

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO CUIDADO E NO ALEITAMENTO
MATERNO: Inter-relações e autonomia na maternagem

CURITIBA, 2017

MARCELA KOMECHEN BRECAILO

EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO CUIDADO E NO ALEITAMENTO

MATERNAL: Inter-relações e autonomia na maternagem

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná como requisito para obtenção do título de doutora em Sociologia.

Linha de Pesquisa: Cultura de Sociabilidades

Eixo: Gênero, corpo, sexualidade e saúde

Orientadora: prof^a. Dr^a. Marlene Tamanini

CURITIBA, 2017

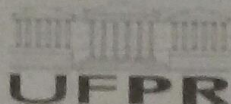
Catálogo na publicação
Mariluci Zanela – CRB 9/1233
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Brecailo, Marcela Komechen
Experiências de mulheres no cuidado e no aleitamento: inter-
relações e autonomia na maternagem / Marcela Komechen Brecailo –
Curitiba, 2017.
238 f.; 29 cm.

Orientadora: Marlene Tamanini
Tese (Doutorado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas
da Universidade Federal do Paraná.

1. Amamentação - Nutrição. 2. Aleitamento materno – Cuidado
pós-natal. 3. Autonomia. 4. Amamentação – Políticas públicas. I.
Título.

CDD 649.3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS HUMANAS
Programa de Pós-Graduação SOCIOLOGIA

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SOCIOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **MARCELA KOMECHEN BRECAILO** intitulada: **EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO CUIDADO E NO ALEITAMENTO MATERNO: Inter-relações e autonomia na maternagem**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação

Curitiba, 18 de Abril de 2017.

MARLENE TAMANINI

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

ELIANE PORTES VARGAS

Avaliador Externo (FIOCRUZ)

MARIA IZABEL MACHADO

Avaliador Externo (UFPR)

ANA PAULA VOSNE MARTINS

Avaliador Externo (UFPR)

MARIA DE LOS ÁNGELES ARIAS GUEVARA

Avaliador Externo (UFPR)

* Skysse

À Dione, Renata e Deize, mulheres, mães
que me inspiram todos os dias.

Agradecimentos

Gratidão não é uma palavra abrangente o suficiente para expressar meu sentimento por meus pais, Dione e Silvestre. Jamais poderei retribuir todo o amor, apoio e compreensão que tive de vocês por toda a minha vida, e de maneira impressionante durante estes quatro anos. Mas o amor é mesmo um constante dar e retribuir, sem nunca fechar a conta. Amo vocês!

À minha irmã Renata e meu irmão Bruno, por fazerem parte de quem eu sou e estarem um pouco aqui também. Obrigada pelo apoio e pela compreensão da ausência em muitos momentos.

Ao Caio, sobrinho amado, que nasceu no decorrer desta tese e amoleceu meu olhar e me fez enxergar a beleza onde antes não existia nada.

À minha tia Deize, por dar vários passos comigo nesta estrada e meu primo Gabe por me mostrar que as coisas sempre podem ser mais alegres do que parecem.

Ao Thiago, que hoje compõe uma nova canção de amor para nossas vidas. Obrigada por ter me encontrado no deserto.

À professora Marlene, orientadora e amiga, que sempre se dedicou intensamente ao meu trabalho e ao meu crescimento, e manteve um olhar carinhoso pelo meu caminho e pelo que podíamos alcançar juntas.

À banca de qualificação desta tese, professoras Ana Paula, Eliane e Carmen, pelo tempo dispendido e pelas contribuições generosas.

À banca de defesa de tese, professoras Ana Paula, Eliane, Maria e Maria Izabel, pela disposição em auxiliar e fazer parte deste momento.

Axs amigxs queridxs que me acompanharam. Camila, fiel escudeira, pronta pra me dar colo, abrigo, consolo, em qualquer momento e situação. Jamais vou esquecer o que passamos juntas e o que estamos sendo uma para a outra. Amo-te. À Thaís, que retornou à minha vida e devolveu a alegria de estar junto, de ser forte e seguir em frente. Muito obrigada. Ao Paulo Victor, pelos conselhos e consolos, pelos momentos dispensados para que eu pudesse me sentir bem e enfrentar os desafios. À Cathy, grata surpresa, que me ouviu, me apoiou, e me apresentou um novo motivo para sorrir. À Letícia, amiga querida, obrigada por sua presença de uma sutileza reconfortante. Fabíola, amiga, conselheira, que está sempre disposta a ajudar com uma palavra ou com uma torta inteira. A presença de vocês foi imprescindível para a conclusão deste trabalho.

Axs colegas do programa de doutorado e da linha de pesquisa, por crescerem junto, e especialmente axs amigxs que encontrei. Anelise, mulher forte e linda, que foi minha inspiração e meu conforto nos momentos mais difíceis. Obrigada por me deixar fazer parte do seu mundo. Pra sempre vou te amar. Sandro, meu anjo, que me dedicou seu tempo e seu carinho, e nos refizemos nesta amizade, encontrando forças um no outro. Morgana, amada, que passou os primeiros anos do doutorado do meu lado, mas nunca mais sairá do meu

coração. Maria Izabel, que estava sempre pronta para um café de consolo ou para generosamente dividir seu conhecimento. Muito obrigada por estarem aqui.

À UFPR e ao Programa de pós-graduação em sociologia, pela oportunidade e acolhida, e ao Katiano, por sua dedicação sempre com competência e delicadeza.

À Unicentro, pelo incentivo administrativo à qualificação docente e ao Departamento de Nutrição, pelo apoio.

Às amigas e colegas do DENUT, em especial à Dani, Gabi e Paula, por todo o apoio e carinho, nas incertezas e nas dificuldades da vida. Nos fortalecemos juntas e seguiremos unidas. Muito obrigada.

À Bia, do DEHIS, pelo incentivo e pelas aulas particulares que tive nas nossas conversas. Muito obrigada por estar do meu lado e não me deixar desanimar.

A todos os alunos que tenho, já tive e vou ter, por ser minha fonte de inspiração.

À Secretaria de Saúde, por abrir o caminho ao interessar-se pela pesquisa, às Unidades de Saúde e profissionais com quem conversei, que foram de extrema importância para o campo de pesquisa e principalmente à Agentes Comunitárias de Saúde, que dividiram suas experiências pessoais e profissionais, construindo comigo este trabalho.

Às mães que ajudaram a construir esta pesquisa, abrindo as portas e o coração, compartilhando suas histórias e seus sentimentos. O que me proporcionaram foi muito além de conhecimento acadêmico, e agora faz parte da minha vida também.

A todas as mulheres que são e serão mães, por ser minha fonte de força para a luta.

A quem cruzou meu caminho nesses anos e de muitas maneiras me inspiraram, me acalmaram, me intrigaram, me auxiliando a exercitar o pensamento constantemente, muitas vezes sem nem saber a importância do que me falavam.

Todo o meu amor a vocês!

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém”.

(Dalai Lama)

