

EL ESPACIO SOCIAL DE MUJERES Y SU REFERENCIA PARA EL CUIDADO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA

Ana Márcia Spanó Nakano¹

Márcia Cristina Guerreiro dos Reis²

Maria José Bistafa Pereira³

Flávia Azevedo Gomes³

Este estudio tuvo como objetivo identificar los agentes o instituciones consideradas como referencia por las madres lactantes en la práctica de amamentación. Investigación cualitativa con 20 púerperas quienes buscaron por razones ajenas a la lactancia una de las 5 unidades básicas de salud seleccionadas en este estudio. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas realizadas en su domicilio; su análisis se apoyó en el análisis de contenido, modalidad temática. Fue identificado que el profesional de salud asume un rol normativo en este proceso, apoyándose en conocimientos científicos. Dentro del proceso de amamantar, la familia ocupa el primer lugar de referencia para las mujeres, transmitiendo creencias, hábitos y conductas. Se cree que la valorización del contexto familiar por el profesional de salud, al desarrollar acciones e interacciones durante la lactancia, se constituyen en bases para un nuevo modelo de atención en lactancia, que considere las diversidades de esta práctica, adecuándolas a la pluralidad de ser madre/lactante/esposa/trabajadora dentro de su contexto social.

DESCRITORES: lactancia materna; salud de la mujer; enfermería materno-infantil

WOMEN'S SOCIAL SPACE AND THE REFERENCE FOR BREASTFEEDING PRACTICE

This study aimed to identify agents or institutions taken as reference by women when breastfeeding. A qualitative study was carried out on 20 primiparous who were assisted, for reasons not related to breastfeeding, in the five health services selected by this study. Data were collected by semi-structured interviews carried out in the participants' households and were analyzed by content analysis in the thematic mode. We identified that health professionals play a standardize role of breastfeeding based on scientific knowledge. In the daily breastfeeding routine, the family is the first reference for women, transmitting beliefs, habits and behaviors. We believe in the valorization of the family context by the health professional, in which actions and interactions in the breastfeeding issue are developed in order to constitute the foundations for a new care model in breastfeeding. This model should, therefore, consider the practice diversity, adapting actions to the multiple roles of being mother/fortress/wife/worker in the social context.

DESCRIPTORS: breast feeding; women's health; maternal-child nursing

O ESPAÇO SOCIAL DAS MULHERES E A REFERÊNCIA PARA O CUIDADO NA PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO

Este estudo teve como objetivo identificar os agentes ou instituições tomadas por referência pelas nutrizes, na prática da amamentação. Realizou-se pesquisa qualitativa, cujos sujeitos foram 20 púerperas que procuraram, por razões alheias à amamentação, as 5 Unidades Básicas de Saúde, selecionadas neste estudo. Os dados foram coletados por entrevista do tipo semi-estruturada realizada no domicílio e a análise foi baseada na técnica de análise de conteúdo-modalidade temática. Identificou-se que o profissional de saúde assume papel normatizador da amamentação, respaldando-se em conhecimentos científicos. No cotidiano da amamentação, a família ocupa o primeiro lugar de referência para as mulheres, transmitindo crenças, hábitos e condutas. Acredita-se na valorização do contexto familiar pelo profissional de saúde, desenvolvendo ações e interação nas questões da amamentação, constituindo-se as bases de um novo modelo de assistência em amamentação, que considere as diversidades dessa prática, adequando as ações à pluralidade de ser mãe/nutriz/esposa/trabalhadora no contexto social.

DESCRITORES: aleitamento materno; saúde da mulher; enfermagem materno-infantil

¹ Enfermera, Libre-Docente, e-mail: nakano@eerp.usp.br; ² Enfermera, Coordinadora del Programa de Lactancia Materna de la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto, Pos-Graduanda; ³ Enfermera, Profesor Doctor, e-mail: zezebis@eerp.usp.br; flagomes@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para el desarrollo de investigación en enfermería

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances conseguidos para la aceptación de las mujeres para la práctica de la lactancia en los últimos años, el destete precoz aún es una preocupación, ocupando espacios en las discusiones públicas con respecto a las políticas de lactancia materna⁽¹⁾.

Las acciones de estímulo, protección y apoyo a la lactancia se sustentan en el reconocer a la lactancia materna como un factor importante para mantener y desarrollar estructuras económicas en un país, e influir en la supervivencia del niño. El destete precoz coloca en riesgo la salud del niño aumentando los índices de morbi-mortalidad infantil. Una de las causas indicadas para el destete precoz es la falta de conocimiento que la madre tiene con respecto a la calidad de leche, tanto para el hambre del bebé como para conducir un adecuado desarrollo de su hijo. El conocimiento de la mujeres es un factor importante en el proceso de cambio de comportamiento, entre tanto este por sí solo, no garantiza el cambio de actitud. Las informaciones y las prácticas inadecuadas de los profesionales de la salud, también tienen influencia negativa para establecer y mantener la lactancia materna. Dentro de ellas se encuentra la falta de habilidad para apoyar a las madres que dan de lactar y al manejo clínico inadecuado de la lactancia materna. Otro obstáculo se refiere a las prácticas hospitalarias las que son determinadas por normas y rutinas que atrasan la primera mamada, separando madre e hijo, pues establecen horarios para la lactancia y frecuentemente dan indicaciones desnecesarias de leche no humana, tetas y chupones⁽²⁾.

