de maternidade) fosse considerada, então, uma “urgência” especialmente no final do século XVII. Naquele momento, no caso na Europa, com a formação e consolidação dos Estados Nacionais, era necessário que as grandes cidades se constituíssem como “unidades”, tornando possível uma organização do corpo urbano de modo coerente, homogêneo, que dependesse, então, “de um poder único e bem regulado” (FOUCAULT, 1979, p. 86).

Com a devida legitimação do discurso da ciência, foram delineadas as finalidades que homens e mulheres deveriam cumprir no âmbito econômico, social e cultural da sociedade. Com isso, a garantia de que a mulher fosse condenada ao espaço privado do lar e nele desempenhasse um exercício legitimado – qual seja, sua “governabilidade” (BIRMAN, 1999, p. 57). O universo feminino apresentava marcas das relações de dependência e controle circunscrito aos pais. A figura materna era voltada mais ao espaço privado, constituindo-se em agente disciplinador dos filhos, bem como o elemento de suporte emocional e de manutenção da unidade doméstica (NAKANO; MAMED, 1999). Frente a este novo investimento que se faz necessário sobre a vida, não só a infância, mas também a maternidade se tornava um problema: há que se melhor instruí-la, fazer dela alvo de controle, objeto de saber e de discursos para seu melhor gerenciamento, já que agora essa mulher passará a adentrar o mercado de trabalho (MARCELLO, 2009).

O estabelecimento de práticas e saberes responsáveis pela administração do governo do outro, articulados pelas diversas artes de governo para dar coesão ao seu exercício sobre a população, esboçando política para vida, disciplinando-a e regulando-a (SOUZA; SABATINE; MAGALHÃES, 2011). Afirmo que a maternidade funciona como um dispositivo e, como tal, “em um determinado momento, teve como função principal responder a uma urgência” (FOUCAULT, 1979, p. 244) seu despontar, por motivos políticos, econômicos, filosóficos e sociais, teve uma função de disciplinar e controlar a população, porém práticas que ocorrem no cotidiano e geram a uma série de governos e condutas (MARCELLO, 2009).

3.2 Os profissionais e suas práticas de “apoio” atuais

Os protocolos utilizados nos fazem refletir sobre como seria possível apoiar o aleitamento materno a partir de um certo “universal” de sujeito, sendo que as mulheres vivenciam gravidez de forma diferente? Sendo que o próprio Ministério da Saúde refere que “Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, e cada mulher vivencia essa fase de forma particular” (BRASIL, 2005 p. 65).

Como veremos, os manuais e protocolos afirmam que é necessário contemplar a mulher em suas diferentes fases e sentimentos para que se sinta assistida, entretanto, ao mesmo tempo, o manual traz os protocolos (iguais) para conduta do profissional (como se todo o profissional fosse igual), das gestantes assistidas (como se todas as gestantes fossem iguais) e até mesmo do lactante (como se todos os lactantes fossem iguais).

O leite materno é o alimento mais adequado para o lactente de acordo com as políticas brasileiras e internacionais (OMS, 2003; Política nacional de atenção integral à saúde da mulher, 2004a; Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, 2005). No entanto, da mesma forma, é inegável que apesar de programas e profissionais de saúde incentivar o aleitamento materno, a interrupção precoce da amamentação continua a ocorrer de maneira significativa (ARANTES, 1991). Um exemplo disso é o paradoxo que se estabelece entre a “obrigatoriedade” da amamentação até os 6 meses do bebê e a licença maternidade da mãe durar 4 meses; ou seja, a mãe que retornar ao trabalho, mesmo querendo alimentar exclusivamente seu bebê com leite materno, provavelmente precisará introduzir, a partir dos 4 meses da criança, outros alimentos, justamente para poder continuar trabalhando. Nesse caso, percebemos que há uma preponderância da demanda do mercado, que exige o retorno ao trabalho da mãe, do que o próprio discurso da saúde do bebê. Além disso, o discurso presente ainda refere que o ato de amamentar perpassa os aspectos biológicos, culturais e sociais, indissociáveis para que seja eficaz, porém ainda se utiliza a concepção higienista, reducionista que culpa e responsabiliza a mulher pelo insucesso do aleitamento (GAZZINELLI *et al*, 2005).

Estudo realizado por Duarte e Andrade (2008) com mulheres durante processo de Aleitamento, demonstrou que as entrevistadas deixaram claro que a gestação nem sempre é um momento alegre e especial em sua vida, tendo-se em vista os sentimentos negativos

gerados no pré-natal, como insegurança e medo de imprevistos e julgamentos, caracterizando uma visão negativa da gestante sobre o pré-natal.

Segundo a etimologia a palavra Apoio – do latim *podiu*, significa base, encosto, amparo, ajuda (SOUSA, 2006). A concepção de que toda a mulher é capaz de experienciar a amamentação com “sucesso” se estiver devidamente preparada e orientada existe há muito tempo, e ainda se encontra presente na maioria das ações e dos discursos em prol do aleitamento materno, enfocando o preparo da mulher para amamentar e a sua capacitação (GAZZINELLI *et al*, 2005). É exatamente esta ideia presente no lema do curso “Mãe que ama amamenta!”

Tamez (2001) nos afirma que a amamentação não é instintiva nem para mãe, nem para o recém-nascido, pelo contrário, é uma habilidade que deve ser aprendida. Ao refletir sobre este discursos, consideramos a relação de poder onde a mulher deve aprender e estar preparada para executar os cuidados e alimentar seu filho conforme o esperado. É uma prática que se relaciona com fatores históricos, sociais, culturais, compromisso e vínculos afetivos (familiar, comunitário, etc), e não apenas no conhecimento de cunho técnico-científico dos profissionais envolvidos nas ações relacionadas ao aleitamento materno (ALMEIDA; FERNANDES; ARAÚJO, 2004; BITAR, 1995). Nesse sentido, em muitos momentos o discurso da política explicita a mulher em uma condição de um objeto de governamentalidade e essa mãe será considerada fracassada se não produzir o efeito desejado pelo profissional, com base no seu conhecimento técnico (SOUZA; MELO, 2013).

A primeira consulta a gestante é abordada de forma a se basear em um discurso biológico pelo próprio Ministério da Saúde – MS:

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimientos ou outras perdas vaginais (BRASIL, 2005, p. 08).

Ainda é muito perceptível essa ideia curativa e biologizada, onde a mulher é vista como o foco na reprodução. Nesta lógica privilegia-se a atenção para órgãos reprodutores,

bem como a ideia de uma criança saudável se dá a partir da tomada da mulher apenas com as características primitivas de “fêmea mamífera”. Essa separação do corpo que privilegia a parte reprodutiva em detrimento de outra, reproduz práticas e protocolos de cuidados padronizados, mas como padronizar o cuidado? Este que segundo o próprio discurso do Ministério da Saúde deve ser individualizado e respeitar as singularidades de cada sujeito?

O estabelecimento de práticas e saberes responsáveis pela administração do governo do outro, articulados pelas diversas artes de governo para dar coesão ao seu exercício sobre a população, delineia uma biopolítica que se ramifica e penetra nos capilares da vida, disciplinando-a e regulando-a (SOUZA; SABATINE; MAGALHÃES, 2011). Não estamos negando ou culpabilizando a participação e importância dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno, porém a questão é quando se operacionalizam ações que possibilitam a redução da mulher à dimensão de uma “nutriz”, já que na maioria das vezes os profissionais de saúde acabam por enfatizar o aspecto biológico da amamentação, pega, descida do leite, sentimentalismo inato referente à maternidade ou às necessidades da criança, pois a maioria das mães são orientadas quanto à importância do aleitamento do ponto de vista biológico e até psicológico (ALMEIDA, 1999; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; SILVA, 2006; JOCA, 2005). Contudo, a ideia neste momento é ressaltar o saber que constitui a formação dos profissionais que atuam na saúde da mulher.

Na visão dos profissionais, a equipe de saúde e a família exercem uma cobrança excessiva e um pré-julgamento da mulher (SOUZA; MELO, 2013). As rotinas dos serviços de saúde muitas vezes são promotoras de situações geradoras de desconforto, tais como insegurança na mãe, conflito na família sobre aleitamento, dificuldades para realizar o Aleitamento Materno AM. Ainda, evidenciam-se práticas que culpabilizam a mãe se a criança não apresentar o desenvolvimento esperado, adotando práticas prejudiciais e, de certo modo, “não humanizadoras”, já que, no caso do aleitamento materno e da maternidade, parte-se de uma visão que remete a um instinto natural e universal, com uma concepção idealizada do ser humano, fora da história e da cultura (SOUZA; MELO, 2013). Em minha prática profissional vivenciar muitos enunciados como “você quer ser uma boa mãe? Então tem que conseguir amamentar”, “Depende apenas de você seu bebê ter saúde, você não quer que ele cresça bem e saudável?”, ou ainda “A natureza é perfeita, mas você não irá ter leite se você não fazer certo”. O modelo de atenção à saúde baseado nos clássicos pressupostos biomédicos ainda está fortemente enraizado nas escolas de formação dos vários cursos de graduação da saúde, seja em instituições de ensino públicas ou privadas (GOULART, CHIARI; 2010).

No corpo incidem as estratégias de poder, tornando-o objeto dos investimentos sociais que dão passagem à produção das diferenças, espelhadas na contemporaneidade através da valorização dos símbolos da saúde, da beleza, da felicidade e da qualidade de vida, apresentados como os modelos físicos que fazem o espetáculo ao efêmero do corpo, modelos esses que servem para definir as exigências disciplinares de autocondução cotidiana dentro dos parâmetros normativos (SOUZA; SABATINE; MAGALHÃES, 2011). Os mecanismos que impulsionam à adesão aos estilos de vida pautados por um cuidado corporal e de saúde que almeja certa padronização estética da aparência acionam a responsabilidade reflexiva para condução de si. Valoriza-se a vigilância e o autoexame no processo de cuidado com o corpo, a partir das propostas de auto-peritagem para o reconhecimento dessas aparências (ORTEGA, 2004).

O corpo, para Foucault (1979), é o local de incidência do poder, local onde também as resistências acontecem, onde a vontade de poder se inscreve profundamente. Os novos critérios da condução da vida elegem o cuidado com o corpo como espaço também de controle das anormalidades e de inserção na competitividade da cultura econômica. O corpo sob a apreciação do saber técnico-científico é submetido a variados exames e, no recorte de suas superfícies, se determina a própria pessoa e seus hábitos e aptidões sociais (FOUCAULT, 1988).

A história dos corpos obesos, por exemplo, revela o investimento dos discursos sobre o risco à saúde, assim como formas de segregação e de manipulação das identidades corporais, que afetam vidas consideradas diversas da perspectiva religiosa, científica, ou produtiva, frente aos parâmetros sociais impostos nas mais diferentes circunstâncias políticas (SOUZA; SABATINE; MAGALHÃES, 2011). Essa questão do aumento do peso e da modificação corporal torna-se pertinente e será retomada adiante porque é uma das grandes preocupações trazidas nas falas das mulheres gestantes durante a realização das oficinas.

3.3 Como as políticas de aleitamento têm se ocupado da humanização?

A partir da década de 70, em função das consequências do desmame precoce oriundo da entrada da mulher no mercado de trabalho, verificou-se o início de um movimento mundial para a reconstrução da cultura da amamentação (VENANCIO; MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Pode-se dizer que os movimentos pela retomada da amamentação têm em seu ideal e em sua construção vários aspectos comuns. Dentre eles, destacam-se a incorporação da discussão sobre direitos e das recomendações com base em evidências científicas e a participação da sociedade civil organizada. Constata-se também, vários pontos de convergência entre as propostas trabalhadas no contexto do apoio ao aleitamento materno e as preocupações apontadas pela política de humanização, tais como a importância do acolhimento, do trabalho em equipe e do cuidado com o cuidador (REA, 2003).

Em consonância com a preocupação mundial com a retomada do AM, é criado no Brasil, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Pode-se dizer que, em decorrência do PNIAM, a década de 1980 é marcada por uma intensa mobilização social em prol da amamentação, com a realização de campanhas abrangentes veiculadas em meios de comunicação de massa no Brasil. O processo de naturalização do AM como alicerce deste processo, institui uma forma de controle social com base na reprodução biológica, em que padrões de comportamento são redefinidos.

As tensões existentes em relação às concepções de natureza e cultura também estão presentes nos manuais de preparação para o parto e amamentação. Porém no aleitamento materno é crescente a discussão em torno da indissociabilidade das dimensões biológica, psíquica e cultural da mulher (TORNQUIST, 2004). Pois mesmo com novas ênfases nos aspectos biológicos ainda não se obtém os resultados esperados, assim inicia-se necessidade de novos enunciados que envolvem o tema em questão.

O discurso de que a mulher, do ponto de vista biológico, sofre alterações hormonais e físicas durante a gestação levando à lactação e à produção de leite, este devidamente composto para a criança que está gestando, fazendo do leite materno o alimento mais completo e adequado ao sistema gastrointestinal da criança (OMS, 2003), contribui para com a visão do corpo da mulher gestante focada na reprodução e nos cuidados com a criança, destacando uma ideia apenas reprodutiva. Por muitas vezes esquecendo-se de contemplar essa gestante em outros aspectos como mãe, esposa, mulher e trabalhadora, que está passando pelo

processo gestacional, que pode sentir-se desassistida ao refletir sobre esses fatores além da gravidez, esses novos enunciados começam a surgir relacionado ao aleitamento materno e a postura da mulher que o realiza.

O PNHAH surgiu de um diagnóstico, realizado pelo Ministério da Saúde, que indicava insatisfação dos usuários no que dizia respeito à qualidade do atendimento que recebiam, principalmente no tocante aos aspectos do relacionamento com os profissionais de saúde. O PNHAH constituiu, então, uma política ministerial bastante singular, se comparada a outras do setor, pois se destinava a promover nova cultura de atendimento à saúde (DESLANDES, 2004).

Baseado ainda no comportamento ensinado pelos profissionais, as gestantes já projetam um formato de “mãe modelo” que devem seguir, e quando encontram dificuldades neste processo iniciam ansiedades de não ser uma mãe como o esperado e sobre aquilo que será dito pelos profissionais.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes. (BRASIL, 2002b p. 05).

Os protocolos e práticas são baseados no funcionamento fisiológico da mama em relação à produção do leite e a como o sistema gastrointestinal desta criança irá receber esse alimento, destinando a atenção, prioritariamente, à saúde da criança. Segundo o manual de Humanização do Parto e Puerpério (BRASIL, 2002b), organiza-se o pré-natal em três fases, a saber: cadastramento, acompanhamento, conclusão do pré-natal e parto. Esses, por sua vez, organizados e descritos apenas com as condutas e rotinas de procedimentos a serem executados, não citam neste capítulo a atenção e escuta ativa da gestante.