RESUMO

A maternidade é alvo frequente de estratégias e normatizações, que vão se delinear a depender do tempo e do período, imbricada em temas como a moral, a ciência e a religiosidade, que, por sua vez, também se interpelam ou se coadunam. Tais relações irão refletir nas experiências das mulheres e em sua autonomia no exercício da maternidade, mediando seus desejos e escolhas e modificando ou limitando suas possibilidades nas tomadas de decisão. Este trabalho tem como foco pensar a experiência da maternidade, incluindo as implicações de suas posições e investimentos particulares a partir do seu vivido, e as influências das práticas biomédicas e políticas relativas ao cuidado e ao aleitamento materno, segundo as inserções das mães nas relações sociais e discursos médicos, e o que se move e o que se faz a partir destas interdependências. É um tema de relevância para a compreensão de processos que são políticos e também constitutivos da subjetividade das mulheres, das suas escolhas e possibilidades e ou conflitos sobre ser mulher, ser mãe, trabalhar e dar conta de nutrir bebês. O objetivo geral é compreender como é a experiência da mulher mãe frente ao aleitamento materno em face a sua vida e ao discurso médico-científico sobre o ideal da amamentação. Trata-se de um estudo de base qualitativa, com perspectiva de gênero, de base hermenêutica, logo interpretativo, realizado a partir de entrevistas em profundidade com 12 mulheres, mães de crianças entre seis meses e dois anos de idade. As mulheres que auxiliaram na construção desta pesquisa foram acessadas a partir de Unidades Básicas de Saúde participantes da Estratégia Saúde da Família, e foram entrevistadas em seus domicílios, sobre suas experiências com gestação, parto, aleitamento materno e cuidado de crianças pequenas. As mães participantes eram donas de casa, trabalhadoras formais e informais; com um e mais filhos e filhas; casadas, solteiras e separadas; compreendendo desta forma diversas situações e experiências de maternagem. Além disso, conversas com Agentes Comunitárias de Saúde auxiliaram na construção do campo de pesquisa, em que se visibilizou a discrepância de discursos, retratando a complexidade dos processos de negociações contínuas, das pressões externas e resistências internas. Das conversas com as 12 entrevistadas emergiram categorias de análise que foram organizadas em dois grandes temas: 1) Aleitamento Materno e Cuidado: Experiências, Necessidades e Urgências (que trata das falas sobre aleitamento materno, suas relações e conflitos, a maternidade como lugar na família e o aleitamento materno como sentimento); e 2) O Trabalho do Cuidado e as Relações de Gênero (que abarca o cuidado de crianças, as redes de solidariedade e a divisão sexual do trabalho do cuidado). Em relação ao aleitamento materno, as mulheres entrevistadas demonstram uma valorização do discurso médico institucionalizado e não necessariamente uma discordância no fundamento do que é recebido como aconselhamento vindo da teoria médica. A prática, no entanto, baseia-se na experiência, que tem várias formas de conjugar o vivido com as novidades aprendidas pela teoria. As trocas de experiência fazem parte das relações destas mulheres, com suas mães, tias, irmãs e filhas. Elas também possuem suas representações prévias, suas próprias experiências e a individualidade da criança, formando arranjos para o aleitamento materno que geram um caleidoscópio de possibilidades, gerenciados de acordo com as condições, necessidades, saberes e empoderamento de cada mulher. A decisão por uma prática ou outra varia com a fluidez das interdependências, e o que precisa ser acionado a cada momento, dada a situação. Em relação ao trabalho do cuidado e as relações de gênero, vemos que o lugar de mãe é valorizado socialmente, inclusive pelas mulheres entrevistadas, e a maternidade relacionada com a mulher e o papel

esperado para ela. Na família, o cuidado é visto como uma atividade das mulheres, que se unem, se revezam e se ajudam nesta tarefa. Foram citadas prioritariamente as mães como fonte de ajuda, mas também tias, irmãs, sogras, primas, filhas mais velhas, vizinhas e amigas. As mulheres são as mais responsabilizadas pelo cuidar, e por isso, as mais afetadas pela desvalorização social do trabalho do cuidado. As relações que se fazem socialmente e que demarcam o trabalho do cuidado fazem deste um trabalho gendricado, baseado na responsabilização diferenciada de homens e mulheres, com prejuízos sociais e democráticos para as últimas. As soluções nas menores esferas de relação, a família, engendram a necessidade da instauração de uma rede de solidariedade de cuidado da criança, que se forma quase que exclusivamente por mulheres. Esta estrutura diminui as possibilidades de mulheres, desde jovens, na busca por educação e emprego, limitando seu leque de escolhas na vida, e sua autonomia.

Palavras-chave: Experiência; maternidade, cuidado, aleitamento materno; autonomia; políticas públicas.

ABSTRACT

Motherhood is a constant target of strategies and standards, that will be outlined depending on the age and period, tangled in themes like morality, science and religiosity, which, in turn, query and coadunate one with another. Such relationships will reflect on the experiences of women and their autonomy in the exercise of motherhood, mediating their desires and choices and modifying or limiting their possibilities in decision making. This work aims to think about the experience of motherhood, including the implications of its positions and particular investments from the experience itself, and the influences of biomedical and political practices related to care and breastfeeding, according to the insertions of mothers in social relations and medical discourses, and what moves and what is done from these interdependencies. It is a relevant subject for the understanding of processes that are political and also constitutive of women subjectivity, their choices and possibilities and or conflicts about being a woman, being a mother, working and nursing. The general objective is to comprehend how the mother-woman's experience with breastfeeding is, concerning her life and the medical-scientific discourse on the ideal of breastfeeding. This is a qualitative study, with a gender perspective and an hermeneutical basis, therefore, it is interpretive, based on in-depth interviews with 12 women, mothers of children between six months and two years old. The women who assisted in the construction of this research were reached from the Basic Health Units part of the Family Health Strategy, and they were interviewed in their homes about their experiences with pregnancy, childbirth, breastfeeding and caring of young children. The attending mothers were housewives, formal and informal workers; with one and more sons and daughters; married, single and divorced; constituting in this way many situations and experiences of mothering. In addition, conversations with Community Health Agents assisted in the construction of the research field, in which the discourse discrepancy became visible, portraying the complexity of the processes of continuous negotiations, external pressures and internal resistances. From the conversations with the 12 respondents emerged categories of analysis that were organized into two main themes: 1) Breastfeeding and Care: Experiences, Needs and Urgencies (that deals with the talks about breastfeeding, its relationships and conflicts, motherhood as a place in the family and breastfeeding as a feeling); and 2) The Work of Care and Gender Relations (which includes child care, solidarity networks and the sexual division of the work of care). Regarding breastfeeding, the women who were interviewed demonstrate an appreciation for the institutionalized medical discourse and not necessarily a disagreement on what is received as advice from the medical theory. The practice, however, is based on experience, which has several ways of combining the experiences lived with the news learned by the theory. The exchanges of experience are part of these women's relationships with their mothers, aunts, sisters and daughters. They also have their previous representations, their own experiences and the individuality of the child, forming arrangements for breastfeeding that create a kaleidoscope of possibilities, managed according to the conditions, needs, knowledge and empowerment of each woman. The decision for one practice or another varies with the fluidity of interdependencies, and what needs to be triggered at each moment, depending on the situation. In relation to the work of care and gender relations, we see that the mother's place is socially valued, even by the women interviewed, and the motherhood related to the woman and the role expected for her. In the family, the caring is seen as an activity of women, who get united, take turns and help each other in this task. Mothers

were mentioned primarily as a source of help, but also aunts, sisters, mothers-in-law, cousins, older daughters, neighbors and friends. Women are the most responsible ones for caring, and consequently, the most affected ones by the social depreciation of the work of care. The relationships that are socially established and that demarcate the work of care make this a gender-grounded work, based on the differentiated responsibility of men and women, with social and democratic damages for the latter. Solutions in the smallest spheres of relationship, the family, generate the need to establish a solidarity network of child caring, which is almost formed exclusively by women. This structure diminishes the possibilities of women, since their youth, in the search for education and employment, limiting their range of choices in life, and their autonomy.

Keywords: Experience; motherhood, caring, breastfeeding; autonomy; public policies.