Con relación a la lactancia, la convivencia diaria de las mujeres muestra una reducción biológica, donde son dejadas de lado otras dimensiones, como son la psicológica, social y cultural. La práctica de lactancia sorprende a mujeres cuando se fundamenta en el reduccionismo biológico, pues ellas esperan que sea un proceso fácil, natural, instintivo y en realidad viven un proceso complicado que demanda aprendizaje, lo que provoca en ellas sentirse inapropiadas para la función de amamantar⁽³⁾.

El tiempo de permanencia del binomio en las unidades de puerperio no siempre es suficiente para que las mujeres reciban orientaciones necesarias y se sientan aptas y seguras para el manejo de la lactancia en el domicilio. De acuerdo con lo identificado en la literatura científica, los problemas

en la lactancia tienden a surgir en las primeras semanas pos-parto, momento en que las mujeres se encuentran fuera del ambiente hospitalario, en sus hogares. Muchas veces ellas no disponen de apoyo social necesario para minimizar o resolver sus problemas, lo que puede complicar el cuadro, constituyéndose en un factor para el destete precoz.

La falta o insuficiencia de apoyo en la relación familiar, de los profesionales de la salud y de la comunidad, hacia la mujer que da de lactar ha contribuido para que ellas pierdan la confianza en su capacidad de lactar de forma plena⁽²⁾. La condición de las mujeres que da de lactar se presenta muy lejos de lo establecido por las políticas en pro de la lactancia. Las acciones iniciadas, aún están centradas en habilidades técnicas con enfoque biológico y fragmentado, al contrario de lo que se espera de un nuevo paradigma de salud, que contemple al sujeto de forma integral⁽⁴⁾. En la perspectiva de los profesionales, la asistencia a pesar de reconocer elementos de orden social y emocional, dentro del proceso de lactancia; en la práctica este parece ser un campo aún no dominado por el profesional.

Considerando que la lactancia materna es un proceso socio-cultural, que tiene toda una historicidad, genera que la explicación lineal de los hechos y de las causas que lo determinan sea un hecho en el cual no cabe la interpretación. Bajo la amplitud de esta nueva visión es que nos proponemos comprender las vivencias de las mujeres en la lactancia.

Dentro del contexto de nuestros servicios de salud emergencia, es el modelo que predomina en la asistencia siendo que, sus acciones son desencadenadas por las quejas de orden biológico, impidiendo al profesional de salud a aprender lo que esta más allá de los signos y síntomas presentes.

Si por un lado tenemos un profesional de salud que esta dirigido al cuerpo como un depósito de procesos biológicos, indicadores de salud y enfermedad, por otro tenemos a las mujeres que tienden a interpretar las sensaciones corporales de acuerdo con códigos específicos de su medio, el cual no siempre es congruente con el de los profesionales de la salud.

Particularmente, hemos observado en nuestra praxis, de forma no sistematizada, que las mujeres frente a problemas de lactancia, tienden a buscar tardíamente ayuda del profesional, recurriendo primeramente a su medio relacional. Así nos preguntamos sobre ¿cual es el lugar ocupado por el

profesional de la salud como un elemento de referencia de la asistencia / ayuda, en los problemas de lactancia en mujeres?

Buscamos en este estudio comprender la vivencia de lactancia en un grupo de mujeres, usuarias de los servicios de salud del municipio de Ribeirão Preto - SP, con la intención de identificar las formas de actuación de los agentes e instituciones en la construcción del significado de lactancia para las mujeres. Este objetivo es parte de una investigación mayor sobre dificultades de las mujeres frente a la lactancia materna⁽⁵⁾.

Creemos que la comprensión de estas consideraciones harán posible vislumbrar estrategias mas efectivas a la asistencia ofrecida a las mujeres, en la medida en que aprendemos la representaciones atribuidas por ellas a sus vivencias en la lactancia, lo que permitirá desenmascarar la consideración técnica a fin de adecuarla a la realidad presente.

OBJETIVO

Identificar a los agentes o instituciones que las madres que dan de lactar consideran como referencia frente a las dificultades en la lactancia.

METODOLOGÍA

La comprensión y el análisis de las referencias para el cuidado consideradas por las madres que tienen dificultad para amamantar, fueron fundamentadas en el enfoque cualitativo, que esta dirigido en significados e intenciones de las acciones en el contexto de las estructuras sociales⁽⁶⁾.

El trabajo de campo fue desarrollado en cinco Unidades Básicas de Salud de la Secretaria de Salud del municipio de Ribeirão Preto. De las 35 unidades existentes, en la época de recolección de datos, seleccionamos para esta investigación cinco unidades de salud que obtuvieron, según los resultados de investigación epidemiológica sobre alimentación en el primer año de vida, en el Municipio de Ribeirão Preto en los años 1999 y 2003, el mayor y el menor valor de índices de Lactancia Materna Exclusiva (LME)⁽⁷⁾.

El recorte empírico del estudio fue constituido de 20 puérperas que buscaron las unidades básicas de salud seleccionadas en esta investigación, por

razones que no eran problemas en la lactancia. Las puérperas fueron incluidas con base en los siguientes criterios: ser primíparas, con el objetivo de tener una mayor homogeneidad entre los sujetos del estudio; que se encontraran dentro del periodo post- parto inferior a un mes, por ser este periodo reconocido como de mayor incidencia de problemas en la lactancia. No fueron parte de la muestra mujeres con hijos prematuros, con malformaciones o cualquier situación que dificultase la lactancia.