O próprio aleitamento que envolve outros fatores além da biologia evoca, para seu sucesso, padrões para execução de acordo com a dificuldade da mãe, e à que não possui muitos elementos de escolha, até mesmo pode ser rotulada ou culpada pelo insucesso de prover o alimento ao seu filho. Um desses exemplos são as condutas de alta, onde mãe e criança só saem da hospitalização no puerpério após a criança ser capaz de realizar a pega corretamente e a mãe já saiba oferecer a mama. Caso a mãe não queira ou não possa, como nos casos das mães HIV positivo, existe um protocolo a ser desenvolvido para essas situações, muitas vezes sem ouvir a “protagonista” do processo e gerando uma lacuna entre assistência integral e cumprimento de protocolos biológicos.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é embasado nos princípios da humanização da assistência obstétrica e neonatal, que é condição primordial para o acompanhamento apropriado do parto e do puerpério (SILVA *et al*, 2013). O programa indica, ainda, acerca de sua avaliação:

Os municípios que aderirem ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento serão avaliados, anualmente, pelo Ministério da Saúde, estando a continuidade no Programa vinculada à apresentação do procedimento Conclusão da Assistência Pré-natal para, no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas no primeiro ano de adesão e 50% no segundo anos (BRASIL, 2002b, p.10).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) caracterizou que a atenção obstétrica e neonatal, prestada pelos serviços de saúde, deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. Em contrapartida ao uso dessas práticas, a OMS propôs que a assistência deveria ter o mínimo possível de intervenções, mantendo a gestação como ato fisiologicamente natural, assim, resultar em parto e nascimento saudáveis, o que contribui para a consolidação do movimento pela humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2002a). Porém, ainda temos no Brasil uma série de procedimentos e cirurgias que causam um nível de insegurança às pacientes, como veremos posteriormente. Sabe-se do alto índice de partos cesáreos e a maioria dos partos vaginais é realizado a episiotomia, que é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto, causa receio na maioria das mulheres gestantes devido a dor local e cicatriz na região.

É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005). Porém sabe-se da crescente complexidade dos sistemas de saúde, os progressos da medicina e da ciência, além

do fato da prática médica ter se tornado mais técnica e, em muitos casos, mais impersonal e desumanizada, geralmente envolvendo grande burocracia (GOULART; CHIARI, 2010).

Embora muito já se tenha feito em termos da discussão e da reestruturação das tecnologias e do planejamento dos serviços, há, comparativamente, escassos trabalhos sobre as bases teóricas e filosóficas para as mudanças propostas (GOULART; CHIARI, 2010), indo de encontro com as políticas descritas nos manuais do Ministério da Saúde que refere em 2005. Os autores Passos e Benevides (2005) afirmam que para retomar o conceito de humanização é preciso considerar o cenário no qual ele vem ganhando destaque crescente em Programas no campo da saúde pública.

Em tese, a humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. Cabe indagar sobre o modelo de atenção humanizada que se deseja. Defende-se que os diversos atores (e setores) da sociedade devem ser envolvidos nas discussões sobre essa questão. (GOULART; CHIARI, 2010). No início dos anos 2000, um aspecto de conceito-síntoma, que refere-se a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. É como tal que o tema da humanização se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, perdendo, assim, o movimento pela mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio, movimento que se confunde com o próprio processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980 (PASSOS; BENEVIDE, 2005).

Segundo a política de atenção pré-natal e puerpério:

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005, p. 10).

Indagamo-nos sobre as formas como a estratégia de atenção à saúde, na qualidade de política de Estado, é necessária para que a humanização seja implementada como uma política transversal, atualizando um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (GOULART; CHIARI, 2010). Quando falamos de modos de fazer estamos às voltas com o processo de construção de uma política pública que não pode se manter apenas como propostas, Programas, portarias ministeriais. Da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida. Construir políticas públicas na

máquina do Estado e da sociedade exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde (PASSOS; BENEVIDES, 2005).

Cabe-nos uma inquietação sobre a humanização, pois, a nosso ver, se é necessário humanizar atendimentos realizados por pessoas para pessoas, então existem ações “desumanas” na assistência prestada. E, entendemos que essa redução da mulher à “fêmea mamífera” é uma dessas ações “desumanas”. Mais do que criar novas políticas e protocolos, cabe lembrar-se das práticas executadas nesses atendimentos à saúde para que realmente haja uma modificação efetiva na assistência. Ao pensar na assistência à mulher no período de gestação encontramos com frequência, no discurso da saúde a figura dos profissionais como detentores de conhecimentos, que ensinam o “correto” a essas mulheres que, com fim em si mesmo, apenas executam as orientações recebidas. Desse modo, acabamos por exceder um domínio sobre o corpo do outro, fragmentando-o em partes, focando na reprodução e delegando o que deve ou não ser feito e da maneira como se deve ser e fazer.

Para realizarmos esta pesquisa optamos pela pesquisa-intervenção, onde realizamos oficinas, intituladas “Oficina de Ideias”. Na pesquisa-intervenção existe a produção fundamental de uma interação direta com os participantes, delineada a partir de trocas entre participantes e pesquisador. É importante destacar que diversos pesquisadores têm trabalhado com pesquisa-intervenção e que essa estratégia metodológica é já bastante reconhecida em ciências humanas (MARASCHIN, 2004; MARASCHIN *et al*, 2006; SZYMANSKI; CURY, 2004).

A estratégia da oficina opera como uma rede de elementos interconectados capaz de sofrer alterações estruturais ao longo de uma história coletiva com certa permanência (MARASCHIN *et al*; 2006). No caso desta pesquisa, foram realizadas duas oficinas nas quais as gestantes foram convidadas no intuito de trabalharmos coletivamente sobre temas anteriormente sugeridos por elas, buscando um espaço informal para realizar uma troca de ideias. A quantidade de reuniões foi sugerida pelas gestantes devido à necessidade de deslocamento até o HECG, por isso, optei por fazer duas oficinas com um tempo maior de duração.

Segundo Maraschin *et al* (2006), a oficina é um espaço de intervenção que se produz no próprio exercício de oficinar. O intuito é acompanhar como os protagonistas da pesquisa penetram e ajudam a moldar os assuntos compartilhando questões, problemas e, em alguns casos, soluções. Vendo essas mulheres como protagonistas do processo de gestar e amamentar, acredito que o espaço aberto pôde deixá-las mais à vontade para que expressassem suas ideias e assim podermos discutir de uma forma menos imposta aquilo que elas apontavam como alvo de seus interesses, possibilitando também o entendimento de que a profissional está ali para auxiliá-las e não impor condutas pelas quais serão avaliadas e julgadas como “boa ou má mãe”. Desse modo, entendo que a oficina é uma via capaz de estreitar vínculos, compartilhando seus medos e angústias também com outras mães em situação semelhante. Para registrar e estar o mais próximo dessas participantes, utilizamos também a ferramenta de um diário de campo, onde eu realizei anotações após cada conversa inicial para o convite às oficinas e após a realização de cada oficina, além de colocar ali os relatos das participantes que mais me chamaram a atenção, as minhas impressões e outras questões que me afetassem a partir da realização dessas intervenções.

4.1 A “Oficina de Ideias” como ferramenta para pesquisa

Acreditamos que a oficina possa ser uma proposta adequada a este estudo com estas mulheres gestantes; contudo, não formulamos aqui um “novo protocolo” ou alegamos que a estratégia da oficina deva ser construída como uma ferramenta a priori metodológica; entendemos que, pelo contrário, esta se refere a uma estratégia que não busca um universal. A escolhemos por entendermos que, para o contexto da pesquisa em questão, nos pareceu ser uma via de trabalhar com as gestantes em outra proposta. Assim, optamos por abordar os valores, crenças, opiniões e aquilo que essas mulheres atribuem como produtores de sentido para sua experiência, levando em conta que a produção da oficina ocorre dentro de um determinado contexto espaço-tempo, buscando aproximar a compreensão da gestação e do Aleitamento Materno para além da biologia. Assim, durante as oficinas os participantes estavam livres para discutir suas ideias e o pesquisador não apenas observava, mas interagia durante os assuntos que elas haviam sugerido posteriormente, durante a conversa inicial, onde foi realizado o convite.

As oficinas desta pesquisa foram realizadas em dois encontros, previamente agendados com as gestantes⁵. O convite para as oficinas foi realizado no período de janeiro a fevereiro de 2014 durante a realização da primeira consulta do pré-natal, realizado pela enfermeira, em que as gestantes eram convidadas a participar do grupo de gestantes do HECG.

O início do pré-natal nesta instituição, inicia-se na primeira consulta das gestantes, realizado pela enfermeira do hospital, levantando informações sobre os dados gestacionais e ginecológicos, fazendo o cadastro e explicando a importância em realizar o acompanhamento. Foi neste momento que convidei as gestantes a participarem da pesquisa. Durante o acolhimento, que é realizado pela enfermeira durante a primeira consulta do pré-natal, questionei às convidadas os temas que elas mais teriam interesse em discutir para serem abordados nas oficinas e evitar os tradicionais assuntos que eram previstos pelos profissionais durante as reuniões de rotina. Neste momento, também foi aberto um espaço, através do diálogo, para que essa mulher pudesse iniciar a exposição de suas ideias, no intuito de sanar

⁵ A pesquisa foi realizada após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/UCDB. As participantes foram esclarecidas sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participação.

dúvidas, mas não apenas, como um espaço de trocas também entre elas e não somente entre elas e mim. As perguntas abertas foram utilizadas para ampliar a expressão das entrevistadas e como forma de traçar, por parte da pesquisadora, estratégias para a elaboração das oficinas futuras, que ocorreriam nos grupos de gestantes. Utilizamos um roteiro para traçar o perfil dessas mulheres (tais como faixa etária, se já tinham outros filhos, situação conjugal e familiar, etc.), devido esses dados serem necessários na primeira consulta conforme a rotina do hospital. Para o trabalho utilizamos sugestões como levantar os temas que gostariam de discutir durante as oficinas. Após este momento inicial levantei os temas principais trazidos pelas próprias gestantes.

Como já mencionado, os temas discutidos nas oficinas foram sugeridos pelas próprias gestantes durante a primeira consulta pré-natal quatro temas foram mais sugeridos por elas, a saber: Atividade sexual durante a gravidez, o Aleitamento Materno, o corpo feminino e a gestação e os Cuidados com recém-nascido. Também a quantidade de oficinas e horários foram adequados às suas possibilidades para que elas pudessem participar, sendo que a segunda oficina dependia da primeira, pois se tornou uma continuação e complementação das ações desenvolvidas, como será detalhado mais à frente. As gestantes que aceitaram o convite de participar das oficinas também sugeriram os melhores dias e horários, já que muitas delas referiram que gostariam de participar, mas suas rotinas dificultavam, pois havia àquelas envolvidas com trabalho, cuidado de casa, dos filhos, etc. Foi a partir dessas questões por elas levantadas que decidimos então, que faríamos dois encontros com tempo maior para realizar as atividades. A partir destes temas com os possíveis assuntos a serem abordados, foram organizados, porém havia uma preocupação em não estabelecer algo pré-determinado e deixar com que as participantes ficassem livres para irem sugerindo outras questões e trocando ideias.

Após o convite personalizado nos espaços das consultas para o pré-natal também foram divulgados no Hospital, através de cartaz com o tema, local e datas para a realização das oficinas, inclusive para caso de houver ainda outras gestantes interessadas em participar, realizaríamos a entrevista inicial. As oficinas ocorreriam com datas pré-marcadas em um intervalo de uma semana entre ambas. Para provocar a discussão nas oficinas, separei algumas imagens para projetar para as gestantes que pudessem suscitar os temas previamente trazidos por elas, que se referiam à atividade sexual durante a gravidez, o aleitamento materno, os cuidados com recém-nascido e o corpo feminino. Como foram realizadas duas oficinas, decidi trabalhar dois temas em cada oficina.

O objetivo de trazer tais imagens era o de despertar o início das conversas, pois queria uma forma de iniciar sem que abordasse o tema diretamente como no formato de uma palestra. O tema de maior interesse, nesse início das oficinas, foi o de atividade sexual durante a gestação, ilustrado pela figura 1:

Figura 1: Atividade Sexual Durante a Gestação



Para o segundo tema, Aleitamento Materno, usou-se a figura de uma mãe amamentando a criança, conforme abaixo:

Figura 2: Aleitamento Materno



Para terceiro tema, Cuidados com recém-nascido, outra imagem:

Figura 3: Cuidados com o Recém Nascido



Para o quarto tema, sobre o Corpo Feminino, usado uma silhueta de uma gestante, conforme abaixo.

Figura 4: Corpo Feminino



Cabe ressaltar que as imagens foram projetadas no *data show*. Houve um cuidado para buscar figuras de pessoas reais, disponíveis na internet, e não utilizar figuras divulgadas em comerciais ou que trouxessem celebridades, para não tendenciar à ideia de uma discussão sobre a pessoa famosa em questão, desfocando o assunto. As oficinas foram realizadas no auditório do HEKG, para tanto, mudamos a disposição das poltronas do auditório, no intuito

de formar um círculo, para evitar a ideia de “aula” e incentivar a interação entre as participantes. Este formato foi utilizado nas duas oficinas, sendo que na primeira estavam presentes 11 gestantes e na segunda 12 gestantes, como veremos posteriormente de forma mais detalhada.

É importante dizer que a forma como as oficinas seriam delineadas e conduzidas foi discutida em orientação, com o intuito de esboçar e fornecer espaço para que as mulheres pudessem se sentir à vontade para trazer as questões que julgassem pertinentes e romper com o modelo “aula” ou “palestra”, comumente associado às atividades em grupo no HECG pelo público atendido.

4.2 Oficinas de ideias: traçados gerais

Início a primeira oficina com a minha apresentação individual, contando brevemente sobre mim, minha profissão e retomando a pesquisa, depois peço que elas também se apresentem. No primeiro encontro, estavam presentes 11 gestantes. As idades das participantes variavam entre 16 a 43 anos, e todas realizavam o pré-natal na instituição. Ao iniciar, percebo a preocupação em descrever se já eram mães ou não durante a apresentação de cada uma.

Na segunda oficina, combinamos de abrir mais tempo para esclarecer as dúvidas que poderiam surgir. Nessa oficina estavam presentes 12 gestantes, pois uma delas trouxe uma amiga também grávida para participar.