RESUMEN

La maternidad es un destino frecuente de estrategias y normas, que se forman dependiendo del tiempo y el período, imbricados en temas como la moral, la ciencia y la religión, que, a su vez, también se interpelan o son consistentes. Este tipo de relación reflejará en las experiencias de las mujeres y su autonomía en relación con la maternidad, la mediación de sus deseos y decisiones y modificar o limitar sus posibilidades en la toma de decisiones. Este trabajo se centra pensar la experiencia de la maternidad, incluyendo las implicaciones de sus posiciones y las inversiones privadas de su vida, y la influencia de las prácticas biomédicas y políticas relacionadas con el cuidado y la lactancia materna, de acuerdo con las inserciones de las madres en las relaciones sociales y los discursos médicos, y el movimiento que se hace de estas interdependencias. Es un tema relevante para la comprensión de los procesos que son políticos y también constitutivos de la subjetividad de las mujeres, sus opciones y posibilidades y conflictos de ser mujer, ser madre, trabajar y cuidar y nutrir los bebés. El objetivo general es comprender cómo es la experiencia de las mujeres madres frente a la lactancia materna en la cara de la vida y del discurso médico-científico sobre la lactancia materna ideal. Se trata de un estudio de base cualitativa, con una perspectiva de género, de base hermenéutica, por lo tanto interpretativo, realizado a partir de entrevistas en profundidad con 12 mujeres, madres de niños y niñas de entre seis meses y dos años de edad. Las mujeres que ayudaron en la construcción de esta investigación se accede desde Unidades Básicas de Salud que participan en la Estrategia de Salud da la Familia, y fueron entrevistadas en sus hogares sobre sus experiencias con el embarazo, el parto, la lactancia materna y el cuidado de los niños y niñas pequeñas. Las madres participantes eran doñas de casa, trabajadoras formales o informales; con uno o más hijos e hijas; casadas, solas o separadas; o que comprendió diferentes situaciones y experiencias de cuidado de niños. Además, las conversaciones con agentes comunitarios de salud ayudaron en la construcción del campo de búsqueda, en que se ha visto la discrepancia de discursos, o que representa la complejidad de los procesos de negociaciones continuas, presiones externas y resistencias internas. Al hablar con las 12 entrevistadas, ha surgido categorías de análisis que se han organizado en dos temas principales: 1) la lactancia materna y cuidado: experiencias, necesidades y emergencias (que se ocupa de las líneas sobre la lactancia materna, sus relaciones y conflictos, la maternidad como un lugar en la familia y la lactancia materna como sentimiento); y 2) el trabajo de cuidado y relaciones de género (que incluye el cuidado de los niños, las redes de solidaridad y la división sexual del trabajo de cuidado). En relación con la lactancia materna, las mujeres entrevistadas ha demostrado una apreciación del discurso médico institucionalizado y no necesariamente un desacuerdo sobre la base de lo que se recibe como un consejo de la teoría médica. La práctica, sin embargo, se basa en la experiencia, que tiene varias maneras de combinar los vividos con lo aprendido por la teoría. El intercambio de experiencias son parte de la relación de estas mujeres, con sus madres, tías, hermanas e hijas. Ellas también tienen sus representaciones anteriores, sus propias experiencias y la individualidad del niño o niña, haciendo los arreglos para la lactancia materna que generan un calidoscopio de posibilidades, gestionados de acuerdo con las condiciones, necesidades, el conocimiento y la potenciación de todas las mujeres. La decisión de una práctica u otra varía con la fluidez de las interdependencias, y lo que necesita ser activado en cualquier momento, dada la situación. Sobre el trabajo y las relaciones de cuidado y de género, vemos que el lugar de la madre está valorado

socialmente, incluyo para las mujeres entrevistadas, y la maternidad es relacionada con las mujeres y el papel que se espera de ella. En la familia, la atención se ve como una actividad de las mujeres que se reúnen, se turnan y ayudan en esta tarea. Principalmente las madres fueron citadas como fuente de ayuda, sino también las tías, hermanas, suegras, primas, las hijas mayores, vecinas y amigas. Las mujeres están más expuestas al trabajo de la atención, y por lo tanto son las más afectadas por la devaluación social del trabajo de cuidado. Las relaciones que se hacen no social demarcan el trabajo de cuidado y hacen de este un trabajo gendricado, sobre la base de la responsabilidad diferenciada de hombres y mujeres, con el daño social y democrático a estas últimas. Las soluciones en esferas más pequeñas de relación, la familia, generan la necesidad de la creación de una red de solidaridad de cuidado de niños y niñas, el cual está formado casi exclusivamente por mujeres. Esta estructura reduce las posibilidades de las mujeres, desde jóvenes, en la busca de la educación y el empleo, lo que limita su gama de opciones en la vida, y su autonomía.

Palabras clave: Experiencia; cuidado; maternidad; lactancia materna; autonomía; políticas públicas.

Sumário

RESUMO	8
ABSTRACT	10
RESUMEN	12
INTRODUÇÃO	16
1 A MATERNIDADE E O ALEITAMENTO MATERNO	28
1.1 A MATERNIDADE E O ALEITAMENTO MATERNO NAS CIÊNCIAS MÉDICAS	32
1.1.1 Medicina, Corpo e Saúde	37
1.1.2 Ciência e Políticas Públicas	50
1.2 EXPERIÊNCIAS, SABERES E PRÁTICAS DA MATERNAGEM	55
2 O CUIDADO E A MATERNIDADE	66
2.1 RELAÇÕES DE GÊNERO, DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E CUIDADO	69
2.2 O CUIDADO DE CRIANÇAS	81
2.3 CUIDADO E POLÍTICAS PÚBLICAS	88
3 METODOLOGIA	100
3.1 O CAMPO E A ABORDAGEM	102
3.2 A CHEGADA AO CAMPO	111
3.3 IDENTIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES E SEUS FILHOS E FILHAS	134
4 ALEITAMENTO MATERNO E CUIDADO: EXPERIÊNCIAS, NECESSIDADES E URGÊNCIAS	140
4.1 AS FALAS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO	141
4.1.1 Valorização e conflito com a recomendação médica	141
4.1.2 Relações, interdependências e experiências das mulheres	145
4.1.3 O aleitamento materno como organizador da rotina	158
4.1.4 O desmame	164
4.2 A MATERNIDADE COMO LUGAR NA FAMÍLIA E O ALEITAMENTO MATERNO COMO SENTIMENTO	172
4.2.1 O lugar da criança na família	175
4.2.2 O lugar da mulher na família	177

5	O TRABALHO DO CUIDADO E AS RELAÇÕES DE GÊNERO	182
5.1	O CUIDADO DE CRIANÇAS	182
	5.1.1 O cuidado como trabalho gendricado	182
	5.1.2 As redes de solidariedade	198
5.2	O PAI, A MÃE E A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO DO CUIDADO	201
	5.2.1 A participação do pai	201
	5.2.2 A divisão sexual do trabalho	209
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	211
	REFERÊNCIAS	221
	ANEXOS	230

INTRODUÇÃO

Se, por um lado, a medicina científica contribuiu para diminuir os riscos da procriação, por outro se distanciou das mulheres, construindo uma barreira entre o saber médico-científico e o saber empírico feminino; em última instância, entre os médicos e as mulheres.

(Lucila Scavone)

A dedicação a uma pesquisa, à escrita e à vida científica e acadêmica obedece a interações complexas, subjetivas e objetivas, da pessoa que a ela se dedica. A busca por um tema de pesquisa, ou ainda, como o tema nos encontra, passa tanto por uma empatia, de cunho pessoal, de trajetórias de vida, como por um incômodo profissional, do âmbito das relações que se faz com os saberes. No caso deste trabalho, o pensar a maternidade traz a tona um tema do cotidiano – que na minha vida está presente no acompanhar amigas, irmã, cunhadas, primas e também, profissionalmente, muitas outras mulheres –, mas que muitas vezes está embaçado por uma legitimidade de quem fala sobre a maternidade, e o que seria considerado adequado ou não nas práticas de maternagem, e a individualidade das representações e das experiências vividas.

A maternidade é alvo frequente de estratégias e normatizações, que vão se delinear a depender do tempo e do período, imbricada em outros temas como a moral, a ciência e a religiosidade, que, por sua vez, também se interpelam ou se coadunam. Tais relações irão refletir nas mulheres e em sua autonomia no exercício da maternidade, mediando seus desejos e escolhas e modificando ou limitando suas possibilidades nas tomadas de decisão na maternagem.

O tema do presente estudo constitui-se na análise das experiências de cuidado e do aleitamento materno conforme são vividas pelas mulheres, mães de crianças menores de dois anos, cadastradas na Estratégia Saúde da Família, e a relação deste conteúdo vivido com a norma social e o discurso médico-científico.

Este trabalho tem como foco pensar a experiência da maternidade, incluindo as implicações de suas posições e investimentos particulares a partir do seu vivido, e as

influências das práticas biomédicas e políticas relativas ao cuidado e ao aleitamento materno, segundo as inserções das mães nas relações sociais e discursos médicos, e o que se move e o que se faz a partir destas interdependências.

É um estudo preocupado em dar voz às mulheres e aos sentidos que fazem de suas experiências de maternagem, enfocando no cuidado e no aleitamento materno. Se insere em uma metodologia de base qualitativa, a partir do campo de estudos de gênero e que aciona a interpretação como parte de um fazer hermenêutico. Foi realizado a partir de entrevistas em profundidade realizadas com 12 mulheres, mães de crianças entre seis meses e dois anos de idade, estruturando-se ao redor da seguinte pergunta de partida: Como é a experiência da mulher que é mãe no cuidado e no aleitamento materno de crianças pequenas a partir das interdependências dos conteúdos da sua vida pessoal, da sua vida social e da normatização da maternidade feita pela medicina?

Para tal, inicialmente procedeu-se observação em Unidades de Saúde participantes da Estratégia Saúde da Família em um município do litoral paranaense, conversas com enfermeiras responsáveis e Agentes Comunitárias de Saúde sobre as práticas de maternagem, a partir das quais refletimos sobre as percepções de saberes institucionalizados que demandam de mulheres.