El contacto con los sujetos de la investigación se dio en las unidades básicas de salud, local donde fue marcada la fecha y local de las entrevistas. Todas las entrevistas fueron realizadas en el domicilio de las mujeres y tuvieron una duración media de una hora y media. Utilizamos la entrevista del tipo semi-estructurada, que incluían contenidos referidos a los datos de identificación; al proceso reproductivo, particularmente sobre la lactancia como descripción de experiencias; procedimientos; hábitos y rutinas; conocimientos; percepciones y valores frente a las dificultades e informaciones sobre la unidad familiar / contexto de sus relaciones. Todas las entrevistas fueron grabadas, posterior al consentimiento informado y aclarado de los entrevistados.

El *corpus* del análisis fue compuesto por datos de la entrevista y observaciones descritas en los diarios de campo. Para el análisis de los datos fue utilizada la técnica de análisis de contenido temática⁽⁸⁾, la cual consiste en "(...) descubrir ' núcleos de sentido ' que componen la comunicación y cuya presencia, o frecuencia de aparición puede significar algo importante para el objetivo analítico escogido"⁽⁶⁾. En este procedimiento analítico, el " núcleo de sentido" es visto como una unidad de significado en el conjunto de la comunicación⁽⁶⁾. En este estudio, los núcleos de sentidos fueron entendidos como ideas-eje alrededor de las cuales giran otras ideas. Mediante el análisis temático, también se puede caminar en dirección del "descubrir que esta por detrás de los contenidos manifestado, y que va mas allá de las apariencias comunicadas"⁽⁹⁾.

El análisis tuvo los siguientes pasos: (a) lectura inicial buscando una comprensión global del material; (b) identificación de las unidades de significado que surgieron de las expresiones de los entrevistados; (c) descubrimiento de los núcleos de sentido alrededor de los cuales se construirán las categorías temáticas (d) interpretación y discusión.

En este sentido, la investigación buscó trabajar con dos categorías temáticas: " las situaciones de dificultad en la lactancia" y " los agentes que actúan en el cuidado". Las discusiones de las categorías temáticas que surgieron están fundamentadas en las concepciones del cuerpo y maternidad.

En nuestra sociedad, la maternidad es socialmente valorizada y establecida como responsabilidad /deber de la mujer por el cuidado de su hijo, lo que se fundamenta en la capacidad que ella tiene para embarazarse, dar a luz y dar de lactar, y por ser consideradas dentro de las construcciones sociales mas tiernas, cariñosas y hábiles para cuidar de su descendencia. La apropiación social del cuerpo femenino para el ejercicio de la maternidad, específicamente la lactancia es estratégicamente importante de ser analizada como categoría propia. Las representaciones del cuerpo y de la salud están directamente vinculadas a las diferentes formas de percibir, representar y actuar sobre el mundo social que los individuos comparten con su grupo social⁽¹⁰⁾.

La investigación tuvo aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - USP. Con el objetivo de garantizar el anonimato de los sujetos investigados, dentro de los resultados serán presentados nombres ficticios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Ribeirão Preto posee una estructura impar para la asistencia con respecto a la lactancia materna. Desde 1988, la Secretaria Municipal de Salud por medio del Programa de Lactancia Materno invierte en el entrenamiento de personal sobre asistencia en la lactancia, trabajo conjunto con el Núcleo de Lactancia Materna de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo - NALMA-EERP/USP. Además de estos servicios básicos de salud, el municipio dispone de un Banco de Leche Humana en el Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto da USP, el cual es referencia estadual en Bancos de Leche Humana para el interior del Estado de São Paulo. Actualmente el municipio cuenta con tres Hospitales Amigos del Niño.

El grupo de estudio fue constituido por 20 púerperas de bajo ingreso salarial, que viven en los barrios de la periferia. De estas, trece eran adolescentes con edad entre 15 y 19 años, y siete

tenían edad adulta que varió de 20 a 26 años. La conclusión de los estudios medios fue observada en solo seis del total de mujeres del estudio; diez interrumpieron el estudio, siendo seis en el primer grado y cuatro en el segundo grado. Durante la investigación, cuatro mujeres estaban cursando el segundo grado, en régimen de licencia concedido por la escuela. Cinco mujeres del grupo eran casadas, ocho convivientes y siete solteras. En relación a la ocupación, apenas dos estaban dentro del mercado de trabajo formal, el resto eran desempleados con planes futuros de trabajo, debido a la dependencia de la maternidad y del apoyo que tendrán dentro de su medio relacional.

En el conjunto de expresiones de las púerperas entrevistadas, identificamos dos núcleos temáticos: "las situaciones de dificultad en la lactancia" y " los agentes que actúan en el cuidado", los cuales se muestran articulados caracterizando la práctica de la lactancia de un grupo de mujeres en los diferentes espacios sociales (institucional y familiar).

La mujer inicia su experiencia de lactancia con base en los límites técnico y normativos que son parte de las acciones de incentivo para la lactancia materna. El profesional de la salud, autoridad en el saber científico, asume el rol normativo y regulador de la práctica de lactancia, respaldándose en un cuerpo de conocimientos centrados en los beneficios nutricionales, inmunológicos, emocionales y fisiológicos de la salud del niño.