4.3 As práticas vivenciadas nas oficinas: um olhar sobre o profissional de saúde

Passemos a pensar, então, vida e saúde de todos. Discutimos até aqui como a saúde configura-se no campo de políticas públicas de saúde para as mulheres na fase de gestação e na produção de jogos de verdade. Ao colocar a questão para discussão sobre como era o processo de gestar para elas, as mesmas acabam referindo também sobre a atuação dos profissionais, a queixa principal é sobre a abordagem dos profissionais de saúde, conforme descrito nas falas a seguir:

“Mesmo que seja rápida a consulta temos que fazer, pois os médicos que sabem como está a saúde e como a gente precisa se cuidar... então precisa ir mesmo assim garantir uma gravidez saudável”.

“Mas é assim mesmo né?, os doutores não têm muito tempo”.

“É assim mesmo, médico não fala muito, né?”.

“Aproveito quando ele está medindo a barriga para fazer perguntas, mas uma vez ele falou: ‘faz o que eu digo que vai dar certo’!”

“Eu acho bom fazer as consultas, o ruim é que às vezes a gente faz todas as consultas e o médico conversou pouco com a gente, e a gente quer saber outras coisas também”.

As falas indicam a falta de tempo para responder as questões que envolvem as mães e familiares, pois a consulta torna-se muito técnica e restrita à palpação, ausculta e avaliação dos exames laboratoriais. Segundo o manual de pré-natal e nascimento (BRASIL, 2005), o acolhimento é indicado como aspecto essencial da política de humanização. Implica a recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Esse discurso e a necessidade de ensinar aos indivíduos como realizar o cuidado com a saúde é uma forma de disciplinar. Sobre isso afirma Medeiros (2008), que a disciplina tenta regrer a multiplicidade de sujeitos, na medida em que redunda em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados e eventualmente punidos.

As recomendações das políticas de saúde trazem muitas informações relevante às mães e aos profissionais, porém na prática cotidiana não é esta a resposta que temos dos usuários do serviço, embora estejam previstas certas ações e comportamentos, muitos profissionais não realizam de forma esperada. A ideia que a equipe de saúde é considerada como detentora do conhecimento está implícita (e em algumas vezes, mais explícita) nas falas destas gestantes; a obrigação dessas mulheres em seguir as orientações por estes se demonstra nas seguintes falas:

“O doutor olha os exames, mede a barriga e fala se tá bem, mas eu queria saber mais coisas”;

“Só sei que a gente faz todo mês pra ver como é que tá, exame, aqueles ‘trem’ de rotina; vai lá tira alguma dúvida, muita coisa vai aprendendo, quero tirar minhas dúvidas de

muitas coisas que eu não sei. Ah! tem tanta coisa, às vezes os outros fazem perguntas eu nem sei como responder”;

“Eu acho que é uma maneira de saber como está o neném, também, de você saber se você tá bem, se não tá (...) eu acho que ele cuida de você e da criança, que tipo assim, se tiver alguma coisa assim, aí ele vai saber”.

Nesses fragmentos de falas, é possível perceber que o que leva as gestantes a aderirem ao programa são as concepções e conceitos sobre o pré-natal reproduzidos por um discurso de medicalização do corpo. Sobre esse tipo de cuidado, Caponi (2000) refere que se gera um dever de reciprocidade, instaurado no momento em que a população pobre aceita este cuidado e proteção oferecida pelo Estado através da saúde. Articulado a tecnologia disciplinar que estaria presente nessa proteção, segundo a mesma autora, desdobra-se um investimento na família moderna, que seria um agente privilegiado de medicalização.

O modelo de atenção à saúde que tem suas práticas determinadas por políticas centralistas, além de comprometer o desenvolvimento de muitas ações, tende a tomar o usuário apenas como um objeto de intervenção, oferecendo-lhe pouca (ou nenhuma) oportunidade de opinar sobre o cuidado que recebe e dificultando seu envolvimento, de modo responsável e participativo, com o destino de sua própria saúde (MOURA, 2003). Ao avaliar a recomendação do Ministério da Saúde, percebemos o destaque para o papel reprodutivo do corpo da mulher como fundamental, avaliando-se basicamente apenas funções reprodutivas e as relativas à amamentação. Como uma “fêmea mamífera”, em que o processo de gestação precisa ser o foco de todo atendimento, deixando de ver essa mulher como mulher, mãe, trabalhadora, etc.

Estreitado com as relações de poder e disciplinas já discutidas, percebemos como elas atribuem os papéis dos profissionais de saúde: o médico é o que sabe da saúde, mas que não tem tempo para falar com elas. De todo modo, elas relatam que gostariam de falar mais, de serem escutadas nesse período pelo qual estão passando. Uma delas coloca ainda que aproveita quando o médico – que não tem tempo – pode responder suas perguntas enquanto mede a barriga. É importante dizer que o médico, de acordo com o que aparece nas falas das gestantes, está sempre focado no desenvolvimento do bebê e o cuidado postulado é a de vigiar o comportamento da gestante para garantir ao máximo o melhor desenvolvimento da criança. Dessa forma, a mulher passa a ser vista, pelo que podemos entender de suas falas, como

portadora de um outro ser que deve ser cuidado e, de certa forma, o cuidado a ela dispensado é secundário, pois o foco está prioritariamente na criança que está sendo gestada.

Segundo a recomendação do manual de pré-natal, instituído em 2005, a primeira consulta acaba por tornar-se um protocolo de procedimento, que pouco contempla as necessidades destas mulheres:

Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico (BRASIL, 2005, p. 06).

Ainda as consultas subsequentes referem: revisão da ficha pré-natal, anamnese atual sucinta e verificação do calendário de vacinação.

“Pré-natal, pra mim, é tirar dúvidas sobre uma gravidez, pra gente saber como que tá a saúde da pessoa e do bebê, tem que fazer do começo até o final da gravidez, sem prejudicar nada, fazendo direitinho”;

“A gente tem que ir ao médico para ter os filhos saudáveis, no posto tem programa para tudo, como vai evitar, como vai ter filho, é só a gente seguir direitinho que dá tudo certo”;

“Ter filhos faz parte da mulher, precisamos saber como cuidar dele desde que ele tá na barriga”.

Segundo Marcello (2009) na medida em que agregam instâncias de saber e de poder, estas linhas são aquelas que mais nos “dirão” sobre a criação, a produção e a disposição estratégica de práticas discursivas no dispositivo da maternidade. Concordando com Foucault (1999), afirmamos que esses regimes articulam poder de nomear, de mostrar e de ser o lugar de sentido e de verdade.

O controle da reprodução, base da medicalização do corpo feminino, compreende uma forma de controle social, por meio do qual padrões de comportamento são pré definidos. A gravidez e maternidade como algo inerente à natureza feminina, requeridas à constituição da identidade feminina. Embora essa naturalização esteja presente, em grupos sociais mais

abastados economicamente, a maternidade pode ser programada e dotada de recursos tecnológicos específicos para este fim (COSTA *et al*, 2003).

Conforme dito anteriormente as próprias orientações do Ministério da Saúde – MS, envolvem a consulta baseada em exame físico direcionado ao estado atual da gestação e prognóstico, os profissionais acabam por não abrir espaço para que a gestante possa esclarecer suas dúvidas. As falas acima trazem a ideia da naturalização da maternidade como inerente à mulher e da preocupação em seguir a prescrição médica para a produção de bebês saudáveis. No decorrer das oficinas pude perceber o fato de os tópicos abordados no pré-natal nem sempre serem aqueles que causam angústias às gestantes, ou que elas gostariam de saber.

As tecnologias de controle da conduta a partir do discurso biomédico está presente nas falas das participantes. Contudo, saberes recebidos entre mulheres que já vivenciaram esse processo, estão muito integrados a este processo, ainda com o acesso a informações na internet, muitas dessas mulheres buscam orientações além dos profissionais que a assistem.

“Na verdade dá até medo de perguntar algumas coisas, porque o médico às vezes briga com a gente porque tá fazendo tudo errado, então acho melhor perguntar para minha mãe que já criou vários filhos”;

“Falam coisas que eu nem tinha pensado, aí minhas dúvidas acabam ficando para depois, mas procuro muito na internet”;

“Minha sogra me ajuda muito, explica como tem que cuidar e dar banho nos meus filhos até eu sair da quarentena”;

“A gente ouve muito falar de mulher que não se cuida depois o bebe nasce tudo cheio de coisa, tem que fazer sim, porque ai nasce um bebê saudável”

“Tem sites muitos bons sobre gravidez, dá pra saber bastante coisa lá, aí a gente só pergunta pro médico dos exames mesmo”;

“Pergunto tudo para gravidez ser tranquila, mulher que não se cuida pode até ter uma gravidez ruim, fazer mal para o bebê”;

“Tenho medo de fazer errado e meu filho nascer com alguma doença, mesmo que não saiba tudo, procuro ler as coisas, perguntar para gente mais velha”;

“Faço tudo que o médico fala, sigo certinho porque meu filho é a coisa mais importante agora e se eu não tiver bem, como vou gerar uma criança?”.

A questão do cuidado parece pertinente de ser pontuada, já que muitas gestantes afirmam não saber se cuidar, o que implica um risco para a gravidez e mesmo para o bebê. Contudo, nesse aspecto, a própria gravidez ainda aparece, a partir da maternidade, muito próximo de uma doença. Ou seja, como se a fase gestacional representasse uma fase de fragilidade ou suscetibilidade à doença, as mesmas referem que se não realizarem o acompanhamento com o profissional poderiam desenvolver doenças ou fazer nascer uma criança doente. Medeiros (2008) afirma que essas tecnologias políticas investem sobre o corpo, a saúde, as formas de viver, de morar, as condições de vida, todo o espaço de existência. Há necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida. E a saúde será uma estratégia da norma. O discurso médico dirigido à mãe abre a possibilidade de gerar intervenção social. Na medida, porém, que as responsabilidades aumentaram, cresceu também a valorização do devotamento e do sacrifício feminino em prol dos filhos e da família, que novamente surgiram no discurso médico e filosófico como inerentes à natureza da mulher (MOURA, 2003).

O pré-natal é referido para acompanhamento da gravidez, sendo oportuno tomar algumas medidas em casos nos quais houver alterações na saúde, porém fazer o pré-natal não isenta as chances de a criança ter patologias ou más formações não tratáveis intra-útero. Muitas gestantes consideram que o acompanhamento, embora ainda não seja como desejavam, tiram a existência de doença física, trazendo a ideia posterior de um “tratamento curativo” para a gestação. Por outro lado, essas mulheres também revelam buscar outros conhecimentos que envolvem tanto a rede familiar e de amigos e a própria internet.

“Agora já aprendi, se eu tenho dúvida corro para a internet e olho nos sites, esses sites de bebê tem tudo e as mães também colocam lá sobre as experiências que elas tiveram, mesmo a distância a gente se ajuda;

“Teve aquela reportagem do Fantástico também, sobre gravidez, já vi tudo na internet, é muito bom para gente ver essas coisas”;

“Eu leio muito, mas às vezes fico com medo de fazer o que as grávidas põem nos comentários, meu marido não gosta, ele fala quem tem que saber é o médico”;

“Tem mesmo, desde como é que gera até quando ele nasce, a gente digita lá e sai vários sites para grávidas”.

Nas falas acima caracterizam como os discursos midiáticos e médicos criam formas de confrontação à partir de diferentes regimes de verdade. Nossas práticas discursivas sobre maternidade são aprendidas nas formações como profissionais, estas que ainda vem filiada muitas vezes a uma medicina curativa e onde os profissionais são vistos como os detentores do conhecimento, não permitindo espaço para o paciente em questão. Ao mesmo tempo, as frases das mulheres acima, demonstram o movimento por busca de informações para além da consulta médica, o que se apresentou como postura adotada por muitas gestantes, que buscam sites sobre maternidade, além de trocas de experiências na rede familiar e de amizade. Essas estratégias de biopoder tornam-se possíveis articulando não apenas na forma como os atendimentos são realizados a este indivíduo, mas também no coletivo, nas instituições hospitalares e de ensino se articulando neste processo. Afirma Medeiros (2008), ao referir que estamos cada vez menos em um meio fechado. Não são mais programas, e sim políticas de educação permanente. Entramos em uma formação contínua, de um controle contínuo se exercendo sobre operário/aluno, executivo/universitário e, acrescentaríamos, paciente/cidadão(ã).

“Quando vou na consulta quero saber tudo, quando saio de lá já vejo as receitas e os próximos exames, porque se ele pediu sei que é importante e vai que ele briga se eu não me cuidar direito”;

“Eu já tomei uma ‘chamada’ no começo, porque eu fumava, aí o médico disse: ‘Você quer que essa bebê seja má formada? Então pare de fumar! Saí de lá chorando porque depende de mim para ela ter saúde’”;

“A mãe nasceu para gerar, precisa se cuidar mesmo no momento mais importante da sua vida”;

“Acho o Dr. muito legal, ele me escuta e explica direitinho o que é para fazer, aí fica fácil e só se cuidar que tudo vai dar certo”.

Devemos destacar que há uma referência positiva sobre o profissional que realiza uma escuta desta paciente, fazendo com que essa mulher se sinta mais segura e pró-ativa a realizar os cuidados orientados. Na fala desta gestante percebemos essa confiança que deposita no profissional que a assiste, destacando positivamente sua conduta. Porém, produzimos um conhecimento e comportamento aprendido, tal situação está implícita na fala dessas mulheres ao afirmar que precisa fazer o que o profissional designou. Evidencia-se, portanto, uma

prescrição de um modelo de comportamento que se espera desta mulher, o que, de certa forma, gera nelas um medo de que os médicos “briguem” com elas, o que nos leva também a pensar que a figura do médico produz uma sensação não apenas de esclarecimento e de cuidado, mas também, paradoxalmente, de ameaça e vigilância. Dessa forma, o biopoder configurado em uma sociedade capitalista tem no biológico, no somático, no corporal, na mecânica desse corpo, seu foco de investimento (MEDEIROS, 2008).

Além disso, no que se refere à questão do cuidado, este aparece como um exercício que a mulher deve fazer sobre si mesma, gerenciando de acordo com o que foi proposto (ou imposto) pelo profissional que a atende. Nessa perspectiva a forma com que se articulam a saúde e os modos de cuidado de si, da população, mas a partir de um si mesmo. É forjada, desse modo, uma lógica de responsabilidade social, uma inversão da população para o indivíduo, um deslocamento, porque não é cuidar da população a partir dos indivíduos que a compõem, mas cada um cuidar de si para ter um mundo melhor (MEDEIROS, 2008). Essas novas formas de exercício de poder e controle sobre a população, foram utilizadas pelo emprego de estratégias disciplinares que favoreceram a emergência do movimento higienista, já descrito anteriormente, cuja influência se exerceu através da normatização das relações e do controle disciplinar dos corpos (MOURA, 2003).