Foi realizada uma entrada no campo a partir destas conversas, na qual foi possível perceber a relação dos níveis estruturais e hierárquicos da organização da saúde em torno da maternidade e o que é proposto para a ‘população atendida’, neste caso mulheres mães de crianças menores de dois anos. As Agentes Comunitárias de Saúde são a última ponta da relação entre o sistema de saúde e estas mulheres, e sua relação é ao mesmo tempo complexa e fluída. Há uma motivação pessoal para a realização do trabalho conforme as normas, mas elas também possuem suas próprias experiências de maternagem que muitas vezes são acionadas tanto para ponderar aspectos normatizados para o exercício da sua atividade, quanto são acionadas para interagir com as decisões das mulheres mães. Portanto, a relação entre elas ora desencontra-se totalmente, e outras vezes, coadunam-se como participantes da mesma comunidade, que compartilham as mesmas percepções sobre a maternagem.

Com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde, as Agentes Comunitárias de Saúde disponibilizaram informações sobre as mães em cada área de abrangência da Estratégia, e a partir disto, foram acessadas as 12 mulheres que auxiliaram na construção desta pesquisa. Elas foram entrevistadas em seus domicílios, sobre suas experiências com

gestação, parto, aleitamento materno e cuidado de crianças pequenas. As mães participantes eram donas de casa, trabalhadoras formais e informais; mães de apenas um filho ou filha e mães de dois ou mais filhos e filhas; casadas, solteiras e separadas; compreendendo desta forma diversas situações e experiências de maternagem.

O objeto de estudo trata dos sentimentos, visões, representações e experiências compartilhadas pelas mães de crianças de seis meses a dois anos, quando elas lidam com suas próprias possibilidades e dificuldades na rotina do cuidado da maternagem e se deparam com normas sociais, discursos e enunciados médicos e de diferentes profissionais da saúde no atendimento e no acompanhamento das mães e das crianças nas Unidades de Saúde ou nos diferentes espaços de intervenção normativa.

Considera-se para isto a relação subjetiva e objetiva com o poder e a sempre tensa experiência das mulheres, no que tange a sua vontade, escolha e possibilidades de cuidar da criança, matinar e amamentar. Ela oferece um desafio radical para o sentido de identidade da pessoa, para sua visão das relações humanas e de concepções sobre amamentar e cuidar. Este texto parte das relações do vivido na maternidade e aqui se apresenta como parte de uma preocupação social, política, acadêmica, pessoal e institucional, voltada a compreender e visibilizar tais relações.

Relações estas que se fazem a partir de uma estrutura gendrificada, em que o gênero como construção social, política e cultural produzida arbitrariamente em relação a algum determinante, em geral biológico, atua em cada contexto e em cada relação de maneira particular, embora reiterando desigualdades. Mantêm-se por vezes, com enormes desigualdades no que tange a responsabilização e ao reconhecimento de direitos às mulheres. As desigualdades de gênero e sua composição e atuação em vários campos de saber, dos cuidados e dos direitos, incide de maneira diferente se o sujeito é homem ou se é mulher, mas também incide de maneira diferente se a mulher é pobre, rica, branca, preta, idosa, jovem, em faixa reprodutiva, se ela trabalha fora de casa, e/ou em casa. A depender da escolaridade e de uma quantidade imensa de situações, incide sobre os processos das pessoas e de suas produções de subjetividade nas diversas áreas da vida social, na sexualidade, na orientação sexual e na geração da vida.

O tema desta tese que se posiciona com o desafio da desnaturalização das máximas essencializadoras a respeito das experiências das mulheres no que tange a amamentação se insere academicamente com o intuito de contribuir para a dissolução das desigualdades de

gênero, dilatando as percepções sociais e visibilizando os desafios a respeito das ações políticas necessárias no sentido da democratização do cuidado.

Assim, a maternidade é um campo de ação constante, de estratégias e normatizações, e tudo o que ela envolve em seus conteúdos de desejo, escolhas, coerções e posição de sujeito frente à autonomia, liberdade, informação e condições de tomada de decisão das mulheres.

Pensando com a biopolítica de Michel Foucault, este processo de instituição da mãe – por meio de políticas, estratégias, saberes e discursos – está no conjunto das tecnologias discursivas e das práticas mediadas, agenciadas e constituídas por saberes e jogos de verdade relacionados a produção, ao sistema de signos, as tecnologias de poder e as tecnologias de ser, os indivíduos e os saberes são instituídos e se instituem a respeito da amamentação e dos cuidados ideais. Neste sentido, o discurso biomédico organiza-se e funciona pelo acionamento de práticas discursivas que consagram saberes e enunciados, a respeito da irrupção repentina de sujeitos inéditos, como o são as mães e as crianças nos novos e antigos argumentos relativos a amamentação.

O discurso biomédico tem a pretensão de ser um discurso único, de verdade, que busca o engajamento dessas mulheres em novos poderes de si a partir da medicina e das práticas de amamentação e cuidado em saúde. Apresentam-se novas perspectivas sobre como devem ser os corpos das mulheres e de como elas podem colaborar com a saúde das crianças, e, assim se pensa que elas podem tornar-se úteis e adequadas aos saberes propostos.

Entretanto, estes aspectos anunciados frequentemente se confrontam com as possibilidades de exercícios de saberes e de poderes diferentes, que são das mulheres, gerando novas relações, práticas e percepções que dão origem às experiências da maternagem, mais ou menos longe das regras, a depender da situação vivida.

Nos últimos 30 anos e ainda atualmente, no Brasil, o Ministério da Saúde empreende uma batalha na busca do aumento da prevalência do aleitamento materno. Após a condução de pesquisas nacionais sobre esta prevalência, foram elaboradas cartilhas explicativas, propagandas veiculadas na mídia, cartazes espalhados em Unidades Básicas de Saúde, entre outras ações, com o objetivo de ampliar esta prática, diminuir a adesão ao que é considerado ‘mito’ na perspectiva biomédica, e aumentar o período que as crianças recebem aleitamento materno, desconsiderando as necessidades, a concretude da vida da

mãe e as representações e relações das mulheres para a tomada de decisão no cuidado e no aleitamento materno.

Portanto, a relação entre a realidade da mãe e o ideal proposto pela vida social e pelo discurso médico-científico pode gerar tensões entre os saberes, os discursos e as experiências com a amamentação. Esta relação – e suas interdependências – pode trazer diferentes sentimentos à mulher, incluindo conflitos e culpabilização, vinculados à forma como se produz no discurso biomédico em face à prática de aleitamento materno que a mãe conduz, ou tem condições para conduzir.

Partimos do pressuposto que as mães tem uma história de vida e de relações com seus filhos e sua nutrição e que estas relações históricas, sociais e biomédicas relativas a maternidade e a amamentação não foram suficientemente visibilizadas a partir da experiência das mães. Parece sempre que são os outros as pessoas autorizadas a falar da experiência e das necessidades das mães quando se trata de amamentação, portanto, para a pesquisa se torna relevante dar voz a estas narrativas. Frequentemente, a criança e sua nutrição são colocadas em primeiro plano, sem reorganizar saberes, possibilidades e valores na relação com o contexto da mãe e de suas condições ou não para engendrar o cuidado. Por vezes, esquecemos dos sentimentos, das práticas cotidianas, dos conflitos e das condições de direito e necessidades, imbricadas nestas relações densas.

Lembramos que as escolhas estão em linha com preferências que são aprendidas a partir de padrões e valores sociais que vem de interações sociais, culturais e familiares. Entretanto, não se trata de negar primariamente a existência da escolha. As escolhas, e o grau de autonomia das pessoas, são próprias, e se modificam a depender de sua inserção no contexto de suas relações sociais concretas. Valorizar sua experiência, considerando suas escolhas e suas percepções, mesmo que se deem a partir de uma relação de poder, significa aumentar o leque de opções de quem está na posição desvalorizada, e questionar a própria desvalorização.