En la sala de parto yo le di de lactar, la enfermera lo agarró, lo colocó en mi seno (Selma, 19a., 1ªGC, soltera).

Para la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), la lactancia en la primera media hora de vida es una conducta recomendable, y viene siendo implementada en las maternidades desde la década de 1990. Entre tanto, aún no observamos homogeneidad en la adopción de estas conductas entre los profesionales de salud y los servicios. El programa de acción de la IHAN trae consigo avances para la eliminación de obstáculos en la lactancia materna, discutiendo prácticas consolidadas en las instituciones y proponiendo una reorganización en la estructura física y en la filosofía de la asistencia brindada en hospitales y maternidades. Por lo cual son necesarios ajustes que van mas allá de la asistencia técnico - instrumental, involucrando la destrucción de una práctica basada en concepciones cristalizadas, permitiendo al equipo de salud una visión

crítica y abierta para la comprensión de nuevos enfoques en la práctica de la lactancia.

En el campo de acción del profesional, este se presenta condicionado y condicionante de su rol para el incentivo de la lactancia, como educador y promotor de esta práctica, basándose en la acción disciplinaria de la lactancia⁽⁴⁾.

Utilizándose la racionalidad científica, los profesionales de la salud, como agentes, asumen una posición estratégica dentro del espacio social de la institución de salud. El aspecto activo de sus consideraciones científicas sobre la lactancia pueden ser identificadas en el significado que las mujeres de este estudio atribuyen a la lactancia: "dar lo mejor para el bebe", tendiendo como base la experiencia social, apropiándose de lo expresado por el médico y reinterpretado, como se menciona en la entrevista siguiente.

La leche materna es el mejor alimento para que el niño se desenvuelva, tiene todo, agua, vitamina, azúcar, temperatura normal para el niño y, no es necesario calentarla o hacer un biberón. La leche materna tiene todo eso. Previene varias enfermedades, alergias, nosotros nos prevenimos contra el cáncer de mama y otras cosas mas, entonces la leche materna es muy importante para el crecimiento como para una buena alimentación (Lucila 20a., 2°GC conviviente).

Es dentro del espacio institucional de la salud que se busca establecer el patrón de lactancia para la madre y el hijo, dentro de un juego de permisiones y restricciones.

El pediatra dijo que no necesitaba despertarlo...el sueño da fuerzas (...) cuando despierta lacta lo que necesita (...) En el hospital dijeron que lo adecuado es que el niño mame de una hora en una hora (Tais 16a., 1°GI, conviviente)

Las propiedades mencionadas por los profesionales de la salud se muestran presentes en la medida en que son consideradas como principio de construcción dentro del espacio social⁽¹¹⁾ - lactancia en el contexto de la institución de salud. Tales propiedades se constituyen en un conjunto de relaciones de fuerzas objetivas impuestas a todos los que entran en ese campo, no pudiendo ser reducida a intenciones de agentes individuales, o inclusive a las interacciones directas entre agentes⁽¹¹⁾.

Aprendemos que, a veces los profesionales de salud transmiten informaciones contradictorias, dejando a las mujeres inseguras y preocupadas frente a la práctica de la lactancia. Dentro del contexto institucional del hospital, donde la lactancia es una norma a ser cumplida por todas las mujeres

internadas, el hecho de que "el bebe no quiere coger el pecho" gana toda la magnitud del problema.

la enfermera me ayudaba, ella hablaba que tenía que coger bien así en el seno, en las areolas... Él tiene que coger el seno entero...yo lo hacía, solo que no se si lo hacía correctamente, el no podía coger (...)Ella decía que tenía que continuar intentando, forzar para que el pueda coger (Sonia, 26a., 1°GC, conviviente)

Los profesionales de salud asumen la postura de supervisores de la práctica de la lactancia, brindando orientaciones, cuidados técnicos y utilizando razonamiento científico para justificar la situación - problema que; por otro lado, no siempre se encuentran fundamentadas en la práctica por involucrar dimensiones psico-sociales, que el manejo clínico de la lactancia no considera. Otro aspecto a ser considerado es la falta de formación de los profesionales de la salud para enfrentar la diversidad presentada, pues las prácticas de salud involucran un conjunto de procedimientos, normas y rutinas, restando poco espacio para la expresión de la diferencia. Dentro del proceso interactivo profesional - mujer, las acciones educativas buscan transmitir informaciones fundamentadas en el modelo biomédico, restringidas al desarrollo de habilidades cognitivas.

La política actual de lactancia, a través de la IHAN, instituyó que la lactancia es una práctica que tiende a ser obligatoria, debiendo adoptarse como normas en los hospitales. Dentro de las acciones recomendadas, se encuentra la indicación de alta hospitalaria solamente cuando tal práctica se muestra efectiva a los ojos del profesional de la salud. En nuestro estudio, la adhesión a tales normas fue revelada en las expresiones de *Suzana*.

Dentro del hospital me dijeron que tenga paciencia, que ella era bebe (...) siempre pasa una enfermera preguntando si ella no había cogido el pecho (...) ella me enseñó (...), dijo que luego me iba a gustar dar de lactar, imagina! Pero es verdad, ahora me gusta (...)Si ella no lactaba, yo no podría irme ...yo estaba con miedo que ella se quedase alla (...)El bebe no tiene hora de lactar, si el esta dormido, yo tengo que ofrecerle (Suzana 15a., 2°GI, soltera).