4.4 A atividade sexual e o controle do corpo

O corpo para Foucault (1979) é o local de incidência do poder, local onde as resistências acontecem, onde o desejo é subjugado, onde a vontade de poder se inscreve profundamente, como já mencionado anteriormente. E em um jogo interativo entre duas instâncias normalizadoras – disciplina e biopolítica – ocorre a regulação das massas populacionais e a disciplina do corpo, em sua unidade fisiológica. Através da unidade corporal, os “casos” expressos em relatórios e prontuários, agenciam os meios para o exame das aptidões e reconhecimento de si na sociedade (FOUCAULT, 1979).

Nas falas destas mulheres, há questões que associam a gravidez tanto aos aspectos morais (“fazer besteira” em uma idade inadequada) como religiosos (o bebê como “presente de Deus”), colocando a questão sexual quase como um ato abstrato ou proibido. Por outro lado, a sexualidade se tornou uma das dúvidas mais frequentes no que se referia às questões que elas gostariam de discutir nas oficinas. Nessas falas percebo que o desempenho da figura materna é bastante valorizado pelas entrevistadas. A maternidade mostra-se importante na

constituição de uma certa “identidade social da mulher”, no cuidado com os filhos e com a casa e na família, mas que também implicam em uma invenção de uma subjetividade como “cuidadora”, que inclusive se vê, pelos filhos que têm, “bênçãos” divinas. Um estudo realizado por Moura (2003) demonstrou que o apelo à religião surge assim como a estratégia fundamental empregada pelas mulheres para encontrar amparo emocional diante das dificuldades da vida. Os valores religiosos, de origem predominantemente cristã constituam-se também num importante elemento para a educação dos filhos. A articulação entre a pastoral cristã e a tecnologia disciplinar estaria presente, segundo Caponi (2000), em várias outras instituições, inclusive na família moderna, que seria um agente privilegiado de medicalização.

A maioria das mulheres participantes, ainda que apresente a questão da relação sexual na gravidez como importante para discutir, demonstra inibição ao iniciar a conversa. Muitas gestantes parecem sentir culpa ao referir libido durante a gestação, e mesmo uma preocupação com a saúde do feto devido às relações e até mesmo questões de cunho moral e religiosa, em alguns casos chegando a pedir uma aprovação do profissional de saúde para a prática sexual. Outras ainda atrelam o ato sexual como uma função de suas atribuições de mulher casada para agradar o companheiro.

“Não machuca, então pode fazer, né?”;

“O marido quer né, aí tem que fazer, mas não acho muito certo”;

“Meu marido não procura, respeita essa fase de grávida”;

“Desde que não faz nada de mal para o bebê não tem problema, a gente não pode esquecer que é mulher casada também, ne?”;

“Meu médico disse que não tem problema, aí ficamos mais tranquilos, e me sinto bem quando faço sexo”;

“Ai, a gente falando dessas coisas ao invés de pensar no bebê né, isso não é muito certo”;

“Desde que descobri que estava grávida, não me sentia bem para ter relação, acho que é coisa da cabeça mesmo, porque mulher grávida pensando em sexo...”;

“Agora não faço nada, desse jeito que eu tô, não dá”;

“Agora na modernidade é normal fazer quando tá grávida”

“Deve ser até pecado, vai machucando o bebê”;

“Ultimamente só penso no meu filho, nem fico pensando nessas coisas”;

“A gente ouve tanta coisa né, fico com medo de machucar o bebê quando a barriga tá muito grande é ruim também, meu marido insistiu tanto que ele foi na consulta para perguntar para médica se podia fazer”;

“Quando a barriga ficou grande ela ficava dura na hora, tive medo, tomei coragem de perguntar, ai o médico disse que era normal, agora faço numa boa”;

“Eu até gosto, mas estando assim, me sinto feia para isso, gordona, mas mulher tem que cuidar do marido, ele também entende que isso é da gravidez”;

“Meu marido quer não, depois que a barriga cresceu ele mesmo fala que é melhor respeitar essa fase”;

“Sei lá, criança é uma benção de Deus nas nossas vidas, e misturar com isso de sexo parece tão mundano, não sei, tenho uma certa resistência em fazer”.

Temos um quadro de diferentes visões: há mulheres que admitem sentir prazer e querer ter vida sexual ativa neste período, causando espanto naquelas que não consideram isso adequado. O receio, contudo, na minha análise está muito mais atrelado a questões morais e religiosas do que realmente às questões físicas. A necessidade de aprovação do profissional também se interpela, pois se preocupam que o profissional aprove a conduta para que possam realizar o ato sexual, mesmo sem restrições de gestação de risco.

Nesse sentido, desde a produção alimentícia aos cuidados médicos e sanitários – passando pela sexualidade –, o corpo é o objeto da preocupação social e da política em relação ao uso e controle das suas energias (FOUCAULT, 2008a). Supõe um sujeito culpado, pecador, que deve desconfiar de si mesmo e identificar os erros e desvios de caráter, sobretudo em seu comportamento sexual, tendo em vista a correção; isto é, a adequação às normas instituídas e ao regime de verdade predominante (SOUZA; SABATINE; MAGALHÃES, 2011).

Estes discursos acima, me remetem a pensar nas ideias de Foucault (1988) no que diz respeito ao fato de que foi o próprio poder que incitou essa proliferação de discursos, através da igreja, da escola, da família, da prática médica. Essas instituições não visavam proibir ou reduzir a prática sexual estritamente, mas sim, visavam o controle do sujeito e da população. Onde se deve falar de sexo, mas não apenas como uma coisa que possa ser tolerada, mas gerida e inserida para o bem de todos, dominar o sexo, mas não pela proibição, e sim por meio de discursos úteis, visando fortalecer e aumentar a potência do Estado como um todo: “A

necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição” (FOUCAULT, 1988, p. 31).

O ato sexual em si, surge como algo que necessita da aprovação relacionada à moralidade, ou à saúde da criança no qual a mãe é a responsável, até mesmo uma aprovação do profissional de saúde, onde se ele aprovar se tece um novo olhar como se não fosse “errado”. Aqui destacamos também a questão da obrigatoriedade dessas gestantes em cumprirem “funções” como esposa, muitas delas afirmam essa preocupação como se houvesse uma separação entre os lados maternos e de esposa e que não querem deixar de atender ambos.

Através da economia política da população forma-se toda uma teia de observações sobre o sexo. Surge a análise das condutas sexuais, de suas determinações e efeitos, nos limites entre o biológico e o econômico. Aparecem também as campanhas sistemáticas que, à margem dos meios tradicionais – exortações morais e religiosas, medidas fiscais – tentam fazer do comportamento sexual dos casais uma conduta econômica e política deliberada. Os racismos dos séculos XIX e XX encontrarão nelas alguns de seus pontos de fixação. Que o Estado saiba o que se passa com o sexo dos cidadãos e o uso que dele fazem e, também, que cada um seja capaz de controlar sua prática. Entre o Estado e o indivíduo o sexo tornou-se objeto de disputa pública; toda uma teia de saberes, de análise e de injunções o investiram (FOUCAULT, 1988, p. 33).

A posição política da gestante na nossa sociedade atual é bastante interessante: sujeito que responde por suas questões singulares, mas que deve ser aprendiz e disciplinada ao que vem a ser essa função de “mãe”. Sujeito, ainda, que indica um limiar entre o corpo individual e a reprodução da espécie humana, função esta a qual se atribui o encargo de controlar também os índices populacionais a ela vinculados: taxas de natalidade, de mortalidade, de nutrição ou de desnutrição, de aleitamento, etc.

A recomendação para o processo de aprendizagem do cuidado está colocada, (BRASIL, 2005) no que diz respeito à política pública que cita as gestantes enquanto grupo que constitui o foco principal do processo de aprendizagem, porém não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens, adultos e adolescentes, discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva. Isto é, implica em um cuidado que se desdobra na própria população (BRASIL, 2005).

Além da questão do saber do profissional da saúde quanto ao exercício sexual da gestante, percebemos nas falas também uma questão moral que exige um comportamento

definido nessa fase. As mulheres relacionam ainda aos pensamentos religiosos sobre aprovação divina ou não para o ato sexual durante a gravidez. Esse comportamento esperado me remete às ideias de Foucault (1988) no que se refere a algo que se deve falar, mas não apenas como uma coisa a ser tolerada, mas a ser gerida e inserida para o bem de todos, fazê-lo funcionar. “O sexo não se julga apenas, mas administra-se” (FOUCAULT, 1988, p. 27).

4.5 O aleitamento materno: “Somos apenas mamíferos”

A amamentação, além de biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de crenças, valores e contingências que resultam das condições concretas de vida (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Desde a secular figura da ama-de-leite até a emblemática vanguarda científica construída pelo *marketing* dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se circunscrevem exclusivamente às questões ligadas à saúde, denotando, em muitas situações, interesses relacionados à modulação de comportamento social e à oportunidade de auferir lucros de toda espécie (ALMEIDA, 1999). O modo de produção das subjetividades contemporâneas aposta na adequação aos modelos de expressão corporal, e vincula as promessas de liberdade e prazer nas verdades agenciadoras de desejos, submetendo o corpo aos parâmetros que engendram o sentimento de realização pessoal úteis aos dispositivos de poder (FOUCAULT, 1988).

Durante a segunda oficina, surgem muitas dúvidas relacionadas a questões técnicas como “a pega do bebê” e “o mito do leite fraco”. Na ocasião, faço um apanhado geral sobre o leite materno, e mesmo apresento uma base mínima para explicar os fatores biológicos necessários para compreensão inicial do processo da gravidez no corpo. Durante as falas das mulheres, percebo a influência da avó do bebê de forma muito evidente e também da experiência anterior no caso das mulheres que já amamentaram.

“Nossa passei tanto apuro, chorava muito porque o leite não saia até que minha mãe chegou de viagem para me cuidar e foi me ensinando”;

“Ninguém explica pra nós que tem jeito de colocar o neném, só falam tem que dar mama, se me ensinassem igual, agora ia ser bem mais fácil”;

“Eu não tive leite no primeiro filho, ele era fraquinho ficava doente sempre, orei muito a Deus para me ajudar que no segundo tivesse leite”.

Algumas também apontam a necessidade de conseguir amamentar, não pelo apelo nutricional da criança ou apenas pelas vantagens para saúde do binômio “mãe e filho”, mas à repercussão social e à própria cobrança que lhe recai a partir desse ato. O sucesso ou fracasso como mãe está muito ligado à condição de conseguir amamentar e o mito do amor materno se torna claro nas falas destas mães:

“Temos que saber, porque é muito importante para o neném crescer forte”;

“Tenho medo de não conseguir, eu quero ser uma boa mãe”;

“Toda mãe tem que cuidar do filho e dando leite ele vai ficar forte e saudável, toda mulher precisa dar de mamar”;

“É bom a gente perguntar tudo né, porque no hospital o médico cobra, a enfermeira cobra, depois os agentes comunitários vão em casa e cobram”;

“Preciso conseguir, no primeiro filho o pediatra brigou comigo quando falei que estava dando leite em pó, perguntou se queria que ele ficasse doente”;

“Amamentei dois já, mas sempre dizem que filho é tudo diferente, agora tenho mais idade também, espero que seja tranquilo”;

“Passei por dias muito difíceis... eu não conseguia dar o peito e doía muito, me deu até febre, mas enfermeira e a fono falavam que tinha que dar. Até que inflamou”;

Essas falas me fazem refletir sobre a culpabilização da mulher. Ela se sente responsável diretamente em conseguir ou não amamentar e, mais que isso, a amamentação torna-se um dispositivo de (auto) avaliação como “boa mãe” perante si mesma, à sua família e à sociedade, designando-a como aquela que consegue prover o alimento do próprio filho. E especialmente as que tiveram dificuldades também se demonstravam amorosas e preocupadas, essas mulheres querem ser o modelo de mãe descrito e prescrito anteriormente. A estratégia biopolítica de dominação, mantida por meio da medicalização, surge nas práticas e dos discursos das pessoas, sobretudo das mulheres. Da mesma forma que o processo de naturalização “empurra” as mulheres para a maternidade, como condição e identidade natural (COSTA *et al*, 2006). Desse modo, focos locais de poder e saber veiculam formas de sujeição e esquemas de conhecimento, relações entre saúde e família, cidadania e práticas de liberdade.

MEDEIROS (2008). O que nos leva novamente a questão da medicalização da família e as formas de discipliná-los.

“Se a gente consegue logo, vai ter alta mais rápido, e fica mais tranquilo também, o perigo é rachar todo o peito... aí para melhorar é difícil”;

“Quando decidi ter filho já sabia que iria dar o peito, é natural né, mas ninguém disse que tinha técnica para isso... jeito certo de pôr o bebê e tudo”;

“Mas mulher é assim, desde criança a gente dá a mama para boneca...”;

“Amo meu filho e farei tudo por ele, dar peito é amar seu filho”;

“Faz parte da mãe dar a mama, cuidar direito do bebê, mas tem mulher que nem merecia ter filhos”;

“Quando fui para maternidade deixei a mulher do lado dar leite para ele, porque chorava muito, ai ele mamou e ficou quietinho, mas foi escondido porque se não eles iam brigar com a gente”.