O tema desta tese está inserido na desconstrução teórica e empírica da essencialização e da reessencialização da mãe quando se trata da amamentação e do cuidado de crianças. A relevância social da proposta desta pesquisa esta em compreender a experiência das mulheres por elas mesmas e em compreender que elementos se conflitam com o discurso biomédico. Entendemos que a construção das representações sobre o amor materno é parte de um discurso social, com práticas biomédicas e conectadas a um conjunto das práticas culturais. Portanto, a tese que aqui se propõe está comprometida com

a desconstrução do sentimento materno como sendo algo natural, bem como, com o desafio de escutar a narrativa de mulheres sobre este trabalho reprodutivo, para dar voz as suas experiências, frequentemente invisibilizadas. Contribui para formar novos saberes teóricos e empíricos a respeito da experiência das mães no tocante as práticas adotadas com o cuidado à criança, principalmente no que tange ao aleitamento materno que é uma construção datada, produzida por discursos biomédicos e com estratégias de agenciamento visando o engajamento das mulheres.

Esta institucionalização discursiva e este modo de a fazer por meio dos médicos, do estado, ou dos diversos agentes do direito ou da moral normativa sobre nutrir, alimentar, cuidar, não produziram uma massa de adesões ao proposto. Sempre as mulheres necessitaram fazer arranjos com seus corpos, entre elas ou com sistemas de outras instituições. Os processos de nutrir e amamentar também foram entrecruzados pelo mercado, pelos leites artificiais, por outras formas culturais, bem como por diversas normatizações em diferentes períodos da história. Interesses sanitários, epidemiológicos, políticos e jogos de saberes, tanto das mães, das avós, das parentes, da comunidade cultural, como das pesquisas têm modificado os valores sobre a amamentação. Daí pode-se afirmar que estes fatos também constituem o tema como da maior relevância para a compreensão de processos tão políticos ao mesmo tempo que tão constitutivos da subjetividade das mulheres, das suas escolhas e possibilidades e ou conflitos sobre ser mulher, ser mãe, trabalhar e dar conta de nutrir bebês.

O pensamento sobre a maternidade, em pelo menos alguma de suas formas – para ações, rejeições ou omissões de intenções, desejo, dever, projeções –, é feito presente na vida das mulheres desde seu nascimento. A sociedade ocidental e a biomedicina acoplam o ideário de um desejo pessoal, ou em uma perspectiva futura colocada sobre o corpo feminino, figurando o imaginário de meninas, adolescentes e mulheres adultas durante sua vida. Não é incomum meninas e jovens pensarem sobre ‘quando forem mães’, e muitas outras planejam ou viverem a experiência, mesmo de uma forma diferenciada da esperada, ou experimentando sentimentos contraditórios.

Assim como para grande parte destas mulheres, em minha experiência pessoal houve o tempo do pensamento, do sonho com os futuros filhos, o tempo do planejamento, que ia sempre sendo postergado em virtude das atividades profissionais. Até que um dia se chega à inesperada – porque fora do alcance da consciência, e ao mesmo tempo tão óbvia – pergunta: “Por que eu tenho que ter um filho?”, ou ainda, “Será que eu quero ter filhos?”.

Grande parcela da responsabilidade por se chegar a esta e outras instigantes perguntas se dá pela minha trajetória profissional. Desde minha graduação em Nutrição, pela Universidade Federal do Paraná, trabalho com mães de crianças menores de dois anos, em vários aspectos da saúde e da alimentação das gestantes, puérperas e mães que amamentam, e de seus filhos, sempre no âmbito da Saúde Pública. Acompanhei muitas mulheres em Curitiba e cidades litorâneas e do interior, nas regiões urbana e rural, na condição de estudante, profissional, professora e pesquisadora. Cada história é uma história. Quando se conversa, em uma família, sobre sua vida, suas realizações, seu cotidiano, se percebe uma infinidade de relações que se perdiam na escrita de um trabalho científico na área da saúde.

Na pesquisa realizada para a conclusão do mestrado em Nutrição, pela Universidade Federal de Santa Catarina, cheguei a resultados que relacionavam o aleitamento materno sendo oferecido exclusivamente à criança até os 6 meses de idade, com aspectos socioeconômicos e demográficos das famílias. Foram 426 mães entrevistadas, gerando muitas tabelas, gráficos, números e correlações estatisticamente significativas. Porém, todas as histórias que ouvi e compartilhei ficaram mudas no trabalho final. Foi um grande crescimento pessoal, certamente, mas não sentia nenhum avanço real no sentido da atividade profissional a que eu estava me dedicando. Cada vez que eu ouvia uma história diferente de uma mãe, – e sabendo da orientação padrão que ela recebia do setor saúde – eu me perguntava “como ela vai dar conta?”, “como ela vai fazer isto?”. As resoluções surgiam delas mesmas, que contavam como faziam, o que faziam, o que não faziam, e porque seguiam ou não tudo o que era proposto para elas. Nem sempre em uma parceria tranquila com os profissionais de saúde ou seus parentes, ou ainda, e talvez principalmente, nem sempre de uma forma justa com os próprios desejos daquela mulher.

Neste sentido, pensamos a diferenciação intrínseca que existe entre as ciências sociais e as ciências naturais e biológicas, no que se refere à natureza das áreas e especificidades de seus objetos de pesquisa, que exigem igualmente tratamentos por métodos específicos. Cada qual precisa de seu aporte teórico e metodológico na aproximação da realidade e na compreensão do objeto.

Como consequência, temos uma diferença também na relação entre o pesquisador e seu objeto. Toda ciência passa pela subjetividade e interesse do pesquisador. Porém, nas ciências biológicas, usualmente a abordagem é mais funcionalista, e há uma integração ao sistema médico, e uma busca de adequação ao ‘normal’ e ao ‘típico’. O comprometimento

social está mais distante, uma vez que a relação entre o pesquisador e o objeto é proporcionalmente distante, por depender das características deste último. Na pesquisa sociológica, a relação entre investigador e investigado é, não apenas próxima e relevante, mas implícita, pois o processo de conhecimento depende da visão de mundo de ambos. Apreende as estruturas importantes para as pessoas e para as coletividades, na observação e interação dessas pessoas enquanto agentes sociais, e na valorização da lógica da vida.

Após trabalhar por muitos anos com mulheres mães a partir da visão funcionalista da maternidade e da nutrição de crianças, comecei a pensar na representação da maternidade para estas mulheres. Refletia se seria o resultado de uma coerção, de uma ação tradicional, pela reprodução de sentidos, ou, ao contrário, se dava pela reflexividade, no exercício das práticas e das mudanças, que leva a pessoa a reformular a tradição, e decidir com mais coerência o que cabe na biografia.

De qualquer forma, por desejo ou tradição, a maior parte das mulheres torna-se mãe. E, unindo minha formação profissional com a vivência ao lado de muitas mulheres mães, compreendi que o que se coteja na experiência não se limita ao fato de ser ou não mãe, mas ao ‘como’ ser mãe. Aqui poderemos citar o controle do corpo feminino e de sua sexualidade, da moralidade da mulher que é mãe, do papel social esperado para ela, e do seguimento de todas as regras – dadas pela família, por amigos, pelos médicos, e até por desconhecidos na rua, que se acham no direito de opinar sobre o como uma mãe deve se portar e criar seu filho. Ao mesmo tempo, são estas mulheres que estão fazendo e decidindo sobre suas vidas, conduzindo suas experiências, lidando com várias representações de saberes e práticas da forma que melhor se conecte ou redefina sua subjetividade em relação ao vivido na maternagem.

Todas as histórias tocantes e pensamentos incessantes me conduziram ao desejo de delinear minha trajetória com outro olhar. A decisão pelo estudo da Sociologia surgiu neste contexto, e, com a aproximação às teorias de gênero, as ideias foram sendo colocadas no lugar. A decisão de entrar no doutorado em Sociologia também não foi fácil ou repentina. O desejo ficou sendo maturado por dois ou três anos até que a vontade superasse o medo, e a trajetória conduzisse à escrita desta tese.

Mudar de trajetória no meio do percurso também não é tarefa fácil. No campo da saúde o estudo das ciências humanas – sociologia e antropologia – é constantemente referido como secundário, pois tais disciplinas não têm relação direta com a saúde do corpo. O que importa é a intervenção. Na Nutrição, da mesma forma, a suposição sobre o

outro e sua alimentação são prioritários, e sua saúde, do ponto de vista biológico, deve ser preservada, a partir dos conhecimentos teóricos sobre alimentos, nutrientes e necessidades fisiológicas. O estudo da Sociologia me exige, portanto, muito empenho e uma tentativa epistemológica de olhar as relações de uma forma diferenciada da que aprendi a fazer na área de origem.