En la institución de salud, el poder del profesional se muestra determinado en sus acciones junto a las mujeres que dan de lactar. Sin embargo, este se presenta de forma temporal, limitado al periodo de internación, el cual es corto para que se garantice la adhesión de las mujeres a las normas establecidas. Tales aspectos nos llevan a repensar la práctica asistencial, en la cual los profesionales de la

salud, apoderados de técnicas y de saber científico actúan sin considerar los elementos contextuales de la vivencia de las mujeres que dan de lactar.

Hay que considerar que la práctica de la lactancia para las mujeres solo será consolidada en otro campo, en los extramuros de la institución de salud, donde operan otros poderes. Las diferentes especies de *poder* o de *capital* se encuentran en la dependencia de posición que el agente ocupa en los diversos campos. Entre las *especies de capital*, están incluidos lo económico, lo cultural, lo social, lo simbólico, generalmente llamado de prestigio, reputación y/o fama⁽¹¹⁾.

En el campo social de las vivencias cotidianas de estas mujeres, la posición del profesional de salud/institución de salud se presenta jerárquicamente secundaria a las decisiones y acciones frente a las dificultades de la práctica de la lactancia.

Más allá de considerarse apropiado en términos de estructura de servicio, las mujeres del estudio parecen orientarse, en un primer momento, por otros valores presentes dentro del contexto familiar. Otro aspecto a ser considerado es que la búsqueda por la asistencia en los servicios de salud guarda relación con lo que ellas perciben por patológico, recordando una necesaria referencia de la práctica clínica, que pasa a concentrarse en el estudio del cuerpo, como espacio de enfermedad, siendo un texto objeto de diferentes lecturas sobre los signos y síntomas que en él se manifiestan.

En la lactancia, sensaciones corporales son vividas por la mujer durante los problemas mamarios, haciendo que tengan una visión diferente de interpretación clínica de los profesionales de la salud. En la práctica clínica, el trauma mamilar y conductos mamarios obstruidos son considerados problemas de la lactancia, requiriendo medidas preventivas y tratamiento. Para los especialistas del área de la salud, el cuerpo es el depósito de procesos biológicos, los cuales son indicadores de salud o enfermedad. Las sensaciones corporales vividas por los individuos (síntomas) y las manifestaciones objetivas, que son parte del aspecto visible, de la enfermedad (señales), se constituyen en elementos del sistema de representación que fundamentan la construcción de un diagnóstico y la deducción de un pronóstico a la situación presente.

Entre tanto, la interpretación no se realiza apenas con base en las sensaciones fisiológicas, sino también en la construcción social. Lo que significa,

que la percepción de las sensaciones, como alteraciones o normalidad, son parte de una estructura de significados socialmente compartidos.

La culturización de las manifestaciones en el cuerpo, particularmente de los problemas en el cuerpo materno guardan relación con la abnegación de la madre para con el hijo⁽¹²⁾.

Comenzó a doler y estuve así...luego uno se acostumbra (Tais, 16a., 1°GI, conviviente).

La construcción cultural de que la mujer es resistente al dolor puede ser un problema en la concepción técnica e instrumental de la semiología médica, pues retrasa la detección precoz de traumas mamilares, agravándolos. Tanto la percepción del dolor como la búsqueda de recursos médicos para su alivio están directamente relacionados con la representación del cuerpo⁽¹³⁾, lo que permite comprender porque las mujeres en nuestro estudio, tienden a no buscar asistencia precoz frente a los signos de problemas mamarios, ya que es natural y propio de la condición de madre soportar todo en función del bienestar de su hijo. Así, la intensidad de dolor es soportada por la mujer debido a su condición propia y natural de ser femenina⁽¹⁴⁾.

Divergencias en la interpretación de profesionales de la salud y la mujer, sobre lo que es normal, se muestran evidentes en las manifestaciones del propio cuerpo, de conductos lácteos obstruidos - "pecho empedrado". En la semiología clínica, las acciones preventivas y de tratamiento para el "pecho empedrado" se basan en el control de la producción de leche, lo que parece ser discordante frente a los elementos de la cultura presentados por las mujeres en nuestro estudio. Para ellas, la buena producción de leche es una condición de un cuerpo saludable y funcional, desarticulando la noción de pecho lleno como indicativo de desequilibrio y anormalidad en la producción de leche, como se evidencia en la entrevista siguiente.

Esta duro por causa de la leche, yo tengo bastante leche, gracias a Dios...(Marisa, 20a., 2°Grau em curso, conviviente).

Esto permite comprender que medidas preventivas y curativas para el retiro de la leche acumulada, prescritas por los profesionales de la salud, de modo general, no encuentran el impacto esperado entre las mujeres.

Para las mujeres del estudio, el contexto familiar se reviste de un significativo poder de construcción de la realidad. Esta realidad tiende a

establecer un orden, o un sentido inmediato en el mundo social, y estas mujeres construyen, a través de los lazos de familia, el sentido y los significados de las observaciones y experiencias de lactancia, práctica que poco a poco se va constituyendo en parte de su diario vivir.