Os profissionais também parecem distantes, pois muitas afirmam que seguem as orientações recebidas, mas como não se estabelece um vínculo de acolhimento (e sim muitas vezes de julgamento entre aprovação ou advertência), não recorrem a eles quando não conseguem realizar os cuidados ensinados. Esse discurso de naturalização sobre a mulher-mãe reflete as tecnologias de controle

Com esse pano de fundo, as ações propugnadas se orientam, invariavelmente, para informar a mulher sobre as vantagens em ofertar o seio a seu filho e por responsabilizá-la pelos resultados futuros, decorrentes do sucesso ou do fracasso (ALMEIDA, 1999). Assim, o que se cria não é uma estratégia para acolher essa mulher, mas há uma lógica de informar sobre o aleitamento para responsabilizá-la, o que faz com que em caso de não conseguir realizá-lo, sinta-se culpada. Tal prática procura disciplinar o comportamento da mulher em favor da amamentação, imputando-lhe culpa pelo desmame precoce, que é associado de forma direta a agravos para a saúde de seu filho (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Pois a responsabilidade é daqueles que são responsáveis por uma família e seus membros deslocando a centralidade do Estado para uma centralidade no indivíduo, o biopoder não vai estar mais ligado ao controle da vida, mas como vida (MEDEIROS, 2008). Embora o foco das falas seja a mãe nutriz e seu filho, a figura familiar aparece entrelaçada ao contexto

de comportamento sobre amamentação e também ao cuidado com a saúde da criança. Isto pode ser visibilizado nas falas a seguir:

“Lá na maternidade explicaram bastante coisa para minha mãe que estava me acompanhando, foi bom, porque as coisas mudam bastante e avós sempre querem fazer do jeito delas, assim ela vai me ajudar bastante”;

“Logo que descobri que estava grávida fomos na consulta, o médico falou para ele (marido) que a gravidez era nossa e ele tinha que cuidar de mim e do bebê”;

“Até li uma reportagem sobre o papel do pai na amamentação, mas é verdade se eles não ajudarem a gente, não entender, logo a gente acaba usando o NAN (leite em pó modificado), porque é muita coisa ao mesmo tempo”;

“E tem mais vantagens também, a enfermeira explicou que além de alimentar mais, tá pronto e só tirar o peito e dar, na mamadeira tem que preparar e gasta muito com o NAN, aí com duas crianças fica meio caro né”;

“Na minha época tinha o programa do leite, a gente ganhava leite em pó e óleo para criança que não tivesse crescendo... mas nesse bebê estou me preparando para dar mama e ele ganhar peso certinho, ter saúde”;

“Até na minha igreja a enfermeira do posto já foi dar palestra sobre saúde da mulher, aí como tinha grávidas ela falou um pouco sobre a importância do leite para criança e até para saúde da mulher”;

“Hoje acho que temos mais apoio, o agente de saúde vai em casa, pergunta se estou fazendo o pré-natal, disse que quando nascer, a enfermeira vai lá em casa para saber como nós estamos e se vou tá conseguindo dar mama para o neném”.

A influência de variáveis sociais, econômicas e educacionais sobre o tempo de amamentação e seu impacto sobre os índices de desnutrição e mortalidade infantil é reportado nos manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Percebemos nas falas dessas mulheres essa abordagem sobre custo, sobre acompanhar dentro de uma determinada população para que seja efetivamente executado visando à redução destes itens, como é a proposta do Programa de Saúde da Família – PSF. Dentro da saúde da mulher e da saúde da criança, a amamentação constitui um dos focos fundamentais do cuidado que demandam a integração da mulher, da família, e do Estado. As famílias possuem peculiaridades tanto culturais, religiosas e sociais que necessitam ser consideradas ao abordar esse tema, conforme as recomendações

do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) é preciso considerar esses fatores para convencer a mãe da importância da amamentação. Embora esteja, a amamentação, relacionada ao cuidado nomeadamente familiar, outras dimensões como a comunitária, religiosa e estatal requerem atenção das políticas públicas no sentido de buscar abranger essas dimensões ao falar em mãe que amamenta seu filho.

A elevada eficácia e custo reduzido está presente nos discursos sobre o aleitamento materno. Porém, o ato de amamentar está longe de ser um processo simples ou puramente biológico, pois em muitos casos representa mais um desafio a requerer adaptações diversas à mulher e sua família, desde a autoimagem que veremos mais a frente, a recuperação que requer lidar com dores, líquidos na recuperação corporal que normalmente não são abordados e ocorrem no período pós-parto; período este que além de muitas mudanças físicas e psicológicas requer que ela cuide de si e da criança, muitas vezes gerando insegurança.

Constata-se que a alimentação do lactente está envolta em questões que não se referem de modo exclusivo à saúde, denotando, em muitas situações, interesses relacionados à modulação de comportamento social e à economia (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Sobre essa relação de saber-poder, Medeiros (2008) afirma que as políticas públicas em saúde para a mulher, sobre os discursos que a tornam um objeto de saber-poder, não consiste em perguntar somente o que a ciência (preferencialmente, a Medicina) diz sobre saúde, e sim o que se diz organizar essa multiplicidade, descrevendo como se articulam esses diferentes campos econômicos, políticos. Quero dizer que não se trata só a ciência, mas da política (feminismo) e da economia (capitalismo) também, no sentido de articulá-las e não de unificá-las.

Percebemos embutidos nas falas que muitas vezes os profissionais visam auxiliá-las, mas impõe a prática de amamentar como o comportamento que deve ser seguido.

“Eu penso: preciso fazer isso, cuidar da saúde do meu filho acima de tudo, e mesmo que o peito rache ou caia um pouco depois, é o melhor para nós. Então estou tranquila porque minha médica ajuda muito e disse que o pessoal do banco de leite também vai me ensinar”;

“A enfermagem da maternidade lida com isso todo dia, sabem mostrar para gente como fazer certo e cuidar de nós e da criança, bom saber que dá para contar com alguém além da mãe da gente”.

Embora muitas vezes a fala do profissional indique uma imposição, a fala das mulheres aponta para a necessidade de serem cuidadas, tanto pelos profissionais que assistem no pós-parto como as mães ou sogras que a acompanham. O processo de amamentar, como já dito anteriormente, está sob inúmeras influências, seja para adesão ou para o desmame. Nas falas das mulheres e na minha experiência profissional percebo que cada mãe possui necessidades diferentes, embora sejam mulheres com filhos para amamentar, requerem abordagens e possuem inseguranças distintas. A mulher que passa por esse processo traz consigo muito das suas experiências de vida prévias como mãe ou não, suas inseguranças, situações vividas anteriormente para suas atitudes frente à situação que irão ocorrer no processo de amamentar. Tal situação me faz refletir sobre a criação de protocolos e acerca da dificuldade de como atingir uma assistência interdisciplinar e intersetorial para pessoas diferentes realizarem exatamente o mesmo cuidado.

Todos os aspectos que intervém na amamentação são sintetizados nas justificativas dadas por elas para aderir ou não aleitamento. Trata-se de um sistema de valores e crenças, que afeta e influencia as práticas de cuidado, transformando e modificando-se em como elas interagem com a criança a família e com a condução do cuidado. É nessa dinâmica complexa que se situam os discursos gerados sobre a amamentação, o cuidado e os processos de desenvolvimento da família, especialmente da mãe-bebê.

Retomamos aqui as técnicas destinadas a dirigir as condutas no que se refere à saúde, formas como construímos relações de saber-poder e saúde, o controle das populações e a saúde não apenas de forma individual, mas que terá reflexos no coletivo. Medeiros (2008) apoiado nos pensamentos de foucaultianos, refere sobre os jogos de verdade, os quais se referem ao conjunto de regras de produção da verdade, que sustenta uma determinada forma de dominação. São discursos que constituem um determinado campo e reforçam em uma relação permanente de forma (enunciado) e força (poder). Entendendo-se que a verdade é produzida, cada época determina o que pode ser dito e pensado a partir dos “jogos de verdade”.

4.5.1 Não me julgue; me ajude! – Apoio profissional a lactante

Diante das falas relatadas pelas mulheres que já vivenciaram o processo de amamentar, surge uma insegurança quando se trata de conseguir realizar a amamentação. As

mulheres querem ser o modelo de mãe que já fora condicionado e não atingir esse modelo causa insegurança. Relatam também em suas falas como a primeira experiência com os profissionais de saúde ainda traz relações para a postura que pensam em adotar. As experiências negativas ou mesmo que não atingem o esperado para o momento causa insegurança.

“Eu quero amamentar, mas sem dúvida, preciso de ajuda. Todo mundo pensa que está pronta, mas depois do parto dá medo, acho que não consigo sozinha”;

“Ninguém pergunta se quer dar o peito. Chegam e põe ele para mamar. Me senti meio assim, nunca tinha ficado sem roupa na frente de estranhos, aí de repente tem gente colocando a mão em mim, eu de peito de fora”;

“Fui bem atendida, pessoal da enfermagem eram atenciosas, me ajudaram, até meu marido aprendeu a dar banho. Tinha medo de não conseguir fazer nada e elas brigarem”;

“Acaba a privacidade, as enfermeiras entram, pegam no peito, o médico faz toque, para eles é normal, mas para gente é estranho. É preciso para aprender a fazer certo pelo bebê”;

“Quero fazer o melhor para o neném, mas faz mais de cinco anos que não dou mama, preciso de ajuda, se não, corro para mamadeira mesmo, melhor que ele passar fome”;

“Eu não queria dar mama no meu primeiro, tive filho cedo, não entendia que era importante. No hospital não podia mamadeira, a fono e a enfermeira brigaram comigo para que eu desse peito, falavam que precisava ser uma boa mãe. Nesse eu quero amamentar, mas to com medo de como será”;

“Eu me esforcei, meu peito rachou tudo de tanto tentar, até me falaram: você não quer ver seu bebê com saúde? Porque minha mãe pediu a receita do leite em pó para pediatra”.

Tais olhares expressos nessas falas permitem observar a gestação, o parto e o nascimento como “funções reprodutivas do mamífero imbuídas de questões culturais” (PEREIRA, 2005, p. 172), que de certa forma reduzem o momento da maternidade à sua função como agente de reprodução e de cuidado da espécie (PEREIRA, 2005). A maioria das mães demonstra claramente vontade de amamentar, porém vale nos questionarmos se essa

“vontade” não é efeito do discurso, até porque nas falas anteriores descrevem que “querem ser boas mães” como seu sucesso como mãe também estivesse ligado ao ato de amamentar esta criança. Mesmo as mulheres que já vivenciaram o processo de gestar demonstram insegurança em fazê-lo, alegando que “*cada filho é diferente*”. E o medo de ser rotulada como uma “mãe ruim” ou, ainda, de não seguir as normas impostas pelos profissionais:

“É assim, todo mundo fala para dar mamazinho, mas ninguém explica direito como que faz, só fui conseguir no segundo filho”;

“Sabe, eu quero fazer tudo certinho, para dar certo para mim e o bebê, e não ter problemas lá na maternidade, agora só dão alta quando consegue mamar”;

“Lá no dia que o bebê nascer vai ter gente para ajudar a gente ne?”;

As falas nos trazem um pouco do discurso que contribuem para a produção da conduta correta e da contenção da multiplicidade de vivências para termos um modelo pronto e correto de execução. Percebo a preocupação delas com a saúde da criança e é explícito nas falas sobre a obrigatoriedade de conseguir amamentar, destacando como uma prática condicionada a fatores biológicos, mas que acarreta também em uma angústia temente a um julgamento moral por parte das demais pessoas.

“A natureza é perfeita, a gente precisa ficar relaxada que vai dar certo”;

“O meu outro filho não dei peito, cada vez que ia no pediatra ele falava que era para eu só pôr no peito”;

“Se soubesse de tudo isso que a senhora falou agora, não tinha chorado tanto”;

“Somos mamíferos, então vamos conseguir dar mama, é natural ne? A natureza é sabia”;

“A nutricionista mostrou a figura que produz leite dentro do peito e falou que se a gente quer emagrecer depois da gravidez tem que dar peito”.

“Na maternidade só vão para casa quando conseguir dar mama, tinha medo de ficar no hospital porque tinha outro filho em casa”.

As ações caracterizam-se pela verticalidade das construções e seguem a lógica que reduz a prática da amamentação a um atributo natural, comum a todas as espécies de mamíferos, simbolicamente traduzida em *slogans* do tipo “amamentar é um ato natural,

instintivo, biológico e próprio da espécie” (ALMEIDA; NOVAK, 2004, p. 120). E essa é uma das questões cruciais nas políticas de aleitamento: amamentar não é um ato natural, mas que deve ser minuciosamente ensinado, conferido, acompanhado, controlado. Nesse tortuoso processo de adequação às exigências disciplinares para a boa condução da vida, as mães que não se submetem ou simplesmente têm dificuldades, são atribuídas os estigmas que as tornam alvos de vários processos de patologização e de discriminação (SOUZA; SABATINE; MAGALHÃES, 2011).

Há, também, uma crítica às mães que não amamentam, a qual pode estar relacionada com o que estamos vivendo, nas duas últimas décadas, em relação ao aleitamento materno, ancorado em valores sociais (JAVORSKI *et al*, 2004). Cabe deixar claro que não defendo um posicionamento contrário à amamentação ou ao aleitamento materno, mas entendo que a maior parte dessas mães nos indica que os profissionais de saúde muitas vezes são os primeiros a colaborarem na avaliação social (e moral) que recai sobre a mãe que não pode/consegue/quer amamentar a partir de um discurso que a coloca associada a “não ser uma boa mãe”, diretamente articulada ao ato do aleitamento materno. Essa ideia se faz presente também nas falas:

“Acho que eu não me sentia segura de impedir que outras pessoas decidissem por mim... eu me senti muito frágil. Eu esperava o apoio das pessoas e na hora me sentia apenas cobrada”;

“Cheguei a dizer... ‘Gente, eu quero dar o peito, mas está doendo, alguém me ensina então...’”;

“Tinha vergonha de perguntar toda hora, porque pessoal já olha feio... mãe que não sabe dar mama!”;

“Eu era nova, chorava muito... e ninguém disse que doía, aí você tá nervosa e chega alguém cobrando... é difícil”;

“Acho que podia ter essas explicações antes do bebê nascer, porque aí você tá mais calma, só de pensar no parto dá ansiedade, imagina depois”;

O fato de essas mulheres admitirem que tiveram ou sentiram medo do insucesso, leva a uma prática que coage o sujeito a utilizar sobre si mesmo, suas ações, seus pensamentos, seus desejos um discurso verdadeiro, logo terá que mudar a conduta como um ato de obediência e transformação. Conforme Foucault (2005), este ritual nas sociedades ocidentais

constitui um fator de individualização e de obediência dirigida a regrar a conduta num contexto de relações de poder que a governa.

“É barato também, não precisa gastar com NAN, e se der peito a criança não pega doença”;

“Até o médico disse, é prático, não precisa preparar, é limpo e é de graça, tira o peito e o mama tá prontinho para ela”;

“Tive um neném prematuro e gastava muito com remédio e leite, é difícil, ainda tirava leite do peito com a mão para deixar para ele na incubadora”.

Dependendo da realidade econômica a ser considerada, a ambiguidade amamentação/desmame pode traduzir-se além de um embate entre saúde e doença, acarretando também em aspectos econômicos, entendendo-se que esses processos se associam em todos os momentos à diversidade social (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Esse assujeitamento se legitima por uma racionalidade que se associa também à dimensão econômica, ligada à gestão da família, mas que em larga escala se reflete também como exercício de governo da população (SOUZA; SABATINE; MAGALHÃES, 2011). Essas formas de discurso favorece a ordem econômica vigente. A presença de profissionais, veiculando conselhos e favorecem uma abordagem individual para questões que implicam também no coletivo, e econômico e as formas de disciplinar esse cuidado, pois a família tem importância econômica.