De fato, a biologização da maternidade é colocada de tal maneira que minha escolha pela Sociologia para minha qualificação é incompreendida por muitos colegas de profissão. Apesar das barreiras, o tema de estudo merece ser enriquecido, e ganhar força na luta política pela igualdade das mulheres, neste caso, as mães.

A abordagem restrita ao campo da biologia, em detrimento das especificidades culturais, emocionais e das necessidades da mulher, leva a um quadro de impossibilidade de diálogo entre o discurso médico e o saber materno, dando origem ou perpetuando sentimentos, visões e representações da mãe em relação à sua maternidade, em face ao discurso biomédico. Deste modo, é necessário desvelar tais sentimentos, visando tornar a cientificidade mais apropriada à prática do aleitamento materno abrindo possibilidades de novos diálogos com estas estratégias e estes saberes.

O fato é que o argumento da naturalidade da maternidade e seus deveres tornou-se comum na prática médica, evocando à mãe a obrigação do cuidado e ternura extremos, visando o bem do bebê. Deste modo, a mãe se vê em face aos seus sentimentos reais, confrontados ao ideal veiculado insistentemente.

É preciso um discurso que permita confrontar os mecanismos pelos quais o sujeito se engaja, e se torna conivente com os mecanismos que mantêm a sua própria opressão, vividos muitas vezes como libertadores. Trata-se de um conhecimento-emancipador, que dá origem a uma forma autônoma de saber, para transformar a si mesmo em um novo senso comum – o senso comum emancipatório. Ele não apenas considera as experiências, mas também enriquece e é enriquecido por elas, pelas trajetórias e por sua relação com o mundo. É neste sentido que o estudo dos sentimentos, visões, representações e experiências compartilhadas pelas mães de crianças de seis meses a dois anos, quando elas lidam com suas próprias possibilidades na rotina da maternagem, trazem a tona conteúdos novos a este contexto.

A partir destes temas, surgem hipóteses que norteiam o pensar das experiências das mulheres com o cuidado e com o aleitamento materno. É necessário refletir sobre como o processo de amamentação relaciona-se ao conteúdo do vivido por mães em sua vida

cotidiana, produzindo uma subjetividade de valor por correspondência ao ideal de ‘boa mãe’, que pode se coadunar ou conflitar com a sua relação com seu corpo, sua vida, seu trabalho e sua relação com os filhos.

A normatização das práticas em amamentação foi pensada, a partir da perspectiva da mulher, em que se perceba ser ou não adequada à realidade cotidiana das mães, que interpretam as normas, as orientações, as palavras, os saberes dos profissionais de acordo com seu lugar e sua posição, frente as suas necessidades.

Tendo em vista as normatizações que acompanham a maternidade e o aleitamento materno, explora-se como as mulheres percebem seu lugar de mãe e de amamentadora como um lugar de posições múltiplas e variáveis, ao mesmo tempo em que negociam as pressões externas e as resistências internas. Sendo assim, sua subjetivação nem sempre acompanha a normatização de práticas, mas também se pauta pelas experiências compartilhadas pelas mulheres de seu convívio, e exercem a tomada de decisões frente a necessidades cotidianas.

Além disso, abarcam-se as práticas de cuidado de crianças pequenas a depender de variações de acordo com a disposição existente das redes de apoio a que a mulher faz parte, da participação do pai e das ofertas de serviços por políticas públicas, que se fazem presentes ou ausentes na organização do cotidiano das mães.

Com estas hipóteses persegue-se o desenvolvimento reflexivo da pergunta do trabalho, que abarca a experiência da mulher que é mãe no cuidado e no aleitamento materno de crianças pequenas a partir das interdependências dos conteúdos da sua vida pessoal, da sua vida social e da normatização da maternidade feita pela medicina.

Deste modo, o objetivo geral é compreender como é a experiência da mãe frente ao aleitamento materno em face a sua vida e ao discurso médico-científico sobre o ideal da amamentação.

Os objetivos específicos de que tratam esta tese são: 1) Analisar como é o conteúdo do vivido por mães em sua vida cotidiana, em relação ao que os processos de amamentação podem ou não produzir (sentimentos, percepções e conflitos) na organização da relação do seu corpo, sua vida, seu trabalho e o bebê que demanda; 2) Analisar de que forma o processo de normatização das práticas em cuidado e amamentação, tal qual vem sendo proposto, esbarra nas dificuldades da realidade cotidiana, gerando ou não um deslocamento em direção às necessidades práticas da mãe; 3) Compreender como as mulheres desta pesquisa organizam sua experiência, seus saberes e seus desafios cotidianos, frente aos

processos de cuidado e amamentação, e a interface que relaciona o ideal de mãe e a vida social; 4) Entender como gerenciam os saberes dos discursos biomédicos, seus saberes, e seu empoderamento, frente as dinâmicas culturais ou pessoais de outras ordens, seguindo ou adequando os padrões propostos para maternagem conforme sua necessidade e/ou subjetividade; e 5) Refletir sobre as práticas de cuidado de crianças pequenas, as redes de apoio, a participação do pai, a relação com o estado e com as políticas públicas, conforme são sentidas na vida das mulheres e sobre os arranjos que se fazem necessários na vida cotidiana.

Seguindo estas metas como guia, este trabalho se estrutura da forma apresentada a seguir. O capítulo de abertura apresenta a maternidade e o aleitamento materno na sua relação com a medicina, a saúde e as Políticas Públicas. Trata do controle do corpo feminino e da naturalização da maternidade pela ciência biomédica, que evoca um saber sobre a forma mais adequada de se exercer a maternidade, incluindo-se a prática do aleitamento materno segundo um manual teórico rígido. A partir disto, refletimos sobre a experiência da mulher com a maternagem e as possibilidades para sua própria organização do tempo, seus desafios e saberes, que dão origem à sua prática.

O segundo capítulo discute o cuidado como trabalho gendricado e a relação das mulheres com esta função quando se tornam mães, a partir de um pensamento que existe na sociedade ocidental moderna sobre uma suposta relação natural entre a função biológica de gestar e parir e o papel social de mãe. Também abarca o tema do cuidado sob a perspectiva da criança enquanto recebedora de atenção, bem como sobre a necessidade de se prolongar a esfera privada e considerar o cuidado na esfera política.

O terceiro capítulo traça o percurso metodológico deste trabalho, explicando a aplicabilidade e a conveniência da pesquisa qualitativa e da perspectiva de gênero como abordagem hermenêutica ao tema, além de elaborar a importância da epistemologia feminista, não apenas à este tema, mas como um olhar que se pretende mais igualitário do que o hegemônico. Discute a confecção do campo de pesquisa, a entrada a este campo e a reflexão da hierarquia dos saberes na biomedicina, a partir de conversas com enfermeiras e Agentes Comunitárias de Saúde. Contempla também a identificação das mulheres que auxiliaram na construção desta pesquisa.

O capítulo seguinte aborda os conteúdos das experiências das mulheres com o aleitamento materno. Analisa suas interdependências práticas na relação com a recomendação médica, com sua experiência e outras falas, que são levadas em

consideração para a tomada de decisão acerca da amamentação, seu modo de praticá-la ou interrompê-la. É um capítulo de análises, que pretendem trazer a voz destas mulheres, juntamente com o desenvolvimento de teoria sobre o tema da maternagem. Também nele se apresenta a maternidade como um lugar, na família e na sociedade, um lugar possível para muitas mulheres, mas que mantém não sua autonomia, mas o bem-estar da família em primeiro plano, e a mãe como decorrente desta relação. Coteja, entretanto, a extração de prazer na maternidade como parte da experiência vivida.

O quinto e último capítulo continua a abordagem das experiências das mulheres, desta vez no tocante ao cuidado das crianças, como um trabalho gendricado, baseado na responsabilização diferenciada de homens e mulheres nesta atividade. Discute a divisão sexual do trabalho e as redes de solidariedade de cuidado da criança como formadas quase que exclusivamente por mulheres, que as mantêm no papel de cuidadoras, minando suas possibilidades de busca por educação e emprego, e diminuindo seu leque de escolhas na vida. Trata-se, portanto, de um diferencial estrutural e social pela busca de autonomia e alcance da democracia como desvantajosa para mulheres a partir da divisão sexual do trabalho e do cuidado.

Ao final, espera-se realizar um esforço teórico e de rendimento analítico político na luta das mulheres que são mães, dilatando a autonomia na experiência de maternagem, vontades, escolhas e possibilidades destas mulheres no cuidar de uma criança, maternar e amamentar, além de evidenciar as relações sociais que dificultam a busca pela equidade na parentalidade.