Es en la vida cotidiana que los individuos adquieren todas las *habilidades imprescindibles* (...) para madurar, en la medida que *asimilan la manipulación de las cosas* (aprende a dar de lactar) y establecer una *mediación entre costumbres, normas y la ética de otras integraciones mayores*. En el conjunto de estas mediaciones se integran al grupo familiar / relacional y al de los profesionales de la salud, ampliándose de esta forma, para otros ambientes de la sociedad en general⁽¹⁵⁾.

Es en el espacio social familiar que las mujeres buscan acogimiento y ayuda para organización de tareas domésticas y maternas, ayuda que, tradicionalmente, viene del propio género: madres, suegras, hermanas, cuñadas y amigas. Como podemos observar en las expresiones a continuación.

El bebe comienza a llorar, uno se queda sin saber que hacer...mi suegra cuida y me da orientación...ella tiene práctica (...) ella pasó seguridad, ahora doy valor a mi suegra...vi cuanto ella me hace falta (Maria, 19a., 2°GI, casada).

El reconocer el valor de la práctica de los cuidados brindados por las mujeres se fundamentan en el respeto por la experiencia interiorizada y vivida en su propio cuerpo⁽¹⁶⁾. Sin embargo, esta condición no es disponible para todas las mujeres del grupo, como identificamos el caso de *Josiana*. La ausencia de la familia, tuvo reflejos profundos sobre ella, mas que el no tener con quien compartir la tarea, porque recae en la falta de una base segura donde apoyar su rol de madre, esposa y dueña de casa, hecho que ella expresa en forma de resentimiento de no tener alguien de su familia para conversar.

A través de las expresiones, identificamos que la producción de leche fue un aspecto muy valorado por la mujer, dentro de su ambiente familiar, siendo visto como problema.

Mi hermana hablaba que la leche era muy poca para él (...) estaba llorando mucho, llorando de hambre (...) no sale (...) dijo para buscar al M. del puesto (...) Mi madre y mi suegra dijeron: dale maté (...) Yo no quería dar (...), tenía miedo de que le gustara el biberón y no cogiera mas el pecho (...) acabe dándole mate, tomó todo y durmió. Para mi fue bueno porque estaba cansada (Jinete, 18a., 2°Grau em curso, soltera).

A pesar de ser informadas sobre las conductas y contraindicaciones a seguir durante la lactancia, las mujeres actúan de acuerdo con la situación vivida, adoptando las prácticas de su grupo cultural. En este sentido, el mate es culturalmente aceptado como un remedio para el alivio de incomodidades habituales en los primeros meses de vida del niño, como son los cólicos abdominales. Usado como estrategia para calmar al niño, este ganó gran espacio frente a la realidad presentada en la medida que se muestran resultados satisfactorios.

Dentro de las prácticas y el saber popular que hacen posible que la producción de leche se mantenga, las mujeres del estudio reconocieron como esencial una buena alimentación y estado de tranquilidad por ser madres que dan de lactar.

Mi vecina dice que tengo que comer bien para dar leche al bebe...no me da ganas de comer (...) solo faltaría que mi leche se seque (...)Yo no como bien (...) si mi leche se seca va a ser malo para mi hijo (Josiana, 18a., 1°GI, conviviente).

Culturalmente se da a conocer que la ingesta de ciertos alimentos aumentan la producción de leche. Sin embargo, un estudio realizado en Pará mostró la condición de alimentación materna y el cansancio producto de algunas actividades desempeñadas por ellas como factores que determinan a la decisión de adoptar o no la leche materna como alimento para sus hijos durante el primer año de vida⁽¹⁷⁾.

En el medio familiar / relacional, las mujeres se involucran en un juego de constantes enmascarada, de exigencias y de evaluaciones en su comportamiento y actitudes frente al desempeño en la función de madre que da de lactar.

Mi madre me dijo tener calma y hacer las cosas bien que iba a doler. Fue cuando yo comencé a tomar sol, hacer masajes en el pezón del seno (...) (Selma, 19a., 2°G,C soltera).

En este juego de relaciones, "*las especies de capital*" se valen de la construcción de los elementos que son parte de la práctica de la lactancia, dependiendo de cuanto las personas son significativas a estas mujeres en el campo social, lo cual es "*un espacio multidimensional de posiciones*"⁽¹¹⁾.

Históricamente, las mujeres vienen ocupando un lugar de destaque en el ciclo reproductivo y el prestigio a ellas atribuido es producto de las experiencias acumuladas de otras vivencias maternas. A través de las acciones, interacciones e interpretaciones, los agentes dejan de evidenciar su carácter solidario a las mujeres, al mismo tiempo en que retransmiten y reafirman la existencia de

preceptos éticos y morales relacionados al "ser una buena madre"⁽¹²⁾. Las relaciones jerárquicas se establecen en la dependencia de las posiciones donde cada agente se encuentra dentro del campo social en el contexto familiar. Estas relaciones pueden generar dependencia y una responsabilidad entre los involucrados, como una condición presentada por Selma, donde la autoridad de la abuela se intenta imponerse por su experiencia.

A él (bebe) le gusta mas los brazos de mi madre que el mio (...) Cuando mi madre esta en casa, ella quiere estar con él (...), yo estoy siempre cerca para ver como ella hace todo... (Selma, 19a., 2°GC soltera).

El prestigio de la abuela es reconocido por la habilidad al enfrentar con pequeñas situaciones propias al cuidado materno que, para estas mujeres, se constituyen en momentos de intensa ansiedad, por sentirse sin competencia.