“Amamentei meu filho e meu sobrinho, pois minha irmã não tinha leite, é até pecado negar peito para um bebezinho ne?”;

“Mulher que fala que não quer nem tentar, não pode ser mãe, pois o bebê precisa. Mãe ama o filho acima de todas as coisas”;

“Sabe, tem mulher desgarrada que não dá peito porque vai cair, mas agora a gente é mãe tem que pensar nele só”;

“Quando escolhe ter filho já sabe que vai deixar de ter sua vida para viver para ele”.

Para as mães que amamentavam seus filhos sem conflitos aparentes, toda boa mãe tem o dever ou a obrigação de amamentar, e relacionam diretamente o amor materno à prática do

aleitamento. Ao que indica a sua fala, as mães que não amamentam, são, no mínimo, indignas da maternidade (JAVORSKI *et al*, 2004). Essa ideia se reverbera não apenas nas falas das gestantes, mas da sociedade em geral, incluindo o próprio discurso da amamentação e os profissionais da área. Ou seja, percebo em meio à diversidade que envolve esse assunto, que nas falas as mães trazem consigo muito do que é estimulado pelo Ministério da Saúde, no sentido de o aleitamento trazer vantagens para todos, desde a criança quem é o foco da atenção, à família e ao Estado.

Orlandi (1985) já descrevia que apesar de ser aceita a importância da mulher na promoção da amamentação, o campo das políticas nem sempre reflete à ótica da mulher nesse processo. Os seios, por muito tempo, despertaram um interesse político. Mas é preciso lembrar que eles pertencem às mulheres e que elas não são chamadas a opinar e a decidir na política do aleitamento materno desde o século XVIII. Hoje produzimos o argumento de que as mulheres pouco podem decidir ou influenciar na maneira que irão alimentar seus filhos, neste assunto cabe a ela apenas executar a conduta que lhes foi ensinada. Cabe questionar quantos dos profissionais de saúde, dos serviços de saúde e das próprias políticas de apoio estão de fato preparados para ecoar os anseios desses depoimentos (ALMEIDA; NOVAK, 2004) estes que se produzem pelo próprio discurso. Analisando de forma geral as falas geradas durante as oficinas, percebo que estão inseridos em valores sociais e até mesmo religiosos, a exemplo da obrigatoriedade em amamentar como prática para a manutenção de um sujeito saudável e produtivo. Atrelado a isso, o cumprimento de determinados deveres, alicerçados nos modelos de função feminina a desempenhar, de se constituir em um ato instintivo e natural, contribuiu para fomentar a amamentação como tarefa a ser cumprida com prazer, o que muitas vezes traz a elas incômodos que não imaginavam ou sequer admitem para não ferir sua função de excelente mãe. Uma ideia de uma certa renúncia de si está implícita nas falas acima, em que as mulheres ressaltam que passam ou passarão, a partir do nascimento do bebê (e até mesmo antes) a viver para ele.

O acesso maior aos serviços de saúde que temos atualmente favorece também a “educação” para realizarem a amamentação e os cuidados da maneira esperada. Constatase a atribuição de sentidos valorativos por parte destas mulheres aos profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, que atuam diretamente no cuidado da amamentação, sejam no âmbito hospitalar ou na saúde coletiva.

Neste sentido, a “Fantástica Fábrica de Leite” que se produz na prática da amamentação se constitui nos jogos de poder e saber, uma. O conhecimento e aquele que o

veicula podem interferir no estabelecimento de regras e padrões de comportamentos para as mulheres que amamentam, tornando-as, capazes ou sentirem-se incapazes na gestão deste tipo de cuidado. Neste discurso, consideramos que não basta à mulher ter as informações referentes à amamentação, mas sim, estar inserida em um ambiente favorável e poder contar com a ajuda de um profissional habilitado para auxiliá-la durante todo o processo, bem como ter suporte familiar.

Saliento ainda nas falas que os fatores biológicos ainda são o foco principal destacados nas falas dos profissionais, e também nos manuais de recomendação estabelecidos pelas políticas de atenção a mulher.

4.6 “Meu corpo de mulher agora é de grávida”

A principal percepção que tenho das políticas da saúde da mulher e mais especialmente da gestante, é a dissociação, como se o corpo da mulher enquanto grávida deixasse de ser mulher. A condição de grávida, parece não ser vista como condição momentânea – até porque a partir dessa gravidez, ela passará a ser mãe, condição essa que lhe é permanente. Ou seja, a gestação não é entendida como um período, mas o corpo grávido parece que se “congela” na imagem daquilo que a mulher passará a ser para além do parto. Neste discurso, ao que parece, esquece-se que a mulher grávida não deixou de ser mulher com seus medos, desejos, questionamentos, e outras atividades.

Nesse aspecto, muitas gestantes demonstram se incomodar com a nova forma corporal, porém também alegam que há um “ar sublime” na maternidade que justifica essa modificação. Mas logo que a criança nasce, sentem necessidade de, com pressa, voltarem ao corpo inicial. Já que lhes é cobrado essa recuperação de sua forma e sua saúde. Relatos sobre ganho de peso, mudanças corporais e pós-parto se fazem presente nas falas:

“Quanto tempo demora para corpo voltar ao peso normal?”;

“A gente acha que vai sair de lá magra e sem barriga, e se sente feia porque ainda parece grávida”;

“Verdade que peito fica caído depois que amamenta?”;

“No primeiro filho, eu emagreci rápido, meu médico já tinha falado que na próxima consulta eu deveria estar muito mais magra, fui atenta para o consultório”;

“Tenho medo dos peitos caírem, porque a gente quer ser bonita, o marido troca a gente se tiver feia”;

“É difícil, falam que é para comer por dois, ai ficamos gordas e depois que nasce falam que estamos feias”;

“Depois que nasce tem que cuidar o bebê pequenininho, não dá tempo para ficar se cuidando”;

“Mas o médico disse que não era para engordar muito, minha pressão sobe e pode matar eu e o neném”;

“Quero emagrecer logo, mas já estou muito mais gorda que antes, o ruim é assim, quando tá grávida: tá linda, tá grávida! Quando bebê nasce: Credo ela ainda tá gorda, nem parece que já nasceu!”

Destaco aqui a fala dessas mulheres que trazem como referência corporal a imagem das modelos famosas, como em uma das falas sobre a atriz Fernanda Lima, é uma referência para a própria saúde, modelo de corpo que não é o mais comum de uma mulher no pós parto. Veremos posteriormente as citações diretas dessas falas sobre as modelos famosas e a influência que exercem sobre essas mulheres.

O corpo não escapa à história, e nem se constitui apenas em decorrência da lei fisiológica. Cria, pois, resistências em relação às injunções biológicas, culturais ou políticas que definem medidas normais (MAGALHÃES; SABATINE, 2011).

Os mecanismos que impulsionam a adesão aos estilos de vida pautados pelo cuidado corporal e saúde acionam a responsabilidade reflexiva para condução de si. Nesse caso, também chama a atenção não apenas o apelo ao “voltar ao corpo de antes”, ligado à questão da saúde (engordar pode favorecer o aumento da pressão arterial na gravidez), além do chavão de “comer por dois”, mas especialmente a própria posição da mulher como um objeto que deve oferecer satisfação ao homem, “se não o marido troca”. Se por um lado, na lógica apresentada nas falas das mulheres, a maternidade é sublime, pois implica em quase uma renúncia de si e a um voltar-se para o cuidado do outro, por outra perspectiva, precisa estar bela para o marido. Todas essas questões acarretam em alguns aspectos físicos que a gravidez, ao produzir marcas no corpo, pode interferir nisso que é estipulado socialmente como belo. Nesse sentido, nossa sociedade cobra, simultaneamente, da mulher que ela viva a gravidez em sua plenitude, aprenda a ser mãe, a amamentar, a cuidar do bebê adequadamente (cuidar do

filho), e de que mantenha e retorne ao formato do corpo anterior, como se jamais tivesse estado grávida (cuidar do marido). O que está sendo demandado a essa mulher?

Essa questão do parto, quando surgiu na discussão das oficinas, apareceu atrelada à propaganda da mídia:

“Depois que vi que a Gisele (Bündchen) teve na água, eu também queria, mas aqui não tem”;

“Até a Fernanda (Lima) teve gêmeos, então deve ser melhor mesmo, porque elas que são ricas e escolheram ter parto normal”.

Com as falas acima não posso deixar de pensar sobre o uso da ferramenta da mídia no controle das populações, onde se ensina um comportamento aprendido delineando uma forma exata de proceder. Essas mulheres não optam pelo parto normal pelo fato biológico ou porque receberam informações sobre sua vantagem no tipo de gestação que estão passando. Optam pelo parto normal porque se sentem confiantes com a imagem de pessoas famosas, tão familiarizadas que referem apenas pelo primeiro nome, assim, isso tem impacto direto na maneira como agem e pensam.

É interessante pensar sobre a influência que a mídia exerce, também como prática de cuidado à mulher. Mais uma vez, retomamos a ideia de que a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a) não postula uma única via para o exercício de governo, mas justamente a uma diversidade de elementos constitutivos de relações que impactam o sujeito e a população. Ao mesmo tempo, há também uma junção entre os discursos, no caso da atriz citada anteriormente onde Fernanda Lima protagonizou uma das campanhas de aleitamento materno do Ministério da Saúde. Nesse sentido, não é aleatória ou de maneira fortuita a escolha por essas celebridades para estamparem essas campanhas, uma vez que o Estado percebe o impacto que isso gera em termos de efeito social.

Uma busca paradoxal, pois estar grávida permite mudança do corpo, porém com o nascimento da criança precisa retornar aos parâmetros sociais do corpo imediatamente. Muitas até relatam a obrigatoriedade em fazê-lo. Michel Foucault (1979) sublinhou que o corpo é local onde se manifestam os efeitos do poder, mas é também um território para resistí-lo. Suas considerações permitem verificar o modo como as relações de poder moldam e adestram os corpos para o consumo diário no mundo moderno. E em relação à maternidade, isso não é diferente.

Além disso, há ainda muitos saberes não médicos, que exercem influência na forma como esta mulher conduz seu comportamento, ligados ao período pós-parto:

“Fiquei 40 dias sem lavar a cabeça, no segundo filho a enfermeira mandou tomar banho no outro dia... fiquei com medo de abrir os pontos”;

“Quantos dias fica-se menstruada? O cheiro é muito forte e ruim?”;

“Tem que resguardar, você sente a ‘mãe do corpo’ procurando o bebê e lembra que tá de resguardo”;

“Ah, mas grávida é assim né, não tem bonita nem feia, é grávida né?”

“Eu me senti linda, estava gordinha, mas contente”;

“Aí no final incha tudo, nenhuma roupa cabe, mas quando você olha para o neném, vale a pena tudo”;

“Eu me preocupava do meu marido me achar feia”;

“Precisava emagrecer e poder voltar ao trabalho, lá na empresa pessoal já sabe que filhos não podem interferir na nossa vida profissional”;

“Eu queria amamentar por bastante tempo, mas quando voltar a trabalhar vou ter que tirar do peito, é difícil ficar tirando leite para deixar”.

“Me sinto feia, é tipo um estado diferente: Grávida! Mas aquela beleza de mulher mesmo não tem”.

No corpo incidem as estratégias de poder, tornando-o objeto dos investimentos sociais que dão passagem à produção das diferenças, daí as políticas direcionadas as categorias nas quais se divide a população, a esta maneira de governar, que Foucault denominou governamentalidade (FOUCAULT, 2005a). As mulheres grávidas são tratadas – e agora nessas falas torna-se explícito que não apenas pelas próprias políticas de saúde – como corpos “fragmentados”. Tal afirmação pode ser visibilizada, também nos saberes não médicos, que também influenciam sua conduta, como é o caso da quarentena, que no período puerperal não fazem ou comem uma série de alimentos pois acreditam trazer malefícios a saúde, como também à ideia de ‘mãe do corpo’⁶, além do bebê mesmo passar a ser por um período longo uma forma de “anexo” ao seu corpo. Nesse sentido, a governamentalidade (FOUCAULT,

⁶ ‘Mãe do corpo’ é uma expressão, a qual muitas mulheres sentem um movimento de ‘mão’ dentro da barriga, atribuindo a essa mão à procura pelo bebê. Tal fenômeno, se refere às contrações do útero para voltar a sua posição e forma anterior, o que ocorre com maior força nesse período chamado de “resguardo”.

2008b) aqui não concerne apenas àquilo que as diretrizes da saúde indicam, mas às formas pelas quais também outras rationalidades se fazem presentes nos modos de governar essa mulher. Além disso, percebemos, através da valorização de um corpo ideal que reflete os símbolos da saúde, da beleza, da felicidade e da qualidade de vida que em nossa sociedade são atrelados a um modelo físico que faz o espetáculo efêmero, modelo esse que serve também para definir as exigências disciplinares de autocondução cotidiana dentro de parâmetros normativos (SOUZA; SABATINE; MAGALHÃES, 2011).

“Eu me preocupo com a minha aparência, de engordar, das estrias de ficar com essas manchas no rosto”;

“Sei que não é a hora para me preocupar com isso, mas queria sair bonita da maternidade, porque quando o bebê nasce a gente volta a ser mulher e ai tá com cara de grávida ainda”;

“Bom mesmo é ser famoso, que já sai da maternidade com cara de modelo, nem parece que teve filho”.

Observando as falas, percebo uma dicotomia entre ser mãe e ser mulher, como se tratasse de duas situações separadas a essas mulheres. Estão felizes na maioria por gestar, porém ficam inseguras em relação a como a mudança corporal vai impressionar o esposo. Os meios de comunicação expõem corpos magros e sem imperfeições, almejando corpos perfeitos e de modelos e medidas já padronizadas. Algumas gestantes fragilizadas pelo processo gestacional e suas inseguranças, se percebem fora dos padrões de beleza, essa situação ainda se destaca com a influência da mídia que apresenta celebridades que em poucos meses pós-parto exibem corpos enxutos e delineados, como modelos de mães bem-sucedidas, como já apontado anteriormente.

Compreendemos o discurso como um conjunto de enunciados, no caso relacionado a gestação e puerpério a mulher é foco desse discurso, falas não trazem apenas a questão da saúde da mãe, mas também como esta irá cuidar do seu filho e conduzir sua família. As próprias Políticas de atenção já descritas até aqui destacam essa necessidade em exercer o cuidado sobre a mulher pois complicações posteriores gerariam gastos posteriores ao Estado. Esses discursos que a tornam um objeto de saber-poder, envolvido em uma multiplicidade de fatores nos campos da saúde, economia, políticas e sociais.