1 A MATERNIDADE E O ALEITAMENTO MATERNO

O corpo humano, lugar de observação constante – lugar dos órgãos, funções elementares, humores – , apresenta um traço notável e certamente escandaloso, que é a diferença sexuada e o diferente papel dos sexos na reprodução.

(Françoise Héritier)

A maternidade é uma experiência repleta de significados e atribuições sociais, com muitos fatores – pessoais, simbólicos, históricos, culturais – imbricados desde o momento da fecundação e/ou do projeto imaginado por mulheres, antes mesmo de uma gravidez. A maternidade não é apenas a relação da mulher com a criança por meio da gestação e do parto, mas também, concomitantemente, é a sua construção como “mãe” em uma ordem simbólica, que depende da sociedade, do tempo e do contexto relacional em que ela vive. (TUBERT, 1996).

A maternidade e suas diversas práticas por mulheres e instituições constituem, ao mesmo tempo, o que a sociedade valoriza – como o é o poder de dar a vida – e uma fonte de coerções, culpas e oposições em termos de direito, de condições de trabalho, renda, chefia familiar, atividades de cuidado e relação com a sexualidade, bem como possibilidades de vontades, desejos e escolhas. Partindo destes pressupostos e, sobretudo, considerando o estatuto do amor materno, passam a existir diferentes práticas de maternagem e de aleitamento materno ou nutrição.

Algumas destas práticas são parte de uma história mais distante do nosso tempo, como foi o recurso à ama de leite nos séculos clássicos – conforme discutem Catherine Fouquet e Yvonne Knibiehler (1977) e Elisabeth Badinter (1985) –, bem como nos textos médicos e de intelectuais produzidos e divulgados durante o século XIX, nos quais o modelo de mulher apresentado nega o corpo e a sexualidade feminina, que deveria ser totalmente voltada para a reprodução e necessária para o bom desempenho de sua função como esposa e mãe, em uma hierarquia de corpos, que se relaciona também com a normatização da divisão sexual do trabalho.

Outras são contemporâneas, como o é a discussão sobre as possibilidades reprodutivas, de gestação e parto, o uso de leites industrializados, fórmulas, produtos e tecnologia, o acesso ao leite materno estocado, a participação de mulheres amigas, vizinhas e parentes da mãe nos processos de cuidado e amamentação, e/ou de mulheres amigas que ajudam no trabalho da nutrição e do cuidado das crianças. (TAMANINI, 2009; BOEHS *et. al.*, 2011).

O fenômeno da maternidade no ocidente e de seus trabalhos de cuidado se estabelece gradativamente como prática regrada, e normatizada das anormalidades e dos novos enunciados, bem como da instituição da mãe nos processos subsequentes ao século XVIII europeu, quando se começou a associar e mesmo definir a feminilidade pela maternidade, pressupondo-se esta como meta da vida da mulher, e, mais além, limitando-se a ela. A base do poder familiar era paterna, com conseqüente subordinação da mãe e da criança. As bases jurídica, biomédica e científica nascentes no início do século seguinte colocavam a criança no centro da família, que se unia por laços de ternura e de intimidade com a mãe. Este é um novo enunciado dos saberes biomédicos que vinculam a criança ao amor materno e instituem assim um novo valor, defendido como natural e que incentivava a mulher a cuidar diretamente dos filhos – ideia reforçada por médicos, moralistas e estadistas, porque era compatível com os novos sujeitos e os novos processos de normatização social, baseados em saberes novos sobre as condutas e as práticas e com interesses econômicos, sociais, jurídicos e institucionais. Estes discursos e práticas instituíram a ‘natureza feminina’, apta ao cuidado dos filhos. (MOURA; ARAÚJO, 2004; GIDDENS, 1993).

A nova mãe, responsável por seu filho, busca a ajuda e os conselhos dos médicos, cujas opiniões são comumente levadas em consideração. À mulher era exigido total devotamento, sendo que para tal deveria se eximir de outras atividades para ser boa mãe, permanecendo no lar e se encarregando de todo o cuidado ao filho. Assim, com um filho, ela finalmente seria considerada completa, e, portanto, feliz; plenitude esta que os homens sempre tiveram, mas a mulher só pode alcançar ao ser esposa e mãe. (BADINTER, 1985; TUBERT, 1996).

É neste contexto que a mulher trabalhadora começa a ser observada, descrita e documentada com uma atenção sem precedentes, debatendo-se sobre a conveniência, a moralidade e até a legalidade das suas atividades assalariadas, em contraponto com a manutenção da feminilidade. A visibilidade da mulher trabalhadora resultou da sua

percepção como um problema, que implicava o próprio sentido da feminilidade e a sua compatibilidade com o trabalho assalariado. Fosse o objeto da atenção uma operária, uma costureira, uma mãe de família, uma viúva idosa ou a mulher de um trabalhador desempregado, as questões levantadas versavam sobre a possibilidade de uma mulher trabalhar por um salário; os impactos do trabalho assalariado no corpo feminino; e sua capacidade de desempenhar as funções familiares, suscitando o pensamento sobre que trabalho poderia ser adequado a uma mulher. (SCOTT, 1994). As contradições inerentes ao processo de industrialização e a forma como as mulheres ingressaram no mercado de trabalho, marcadas por profundas desigualdades sociais e sexuais, revelam os impactos desse processo na mudança dos padrões da maternidade. (SCAVONE, 2004).

A visibilidade da mulher trabalhadora como problema, portanto, aparece no Ocidente no século XIX, quando se questiona a compatibilidade da feminilidade com o trabalho assalariado, em termos morais e legais, pois a preocupação última se assentava sobre o impacto do trabalho assalariado nas atribuições privadas na família, como mãe e esposa. O ‘problema’ da mulher trabalhadora reforçou o desenvolvimento da história da separação entre o lar e o local de trabalho, e, em consequência, aumentou as diferenças entre homens e mulheres. A moralidade forjada nesta lógica esconde o fato de que o homem já não era o provedor único da família, e tenta reforçar a feminilidade e o papel da mulher enquanto esposa e mãe. A diferença biológica encontra, deste modo, espaço para se expandir e fixar, em termos de necessidade de organização social. (SCOTT, 1994).

Estes processos acima descritos por Scott (1994) e Scavone (2004), que são chamados por Giddens (1993, p.53) de “a invenção da maternidade”, são o resultado de fatores também conectados ao surgimento do amor romântico, a criação do lar e o novo modelo de relação entre pais e filhos. O que se desenvolve são discursos novos sobre a mulher mãe, normalmente a partir da classe burguesa, mas que se estenderam para as demais classes. A mulher trabalhadora, que estava sujeita a todas as pressões, seguia trabalhando fora de casa, mesmo se as estratégias de controle sobre amamentação, cuidado e procriação estivessem se disseminando. Estes aspectos são instituídos para a esfera do privado e das intervenções clínicas, jurídicas e filosóficas, de direito, são discursos e práticas que circulam como processos de intervenção.

Nesta esfera do discurso – que muitas vezes aloja-se nas práticas –, a maternidade foi sendo instituída como acontecimento normatizado, ligado contextualmente com as discussões jurídicas, sociais e biomédicas, e transformou a mulher em boa esposa e em boa

mãe quando produtora de muitas crianças. (RODHEN, 2003a). Contemporaneamente, envolve as conexões entre as normatizações, as intervenções, a obrigatoriedade e a linearidade que associam feminilidade e maternidade, por vezes, como ruptura relativa das condições de escolha, e da a temporalidade das escolhas, bem como do lugar da mulher fora da representação da mãe. Estas questões surgem como muitas outras e novas realidades, tais como: *status* da maternidade no espaço público, a mãe adotiva, a mãe lésbica, o homossexual que materna, a população transgênero, a mãe de aluguel, a mãe adolescente, a mãe solteira, a mãe prisioneira, a mãe pobre, a mãe negra, a mãe genética, entre outras. Além disto, a problemática do corpo-útero, a qual ainda é uma questão central dos estudos feministas, está inevitavelmente ligada à figura da mulher enquanto mãe, ou as tecnologias para o útero.