Lo doméstico y lo materno son socialmente extraños a los hombres / compañeros, no obstante, estos agentes, se encuentran "localizados en una posición", mostrando sus "particularidades como actores"⁽¹¹⁾.

Él (padre del bebe) se pone nervioso porque cree que no quiero darle de mamar (...) el cree que tengo miedo que el pecho se caiga...yo no digo nada, me quedo triste por el dice: le diste, no tienes ganas de darle (...) (Rosimeire, 18a., 1°GI, soltera).

La participación masculina se esquematiza de forma propia, y en sus acciones está implícito el rol que integra la referencia del sistema de género, autoridad moral y proveedor de la familia.

El (marido) se preocupa con lo que ella (bebe) esta lactando, si esta faltando complementar (...) Me pregunto si ella no estaba quedándose con hambre ...yo aún no había prestado atención (...) se preocupa porque le dije que mi pezón esta herido, el vió (...) y se preocupa con el bebe, pero también conmigo (Aline, 22a., 2°GC, casada).

Algunos compañeros de las mujeres en nuestro estudio tienen un estilo mas flexible y afectivo, en la medida en que se proponen socializar las tareas de cuidado y vigilancia del hijo. Este es un importante punto de partida para continuar con un proceso de revisión o de actualización del modelo de paternidad.

En el momento que él (compañero) esta en casa...porque trabaja mucho..se preocupa de ver al bebe, el se preocupa por estar en la hora de hacer botar sus gases, cuando en la noche le doy de mamar, porque a veces estoy muy cansada. (Tais, 16a., 1°GI, conviviente).

Fue en el contexto familiar, que las mujeres en estudio buscaron ayuda para el reconocimiento

de lo que era un problema, frente a las incomodidades mamarios presentadas.

Comenté con mi cuñada, ella dijo que estaba con mucha leche, pero no estaba duro. Hice el test del piecito, y el personal que conversó conmigo dijo que tenia acumulo de leche, que si no la sacaba iba a estar dolorido (...) que podria donar (...) (Silvia, 23a., 2°GC casada).

Al respecto, la familia es la sede primaria de la asistencia a la salud en cualquier sociedad y tradicionalmente, son las mujeres que brindan los cuidados⁽¹⁸⁾. En la identificación de la práctica de cuidado con la mujer, desde los tiempos mas remotos de la historia de la humanidad en la sociedad occidental, el rol de la "mujer que ayuda" es definido por la herencia cultural⁽¹⁶⁾.

Sobre el conocimiento familiar del cuidado frente a las situaciones de "pecho empedrado" y "pezón con rajaduras", tal como para el proceso de salud enfermedad, se observa que este es producto de una práctica basada en experiencia, en la cual se asocian recetas de comadres, remedios caseros, orientaciones y/o consejos de vecinos, diagnósticos y medicamentos de profesionales de la medicina académica⁽¹⁹⁾. Se suma a ello el hecho de usar procedimientos no adecuados los cuales agravan el cuadro clínico de la mujer.

Me dijeron (amiga de la hermana que tuvo un bebe hace poco tiempo) para colocar el dispositivo para sacar un poco de leche, que así me dejaría de doler (...) Los médicos dijeron que eso no es bueno porque daña el pecho (...), pero el dolor era tanto que use, hasta el día siguiente no iba a aguantar (...). Retire un poco de leche pero no paso el dolor, porque no conseguí sacar lo suficiente. Luego continuo duro, hasta el día siguiente (Jinete, 18a., 2°grau soltera).

En el aspecto privado de las mujeres en este estudio, a pesar de saber de las contraindicaciones sobre ciertos cuidados, en la experiencia concreta sus acciones son dirigidas mas por la emoción y la urgencia que por la racionalidad. En este sentido, podemos decir que la conciencia de estar frente a un problema y de estar sintiéndose mal es producto de una "conciencia en situación", relacionada con proyectos y contextos existenciales específicos.

La interpretación que tienen sobre el "pezón con rajadura" y del "pecho empedrado" y sus cuidados, tienen una dimensión temporal por la experiencia concreta vivida y por la comparación con referencias diversas construidas en el medio relacional, siendo, por lo tanto, continuos y en proceso, lo que puede ser desencadenado de las exposiciones de mujeres

al atribuir razones como "pecho empedrado" y medidas de alivio.

Fue doloroso porque estaba rajado el seno(...) Cuando iba a trabajar de mañana esta haciendo frío, pasaba por aquel viento, luego comenzó a doler....reseco (...) Pensé en pasar manteca de cacao, que quizás sería bueno que iba a mejorar (...) ellas me dijeron que la piel se vuelve mas lisa y el bebe no iba a coger el pecho, era mejor solo pasar la leche (...) Pase la leche y acabo la resequedad(...) mi suegra dice que el niño eructa, el viento entra y después el pecho se endurece y si no coloco al bebe para mamar, comienza a endurecer y formar hasta pelotas que forman erupciones cutáneas que se rompen para fuera (María, 19a., 2ª Gl casada).

Las mujeres lo asociaron al clima frío, como el causante del pezón "reseco" y "rajado" y el erupción del bebe en el seno, como producto de desequilibrio en el organismo. En la reinterpretación de las sugerencias del médico sobre las enfermedades, las clases populares en general utilizan categorías que "corresponden a propiedades mas universales de las cosas", haciendo uso de la noción espacial para describir el movimiento de la enfermedad y su camino por el cuerpo del agente⁽¹⁰⁾.