Ao discutir sobre o retorno puerperal, percebo nas falas o que é demonstrado em várias literaturas, onde temos pouca adesão destas mulheres que neste momento executam o papel de mãe e que logo estarão atribuídas com as atividades relacionadas à saúde da criança, muitas vezes relegada a uma função de “esquecimento de si”. Nas falas abaixo:

“A gente não volta, só vai no médico para levar o bebê no pediatra, né?”;

“Não dá muito tempo, tem a casa, os outros filhos, ... só volta se sentir alguma coisa estranha”;

“Como diria o ditado: ‘Ser mãe é padecer no paraíso’, nós nos preocupamos muito com a casa e os filhos, não dá tempo, vai perguntando para mãe para sogra, se tiver algo diferente, procura o médico de novo”;

“A gente vai perguntando para quem já teve filho, se tiver dor ou algo estranho, vai no médico”;

“Minha médica já falou que é para voltar, e do que adianta um bebê sadio se a mãe tiver doente, não vai poder cuidar dele...”;

“Mas desde que tive outro filho, nunca mais fiz preventivo essas coisas, não dá tempo, é filho, casa, marido para cuidar”.

4.7 A gestante antes cuidada agora é a mãe cuidadora

Como uma das questões colocadas pelas mulheres se referia aos cuidados com o bebê, diversas questões surgiram, desde a pega, como colocado anteriormente, até mesmo à troca de fraldas (inclusive se se pode usar fraldas de pano), e ainda sobre questões relacionadas ao banho e curativo do umbigo. Diante disso, demonstro a técnica do banho, troca de fraldas e curativo do coto em um boneco, e durante o processo, vamos conversando e esclarecendo as dúvidas.

Nas falas das mulheres, veremos logo mais, indicativos que nos refere à mudança de postura em pouco espaço de tempo. Estas gestantes que possuem uma postura mais passiva, assistida pelos profissionais durante o pré-natal, logo após o parto se tornam a cuidadora dela e desta criança, sendo a responsável pelos cuidados e pela saúde de ambos.

“Tenho um pouco de medo, porque quando ele nascer, eu quem vou ter de cuidar dele... e um bebê assim tão pequeno, tenho medo de não conseguir”;

“O difícil é quando nasce, porque é cuidar dos pontos, de nós, dar mamar, cuidar do bebê, da casa, tudo junto. Ninguém mais te cuida, todos só falam no bebê”;

“Eu penso assim, sou menor de idade, de repente sou responsável por mim e por esse neném que nascer... qualquer coisa a gente corre e pergunta para mãe né”;

“Vou anotar tudo, porque quero saber fazer tudo sozinha, parece fácil mas eles são meio molinhos... e eu quem vou cuidar do meu filho”;

“Cuidar do umbigo, dar banho, dar mama, é bastante coisa... precisamos aprender. Até agora fizeram cuidar da gente ... agora e nossa vez”;

“A primeira vez que tive filho, era nova, saí da sala de parto de paciente para mãe que cuida do filho. Aprendi muito com pessoal do hospital e com minha sogra que ajudou os primeiros dias”.

Ainda destaco nas falas acima que a atenção que antes se referia à gestante volta-se para a criança, que passa a ser o foco das atenções. As gestantes indicam essa postura em duas falas: a mãe corajosa que mesmo com dificuldades de cuidar de um RN realiza conforme o esperado e a mulher que está feliz com o nascimento da criança, mas que sente uma lacuna ao referir-se aos cuidados sobre si mesma. Pois a partir do momento em que ocorre o nascimento inicia-se um novo discurso sobre alimentação e cuidados com esta criança. Uma medicalização desta mulher está presente nas falas, onde a mesmas querem realizar o comportamento esperado de ser “uma boa mãe”, isto é uma forma de controlar esse corpo e seu comportamento.

A presença da avó do bebê e conhecimentos populares envolvem plenamente este momento, esse fator “mulheres que cuidam de mulheres” é muito perceptível nas falas. Considerando isso as Políticas recomendam que os profissionais não abordem apenas a gestante mas também a avó e os demais familiares que possam influenciar nesse cuidado, assim torna possível orientar não apenas a mãe mas a família a executar os cuidados aprendidos de forma esperada. As gestantes entendem também que a figura de alguém que já vivenciou o processo de cuidar de uma criança as proporciona conforto e segurança:

“Não precisa pôr faixinha? Mas minha sogra diz que não deixa ficar sem faixa”;

“Eu não passei álcool porque achava que ardia, ele chora”;

“Então pode tocar, lavar mesmo que não machuca?”;

“Quem dá banho e cuida do umbigo é sempre a minha mãe, até cair”;

“Pode lavar a cabeça dele que não machuca as moleiras então?”;

“Eu tenho medo de lavar o neném, vai que ele afoga, prefiro deixar minha mãe lavar até ficar mais durinho”.

Embora o processo seja familiar, ficam delineadas questões culturais relacionadas às atribuições do cuidado, onde novamente a figura da mãe ou da sogra, mas sempre de uma mulher que já teve filho, é evocada e surge como a realizadora desse processo, porém precisa atuar dentro do que se espera dela, assim surgem falas sobre papéis de mãe e pai:

“Meu marido é paizão, ele cuida, dá mamadeira, só não troca”;

“Fralda meu marido também não troca, isso é coisa de mãe, né?”;

“Homem é assim, cuida um pouquinho, brinca, mas a mãe é quem cuida mesmo, troca fralda”;

“Meu marido também ajuda em tudo, cuida de mim e do neném. Até fralda e banho ele faz, meio sem jeito, mas ele faz”;

“É, isso é de mãe mesmo, homem não tem paciência para choro”

“Mulher nasceu para isso né, cuida ama, se tiver que escolher, dá a vida pelo filho, pai não”;

“Eu não tenho paciência de ensinar não, mulher faz essas coisas rápido, eles demoram e ficam cheios de medo”.

Para as tarefas de “gênero”, apreendemos que na construção social dessas mulheres, elas foram orientadas para o desempenho de atividades resguardadas no seio da família, as quais estimulam a obediência, a dependência e a contenção da agressividade, estando condizente ao esperado da figura feminina (NAKANO; MAMED, 1999). Atrelando à maternagem também a um processo natural e inato, e não aprendido e cultural (inclusive a própria ideia de trocar fralda, como se fralda fosse um produto da natureza!). Por outro lado, apesar da frequência, essa ideia não é unânime, já que algumas entendem que o homem também é capaz de cuidar, ainda que não com a mesma capacidade.

A expectativa e o medo são revelados pelas gestantes no processo da maternidade, pois, na revisão anteriormente descrita, sabemos que durante a gestação a mulher sofre alterações comportamentais significativas. Esses sentimentos estão relacionados ao medo de não atender o modelo esperado de mãe. Sentem medo de ser incapazes de enfrentar a nova

situação, que neste caso é a presença de um novo sujeito em sua vida e que, consequentemente dependente de seu amor, afeto, cuidado e demanda ajustamento financeiro, além das mudanças no seu corpo. Moura (2003) afirma que essa naturalização de práticas que são sociais, como o papel da mulher como mãe, amor materno não deixa de ser uma proposta de cuidado com a saúde, entretanto, não encontra sustentação apenas no discurso promulgado pelas autoridades (médicas ou políticas) que o patrocinam. Para realmente ganhar consistência no campo social esta proposta precisa organizar-se através de um conjunto de práticas, discursivas e não discursivas, dotadas de penetração junto aos usuários por articularem-se às configurações que constituem diferentes modalidades de subjetivação.

4.8 As práticas profissionais e os discursos do senso comum

Ao final da segunda oficina, abro para questionamentos aleatórios, dúvidas, etc. Nesse momento, surge o assunto do parto e dos procedimentos de rotina. Muitas gestantes relatam suas experiências anteriores, dores, além de falta de atenção da equipe, complicações. Diante das falas, a maioria que a vivenciou a gravidez e o parto anteriormente relataram suas expectativas, a grande maioria delas enfatizou expectativas negativas em relação ao parto.

“Da gravidez tenho receio não, tá aqui guardadinho comigo, mas do parto, a gente não sabe como vai ser né, a gente fica só escutando histórias aí dá medo, assim, na hora do parto a hora que a criança vai nascer eu penso que pode ocorrer algum problema, ou demorar muito pra nascer”.

“Sei que queria normal, mas o médico é quem decide, né?”;

“A gente não sabe como vai ser, chega na hora dá um medo, muita dor e todo mundo fala que é assim mesmo”;

“É ruim na maternidade que toda hora chega alguém, faz toque, perguntas e a gente fica lá, pelada e com dor”;

“Nessa hora dá medo, mas o médico decide, ele é quem estudou ne?”

“Quando tive filho fizeram lavagem em mim, nem explicaram, a enfermeira chegou e colocou, senti tanta vergonha”;

“Meu médico disse que se eu não me cuidar posso morrer e o bebê ficar sozinho, to cuidando bem da diabetes”;

“Não queria que tivesse só médicos, queria que tivesse alguém junto, mas meu marido não quer”;

“A lavagem é horrível, da vontade de sumir, normal elas não falarem como é, a gente não sabe se o que tá sentindo é normal”;

“Queria saber se é verdade que o normal estica a gente lá em baixo?”.

Apesar disso, o comum nessas situações é a utilização de uma abordagem biologizante pelos profissionais de saúde, sem contemplar os aspectos emocionais vivenciados pelas mulheres, traduzida em intervenções essencialmente técnicas e prescritivas (JAVORSKI *et al*, 2004). Atualmente a atenção ao parto e ao nascimento é intensamente caracterizada pela medicalização e por procedimentos que podem ser dispensáveis, além das altas taxas de cesarianas. Verifica-se também o isolamento da gestante em relação a seus familiares e a falta de privacidade, contribuindo para o aumento dos riscos maternos e perinatais (SILVA *et al*, 2013).

O Ministério a Saúde recomenda a humanização, que compreende fornecer o atendimento qualificado e digno desde unidades de saúde ao hospital à mulher, aos seus familiares e ao recém-nascido até a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas desnecessárias (BRASIL, 2002b). Certas técnicas científicas disponíveis para a assistência ao trabalho de parto indicam que várias práticas realizadas rotineiramente poderiam não ser necessárias. O jejum, o enema⁷ e a tricotomia⁸, práticas realizadas frequentemente no passado, atualmente não são mais recomendadas, uma vez que não há evidências para sua utilização (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

No encerramento, agradeço e entrego alguns brindes para mães, maquiagens, cremes para cuidado corporal e bebês, peças para enxoval, surgem falas como: “*Nossa que legal, desde que engravidhei só ganho presente para o bebê*”. As gestantes me agradecem e referem que o espaço ajudou muito na troca de experiências, além de colocarem que tiveram liberdade para falar e serem ouvidas em suas dúvidas e angústias, o que não ocorre em meio a uma consulta.

⁷ Enema é o termo técnico utilizado para o procedimento de introdução de líquido, através de uma sonda retal, no reto para retirada de fezes. Normalmente realizado antes de cirurgias e parto.

⁸ Tricromia é a retirada dos pelos de uma determinada região, antes de uma cirurgia através de uma lâmina de barbear..

“Quando você falou eu fiquei meio assim, tive medo da senhora fazer perguntas e eu não saber responder, mas foi bom, todos aqui aprendemos algo”;

“Quando a gente vai consultar dá medo de não saber as coisas e tá fazendo errado, aí ficamos mais quietas”.

Percebo, por meio da observação durante o grupo que essas mulheres não se sentiam seguras com o momento em que estão passando, do receio da incapacidade emocional de amamentar, além da insegurança materna de não conseguirem cuidar da criança conforme o socialmente esperado.

Os saberes e práticas sobre o aleitamento, como elementos culturais, surgem como que oriundo de sujeitos socialmente bem-sucedidos (como se apresentam as celebridades), dotadas de prestígio, conduzindo a conduta das demais categorias sociais. Assim as condições sociais determinam também o comportamento reprodutivo, a condição social da mulher e o tipo de suporte familiar e social à amamentação e criação dos filhos, além disso, esses processos estão relacionados com os valores sociais em relação à maternidade, à sexualidade e à organização da família – postulando, assim, um modo de regular e normatizar também a população (FOUCAULT, 2008a).

Em sintonia com as formas de ordenamento sugeridas pelos meios de comunicação social, seja através da mídia ou da oralidade, o corpo aparece como superfície de inscrição da cultura e da natureza. E dentro desta perspectiva, Michel Foucault (2008a) auxilia a pensar as práticas do nosso presente que decidem e veiculam efeitos de poder, nos julgamentos, nas classificações, e nas obrigações diárias que delineiam a maneira certa de viver e morrer e, neste caso, em gestar, amamentar, cuidar.

A “Fantástica Fábrica de Leite” atua como uma estratégia de uma biopolítica e medicalização da família, tem como tecnologia privilegiada a responsabilização através da naturalização da maternidade.

REFLEXÕES FINAIS

Ao iniciar esta pesquisa, buscava compreender as formas de governamentalidade, conceito do filósofo francês Michel Foucault (2008b), direcionadas à mulher durante o processo de gestação e especialmente direcionada ao aleitamento materno. Contudo, durante este trajeto, os rumos da pesquisa foram se delineando de outra forma, promovendo outras questões. Discussões e formas de como realizar o trabalho foram construindo um novo olhar e, especialmente ao realizar as oficinas, percebi que essas mulheres desejam uma atenção direcionada à condição em que estão passando, mas tendo em vista a continuidade do viver e não o do “congelamento” de suas vidas ao papel de mãe. A forma como enunciados modelos e protocolos funcionam sobre elas é visível em suas falas. Ferramentas de controle do corpo, influência da mídia, julgamento social, entre outras formas de atuar sobre essa população, acabam por acarretar dificuldades de atendimento no campo das políticas de saúde.

A realização deste trabalho não foi uma tarefa fácil, principalmente, por causa dos discursos que tão aplicáveis e aprendidos em vida acadêmica durante minha formação como enfermeira, o que muitas vezes, dificultou a minha compreensão inicial deste processo. Já que o discurso acadêmico aprendido também faz parte dessa relação de biopoder, o fazer pensar deste trabalho mudou não apenas minha visão como pesquisadora, mas como enfermeira sobre as formas como essas relações se constroem na saúde. Foi preciso desconstruir algumas ideias para iniciar a possibilidade de construção deste trabalho e realizar a escuta das falas destas gestantes. As orientações e protocolos propostos no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), orientam o respeito à convicção de que é dever das unidades e dos profissionais de receber com respeito à gestante, seus familiares, e à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento da gestação ao nascimento, evitando, assim, práticas intervencionistas desnecessárias. Durante as falas das mulheres que vão ao pré-natal, percebi também que a situação de gestar é vivida de forma distinta e passível de gerar sentimentos diferentes em cada gestante. Muitas relataram a necessidade de dar ênfase ao diálogo, à sensibilidade e à capacidade de percepção do profissional de saúde, dando condições para que o saber em saúde seja disponibilizado à gestante e à sua família para que ela possa atuar ativamente neste processo, e não apenas o cumprimento de normas.