Las experiencias, elecciones e iniciativas se refieren a la forma como las personas y los grupos sociales asumen la situación o en ella se sitúan. Identificamos que el contexto familiar contribuye de forma fundamental para la configuración de significados y desarrollo de modos rutinarios de enfrentar las situaciones presentadas en la práctica de la lactancia, estableciendo y consolidando un protocolo de lactancia específico para cada una de las mujeres estudiadas.

CONSIDERACIONES FINALES

Se reafirma, en este estudio que a través de los resultados el orden de significados culturales que orientan a las mujeres, en términos de referencia, orientación, cuidado y apoyo en la lactancia, se sustenta en los vínculos afectivos y en las relaciones de proximidad. El medio relacional familiar ocupa el primer lugar en la referencia de las mujeres, siendo la familia quien transmite creencias, hábitos, actitudes y conductas.

Entre los familiares, las mujeres de la familia ejercen influencia decisiva para la consejería, apoyo y cuidado de la puérpera y el recién nacido. Los resultados de esta investigación confirman el dominio

femenino en la esfera de reproducción, a pesar de las desigualdades de género aún identificadas en la sociedad contemporánea, los cambios se vienen dando y pueden ser desprendidos en uniones familiares que algunas mujeres eligen. La participación masculina colocada tradicionalmente en una posición de escape a la situación, parece que comienza a cambiar, pues la mujer esta recibiendo algunas atenciones.

Dentro de la práctica de la lactancia materna, el núcleo familiar ejerce funciones sociales fundamentadas por relaciones de intimidad, afecto y solidaridad. En la dinámica familiar se encuentran algunas reservas que permiten a las mujeres articularse o desarticularse frente a su vivencia diaria de la lactancia. Estas reservas son consideradas desde las físicas, hasta aquellas que incluyen recursos psíquicos y socioculturales de los miembros de la familia.

En este estudio, identificamos que el cuidado brindado en el contexto familiar, frente a las dificultades presentes en las mujeres se dan basadas en la emoción y urgencia en perjuicio de la racionalidad, mostrando que los fracasos de las acciones de los profesionales de la salud no se justifiquen en la falta de operatividad técnica para el manejo de la lactancia, sino por no considerar la pluralidad que involucra el dar de lactar y el contexto de vida de estas mujeres.

En este sentido, como profesionales de la salud, debemos considerar que la asistencia a la lactancia no puede solamente ser basado en el binomio madre e hijo, debiendo integrar otros participantes dentro del cuidado en salud, como es la familia. Conocer la realidad de la familia requiere buscar informaciones sobre su historia de vida, apoyos y recursos utilizados, así como las necesidades y las potencialidades de la familia en compartir responsabilidades⁽²⁰⁾.

Considerar a la familia como parte esencial del cuidado en la lactancia se constituye en una estrategia concreta para la construcción de una nueva concepción de asistir en la lactancia, que abarcan acciones en el campo de la enseñanza, investigación y asistencia, referenciales donde las acciones se estructuran y son estructurados los profesionales de salud como agentes del cuidado. Lo cual significa hacer disponible el conocimiento para capacitar tales agentes a pensar y actuar con la familia, construyendo las prácticas de salud en otras bases, sin una distorsión normativa, vertical y autoritaria de sus acciones, para

que entiendan que la lactancia no es solo un proceso biológico, sino también socio-psico-cultural.

Creemos que la valorización del contexto familiar por el profesional de la salud y el desarrollo de sus acciones, a través del proceso de interacción con la

familia en la discusión sobre lactancia, pueda constituirse en una base para un nuevo modelo de asistencia, que considere las diversidades operativas y que sean adecuadas a las acciones de pluralidad de ser madre/lactante/esposa/trabajadora, dentro del contexto social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida JA. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1999.
2. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.
3. Nakano AMS, Mamede MV. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação resistência. Rev Latino-am Enfermagem 1999 julho; 7(3):69-76.
4. Silva IA. Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: um processo interacional. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.
5. Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si". [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.
7. Pereira MJB, Reis MCG, Nakano AMS, Santos CB, Villela MRGB, Lourenço MCP. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Rev Bras de Epidemiol 2000 março-abril; 7(1):36-43.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994. p. 67-80
10. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1989.
11. Bourdieu P. O poder simbólico. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2001.
12. Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si". Cad Saúde Pública 2003; 19(Supl.2):355-63.
13. Ferreira J. O corpo signo. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1998.p.101-12.
14. Knauth, DR. Maternidade sob o signo da Aids: um estudo sobre mulheres infectadas. In: Costa AO, organizador. Direitos tardios, saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo (SP): Editora 34/PRODIR/FCC; 1997. p.39-64.
15. Heller A. O cotidiano e a história. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1992.
16. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.
17. Bitar MAF. Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes, crenças e tabus ligados a esta prática. [dissertação]. Belém (PA): Universidade Federal do Pará; 1995.
18. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994.
19. Loyola MA. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo (SP): Difel; 1984.
20. Althoff CR, Elsen I, Laurindo AC. Família: o foco de cuidado na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem 1998 maio-agosto; 7(2):320-27.