Durante a pesquisa, outras questões foram sendo compreendidas por esta pesquisadora e nas falas destas mulheres, percebi como se opera a rede de saber e poder, as formas como a biopolítica e os dispositivos de controle que se organizam também através dos protocolos, os discursos e todos itens que constituem esse biopoder relacionado ao atendimento à mulher gestante e ao Aleitamento Materno.

Durante a reflexão sobre as oficinas, observei que, muito além dos protocolos e orientações aprendidas nos manuais das políticas públicas em saúde, temos vidas que precisam ser potencializadas e valorizadas em todos detalhes de atendimento. Isso não é fácil, pois mesmo a nossa formação na área da saúde opera de modo a categorizar e classificar as pessoas a partir de certos rótulos que, ainda que indiretamente, reduzem e compartimentam a vida para conseguir manejá-la. Vejo ainda que as gestantes procuram a assistência por vários motivos e que a relação social do processo de gestar influí diretamente na forma de condução desta gestação e que, de certa forma, reflete também na família, mas o que, em larga escala, incide em um investimento da população em geral.

A partir dos discursos aqui debatidos, entendo que o ato de amamentar é mais que um ato biológico, é social e culturalmente condicionado. No espaço das oficinas, percebi uma diversidade entre as falas e as diferentes situações sociais, mas ao mesmo tempo, uma preocupação geral com uma conduta “correta” acerca do que vem a ser a posição de mãe em nossa sociedade. Tecemos e reproduzimos uma série de discursos aprendidos no que envolve o assunto aleitamento, abrangendo não apenas a face biológica, esta que ainda é muito destacada em meio ao tema, mas em torno dos fatores que o envolvem, desde questões de saúde relacionadas à criança e à mãe, como aspectos de controle do corpo, discursos relacionados a saberes médicos, redução da mortalidade materna e infantil. Todos esses discursos apresentam efeitos diversos sobre o comportamento das mulheres e o desenvolvimento da família. Ações implementadas pelo Estado no intuito de “educar” e orientar o comportamento no setor saúde, desde a formação dos profissionais de saúde, no planejamento do pré-natal para o aconselhamento em amamentação e aos cuidados com o corpo da mãe e da criança, oferecem suporte, monitoramento e promovem mudanças no comportamento por meio da informação.

Embora as recomendações das políticas tenham em seus discursos a assistência a mulher, pouca atenção é dada a um elemento essencial à efetivação desta proposta: a pessoa que vai exercer a função materna e efetivamente prover o alimento da criança. Sua participação durante o pré-natal e puerpério envolve um amplo conjunto de interesses e possibilidades sociais, as quais estão implicadas na postura que cada mulher assume para exercer o cuidado; diante disso, aparece a importância em investir nas formas de controle, gerenciar a forma como esta mulher irá gestar, parir, alimentar e cuidar da criança e da família.

As falas das mulheres acentuavam a importância do cuidado desta criança conforme o modelo esperado. O discurso que implica na valorização da figura da “boa mãe” é generalizado entre os profissionais e até mesmo reproduzido e reverberado nas falas das mulheres, como uma naturalização de práticas sociais. Os aparelhos de regulação do corpo, dentre os quais se destacam a medicina (mas não apenas, pois podemos indicar os saberes da saúde com base no discurso biológico como um todo), funcionam como instrumento para esse momento de recodificação dos saberes e práticas sobre a amamentação, constituindo a Fantástica Fábrica de Leite.

Essa forma de exercer o poder sobre a vida a partir de um discurso que se coloca em nome da saúde não encontra sustentação apenas no discurso médico ou político, para exercer a influência desejada, precisa-se articular através de um conjunto de práticas discursivas, ensinadas e reproduzidas. No caso do aleitamento, a participação dos profissionais e da instituição sobre essas mulheres se incide sobre o papel materno, conferindo-lhe características e atribuições esperadas e comportamentos previamente prescritos. Esta prática implicará na construção de uma forma de pensar, de sentir, de agir e desempenham outra importante função no cuidado direto de suas famílias. Dessa forma, a presença do Estado e dos saberes biológicos na rotina destas famílias é constante.

O aleitamento materno tomado aqui como um discurso, embora implique uma dimensão individual de cuidado envolvendo o binômio mãe-bebê, também envolve a coparticipação da família e do Estado. A amamentação não se trata, então, de um assunto que diz respeito tão somente ao seio da mulher-mãe, mas sobretudo se trata de uma questão permanentemente politizada, alvo de disputas do campo do saber (e aqui não apenas médico, mas também familiar e midiático).

Todas as leituras já realizadas para a composição desta escrita – e especialmente a realização das oficinas em que pude ouvir diretamente essas mulheres em outra perspectiva que não a como enfermeira de um hospital, mas como pesquisadora – me possibilitaram um trabalho sobre mim que me conduziram a novas reflexões sobre minha prática como profissional de saúde, como cuidadora e como gestora, pois tratam-se de posições subjetivas em que também prescrevemos formas de conduta para outros. Esse exercício sobre mim mesma, que se desdobra aqui, implica um processo de reflexão que pode encerrar este trabalho, mas que não termina agora, uma vez que há ainda questões que estou também gestando e que provavelmente acarretará em novas perguntas a serem nutridas.

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

ALMEIDA, N. A. M.; FERNANDES, A. G.; ARAÚJO, C. G. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 03, p. 358-367, 2004.

ALMEIDA, J. A; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 5, p. 119-25, 2004.

ARANTES, C. I. S. *O Fenômeno Amamentação: uma proposta compreensiva*. 1991. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Funcional) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ARAÚJO, L. D. S. *Querer/poder amamentar. Uma questão de representação?* 1991. 141f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC, 1991.

AZEVEDO, S. D. R. de. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault . v. 6, n. 2, p. 148- 162, 2013. Disponível em: <<http://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/saraazevedo.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 5^a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BASSO, C. G; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto contexto - enferm. [online]* v. 21, n. 2, p. 269-276, 2012. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200003&lng=pt&nrm=issn>. Acesso em: 24 set. 2014

BIRMAN, J. *Gramáticas do Erotismo: a Feminilidade e suas Formas de Subjetivação em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BITAR, M. F. *Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes crenças e tabus ligados a esta prática*. 1995. 202f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Pará, Belém (PA), 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Coordenação de Saúde Materno Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. *Dossiê Humanização do Parto*. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, São Paulo, 2002a

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria executiva. *Programa Nacional de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica.* 2. ed. – 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72p.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p.11-16, 2005.

BRITO, V. D. S, et al. Visita domiciliar: um componente fundamental para a continuidade e o sucesso do aleitamento materno. *Rev Enf Brasil.* v. 4, n. 4, p. 232-237, julho - agosto 2005.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, (Sup. 2), p. S355-S363, 2003.

CAMARGO Jr, K. R. de. A Biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 177-201, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde Sociedade*, v. 11, n.1, p.105-115, jan.-jul., 2002.

CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino Am Enferm.* v. 13, n. 6, p. 960-7, 2005.

CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil.* 6^a. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

COSTA, T. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 10, n. 20, p. 363-80, jul/dez, 2006.

DELFINO, M. R. R. *et al.* O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 1057-66, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc e Saúde Colet.* v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saude soc.[online]*, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2014.

DUARTE, S. J. H. *Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal*. 2007. 83f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2007.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.* v. 19, n. 5, p. 623-630, set-out, 2006.

FERNANDES, F. Reflexões sobre a mudança social no Brasil. In: _____. *A sociologia numa era de revolução social*. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p. 202-236.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 29, n. 2, p. 238-45, Jun, 2008.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a Análise do Discurso em Educação. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, novembro, 2001.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau, 1985.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: Vontade de Saber Fazer*. Rio de janeiro: Graal. 1988.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H; RABINOW, P. (Org.). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 9^a. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 30^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2005a.

- FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. 3^a. ed. Rio de Janeiro: NAU, 2005b.
- FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento Da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan/fev, 2005.
- GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B.; MERIGHI, M. A. B.; D'AVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo. *Rev Bras Enferm.* v. 61, n. 3, p. 349-53, mai-jun, 2008.
- GOULART, B. N. G; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online], v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.
- HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. *Rev. esc. enferm. USP* . v. 41, n. 4, p. 559-566, 2007.
- ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am. Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 578-85, julho-agosto, 2002.
- JAVORSKI, M. et al. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, Dec., 2004.
- JOCA, M. T. et al. Fatores que contribuem para desmame precoce. *Rev da Esc Ana Nery de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 365-64, dez, 2005.
- LOYOLA, A. A cultura pueril da puericultura. *Novos estudos Cebrap*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 40-46, 1983.
- MAGALHÃES, B. R.; SABATINE, T. T. A saúde como estilo e o corpo como objeto de intervenção. In: SOUZA, L. A. F.; SABATINE, T. T; MAGALHÃES, B. R. (org.). *Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito*. Marilia: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. p. 133-154.
- MARCELLO, F. A. Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: o conceito de dispositivo em questão. *Curriculum sem Fronteiras*, v. 9, n. 2, p. 226-241, Jul/Dez, 2009.
- MARQUES, M. B. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, R. *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984. p. 121.
- MARASCHIN, C. Pesquisar e intervir. *Psicologia & sociedade*, v. 16, n. 1, p. 98-107, 2004.

MARASCHIN, C.; CHASSOT, C. S.; GORCZEVSKI. Saberes e práticas de oficineiros – análise de uma cognição situada *D. PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, p. 287-296, set./dez, 2006.

MEDEIROS, P. F. de. *Políticas da vida: entre saúde e mulher*. 2008. 112 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Fac. de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, 2008.

MERHY, E. E. et al. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em debate*, n. 33, p. 83-89, 1991.

MEYER, D. E. Direitos Reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: perspectivas e desafios. In: FONSECA, C.; TERTO Jr., V.; ALVES, C. F.. *Antropologia, Diversidade e Direitos Humanos: diálogos interdisciplinares*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MISHIMA, S. M. *Modelos assistenciais formação de recursos humanos e qualidade assistencial*, Uberaba, 1994. In: Conferência realizada na Semana de Enfermagem de Uberaba em 15/05/1994.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 22, n. 9, p. 1825-33, 2006.

MOTTA, J. A. C. *Ideologia implícita no discurso da amamentação materna e estudo retrospectivo comparando crescimento e morbidade de lactentes em uso de leite humano e leite de vaca*. 1990. 226f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1990.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69-76, julho 1999.

NAKANO, A. M. S. et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 230-238, 2007.

NETO, P. J. L.; BATISTA, P. S. S. Projeto educação em saúde na atenção a gestantes e puérperas.. In: X Encontro de Extensão, 2002, Paraíba. *Anais...* Paraíba: Universidade Federal da Paraíba - UFPB - outubro de 2002. p. 1-9. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANALIS/Area6/6CCSDEMCAOUT02.pdf>.

NOVAES, H. M. D. *A Puericultura em questão*. 1979. 148f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde (BR). *Curso de capacitação - AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra: Editora da OMS, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Lactação. In: _____. *Alimentação infantil bases fisiológica*. São Paulo: IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF/Brasil, 2000. p. 17-35.

ORLANDI, O. *Teoria e prática do amor à criança: Introdução à Pediatria Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. 174p.

ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, v. 8, n. 14, p. 9-20, set.2003/fev.2004.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago, 2005.

PEREIRA, M. J. B. *O olhar da enfermeira sobre o treinamento do núcleo do aleitamento materno: um despertar profissional*. 1996. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 1996.

PEREIRA, M. J. B. *O trabalho da enfermeira no Serviço de Assistência Domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem*. 2001. 314f. Tese, (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011.

PORTE, A. M.. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, v. 38, n. 10, p. 527-37, 2010.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública [online]*, v. 19, Suppl 1, S37-S45, 2003;

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. *Texto Contexto Enferm.* v. 14, n. 2, p. 186-92, abr-jun 2005.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. *Rev Enferm. UERJ*, v. 14, n. 2, p. 232-38, 2006.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 153-65, 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

SILVA, T. T. da. Dr. Nietzsche curriculista – com uma pequena ajuda do professor Deleuze. In: MOREIRA, A. F. (org.). *Currículo, Práticas Pedagógicas e Identidades*. Porto: Porto Editora, p. 35-52, 2002.

SILVA, T. C. et al. Práticas Prejudiciais Ou Ineficazes E As Utilizadas De Modo Inadequado No Trabalho De Parto. In: 17 SENPE – Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2013. Natal. *Anais...* Natal: Hotel Praia Mar, 2013. p. 822.

SILVA, D. D. F. et al. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. *RFO*, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto, 2008.

SILVA, I. A. Amamentar uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios? *Revista Escola Enfermagem, Usp*, v. 30, n. 1, p. 58-72, 2006.

SOUSA, L. A. *Promoção, apoio ao aleitamento materno: binômio ou antítese?* Uma caracterização das práticas do profissional de saúde na perspectiva da mulher no processo do aleitamento materno. 2006. 185f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 6, p. 1186-1194, 2013.

SOUZA, L. A. F.; SABATINE, T. T.; MAGALHAES, B. R. *Michel Foucault : sexualidade, corpo e direito*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. 218p

SCHWENGBER , M. S. V. Distinções e articulações entre corpos femininos e corpos grávidos na PAIS & FILHOS. *História: Questões & Debates*, UFPR, Curitiba, n. 47, p. 123-138, 2007. Editora UFPR.

SZYMANSKI, H.; CURY, V. E. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estud. psicol.* v. 9, n. 2, p. 355-364, 2004.

TAMEZ, R. M. Papel da Enfermagem no Aleitamento Materno. In: REGO, J. D. *Aleitamento materno*. São Paulo: Ed Atheneu, 2001. p. 115-233.

TEIXEIRA, M. A. et al. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto contexto - enferm. [online]*, v. 15, n. 1, p. 98-106. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100012>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

TYRREL, M. A. R. *Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: Impacto político-social e inserção de Enfermagem.* 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: ideário da humanização do parto. *Estudos feministas.* v. 2, ano 10, p. 483- 91, 2002.

VIEIRA, S. M.; BOCK, L. F.; ZOCCHE, D. A.; PESSOTA, C. U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto contexto – enferm.*, v. 20, n. (Esp), p. 255-62. 2011.

VENANCIO, S. I.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; GIUGLIANI, E. R. J. Reflexões sobre a trajetória do Aleitamento Materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela Humanização do Parto e Nascimento e com a Política Nacional de Humanização *Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 129-41, 2010.