No que tange ao poder biomédico existe uma variedade de estudos feministas que tem explorado as formas de exercício do poder médico sobre as mulheres grávidas ou que desejam engravidar, enquanto outras têm salientado as dimensões sociais e políticas da reprodução. (TAMANINI, 2012). Da perspectiva histórica mais recente, os anos 70, com a presença dos contraceptivos, colocaram mudanças consideráveis nas práticas reprodutivas, nas taxas de fecundidade e na idade em que uma mulher pode decidir ter filhos. Estes fatos, com o aumento da escolaridade das mulheres e com as tecnologias conceptivas ampliaram as possibilidades de decisão. Também se ampliaram os parâmetros conceituais desta experiência do materno.

A maternidade, o cuidado e o aleitamento materno estão subjetivamente imbricados como funções de uma mulher, referente à sua natureza e necessários para o bem estar das crianças, e com isto, da sociedade como um todo. Estas funções são o reflexo de um entendimento tanto de ordem subjetiva quanto de questões socioculturais mais amplas. Apontamos para uma obrigatoriedade implícita na cultura, que se faz pela geração de um filho por uma mulher, e as construções sobre a maneira adequada de cuidar e aleitar, que se prestam a diversas estruturas da sociedade, em uma confluência de discursos que obrigam ou impedem, impelem ou reprimem a diversas ações relacionadas a concepção, gestação, parto, aleitamento, alimentação e cuidado da criança.

Este capítulo se dedica a reflexão da maternidade e do aleitamento materno, e sua relação com a medicina, a saúde e as Políticas Públicas, em um exercício de desvelar o controle que se faz do corpo da mulher, de forma que a medicina propicie a manutenção de um caráter naturalizador da maternidade, e com ela os discursos que se inserem no

incentivo ao aleitamento materno como a forma mais adequada de exercer a maternidade. Ao final, reflete sobre a experiência materna e as possibilidades para sua própria organização do tempo, desafios e saberes, que dão origem à sua prática de maternagem.

1.1 A MATERNIDADE E O ALEITAMENTO MATERNO NAS CIÊNCIAS MÉDICAS

O esquema de representações que produz e reproduz o entendimento de que a maternidade é inevitavelmente, se não a totalidade, ao menos a mais importante das funções de uma mulher, como parte de sua natureza, e que o cuidado e o aleitamento materno, prestados por esta mesma mulher, como seu corolário, são necessários para o bem estar das crianças é compartilhado pelas instituições em Saúde.

Tais procedimentos de cuidado e aleitamento materno terão normas fixas determinadas por este setor, visando a saúde do bebê. Como estrutura, obedece a uma hierarquia, em que as normas são prescritas por Comissões do Ministério da Saúde e serão implantadas pelos profissionais, sob as ordens dos médicos.

Na rede pública de saúde, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) norteiam as práticas. Na rede privada, as lógicas mercadológicas entram em jogo, porém, estão sob os mesmos ditames do Ministério da Saúde para seguimento e condução de prevenção, proteção e tratamento das condições de saúde e doença, bem como do cuidado da chamada ‘população materno-infantil’.

Para compreender como a estrutura se manifesta na prática médica, podemos nos valer do estudo etnográfico de Octavio Bonet (1999), sobre o processo de aprendizagem de residentes de biomedicina, em um hospital público. Para o autor, a medicina como saber científico foi possível como modelo a partir de uma concepção que separa radicalmente a pessoa do corpo, e pode mensurar e manipular este último. É marcada por mecanismos disciplinares, e até mesmo ritualizados ou teatralizados, onde os médicos decidem os diagnósticos e tratamentos adequados aos pacientes, em processos de aprendizagem prática passados de médicos para residentes. A elaboração de diagnósticos é valorizada, enquanto que as representações, sentimentos e subjetividades do processo saúde-doença são deixados de lado. Para conseguir esta separação, e aprender a construir diagnósticos, os estudantes devem “passar por um processo de aprendizagem no qual vão adquirir os

habitus profissionais necessários para construí-los. O que adquirem neste processo é um dos dois polos da tensão estruturante: o saber” (BONET, 1999, p.138), em detrimento do sentir.

Tentando diluir esta separação biologicista entre a pessoa e o corpo, nos princípios do SUS, a integralidade do cuidado em saúde é bastante discutida, para o qual, o primeiro ponto é destacar que “cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade”. (BRASIL, 1990, p.5), sendo a prestadora de serviço capaz de oferecer assistência integral ao indivíduo. No entanto, a primeira questão que se levanta é a própria percepção da mulher que é ou vai ser mãe e a criança como um binômio (mãe-filho). Ambos não são tratados em sua individualidade, e quem fica invisibilizada neste dueto é a mulher e suas necessidades, pois a prioridade é a criança pequena, ou mesmo a que está sendo gerada, e desde a gestação o olhar é a partir dela.

Um segundo percalço que este conceito atravessa é o jogo entre o direito à saúde e a gestão de custos. Os pacotes estabelecidos para a assistência em saúde são definidos a partir do uso dos recursos financeiros, que por sua vez retroalimentam a avaliação da participação do Estado. A quantidade e a qualidade dos serviços ficam limitados por este fator, e a utilização dos serviços de saúde pelas mulheres torna-se de mais difícil acesso pelo maior número de intervenções, que também leva à maior necessidade de utilização de serviços privados e maior peregrinação, transacionando-se aqui também a categoria classe e a desigualdade de gênero no mundo do trabalho. (COSTA; AQUINO, 2000; URBANEJA, 2000). Este maior número de intervenções é resultado da alta medicalização do corpo feminino, que será discutida mais a frente neste capítulo.

Além disso, o cuidado é pensado a partir da assistência, em que o profissional é detentor de um saber, e o leigo deve escutar e seguir suas recomendações. A Atenção Básica é a porta de entrada para os serviços de saúde, e é o nível onde a gestante será atendida durante toda sua gravidez, se esta não apresentar patologias associadas, como diabetes gestacional, hipertensão arterial e outras condições que coloquem em risco a gravidez.

A Política Nacional de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, preconiza como deve ser este atendimento:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de

danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de **cuidado** e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de **cuidado** complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do **cuidado**, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2012, pg.19-20, grifos nossos).

Como princípios e diretrizes, o cuidado está voltado à atenção, que por sua vez vincula-se ao entendimento do setor saúde quanto às necessidades do indivíduo e critérios de risco e vulnerabilidade que são próprios a este campo, e não partem de análises sociológicas das populações ou dos processos e representações de saúde e doença em determinada comunidade.

No caso de gestantes e puérperas, a assistência à saúde preconiza um número mínimo de atendimentos no pré-natal, acompanhamento do peso e da pressão arterial, a prioridade ao parto normal e o repasse de informações sobre o cuidado do recém-nascido e o correto manejo do aleitamento materno. Muitas Unidades de Saúde realizam grupos de gestantes com este fim, e outros serviços prestam atendimento individualizado, a partir de enfermeiros ou Agentes Comunitários de Saúde para estes repasses de informação. Da mesma forma, no pós-parto, ainda na maternidade, a mulher recebe mais informações sobre aleitamento materno e é encorajada a manter tal prática conforme um ideal proposto.

O princípio da equidade para o SUS compreende ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade de cada caso, sem privilégios e sem barreiras. “Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos”. (BRASIL, 1990, p.5). A relação que se cria entre integralidade e equidade gera um problema para as questões de gênero, pois não há estruturas e serviços suficientes que contemplem as necessidades de cada mulher. Além disso, há uma tendência a se pensar integralidade e equidade de maneira conjunta, de modo que um programa não conseguirá ser organizado de forma a atender prioritariamente os

mais necessitados, acabando por negar a desigualdade necessária para duas formas de organização de serviço distintas.

Este formato é herança dos primeiros programas brasileiros de assistência à saúde da mulher, que tratavam de forma parcial e reducionista as questões de saúde, fecundidade e reprodução, e eram oferecidos “sem nenhuma consideração pelas demais necessidades que se fazem presentes numa visão integral da saúde, dada uma perspectiva de gênero”. (NOGUEIRA, 2000, p.97).

A inserção da categoria gênero, impulsionada pelos movimentos feministas, principalmente no sentido de tirar a sobrecarga das mulheres com as questões de cuidado e saúde dos membros familiares de responsabilidades que competem ao Estado, deu origem à considerada, até os dias de hoje, a mais bem sucedida proposta em saúde de mulheres, sob a perspectiva de gênero. No início da década de 1980 foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com vistas a uma maior abrangência na visão das diferentes necessidades das mulheres.

Pela primeira vez as mulheres tiveram participação no planejamento de um programa em saúde, e suas ações eram pensadas não apenas na criança, mas também na mulher. A proposta ia além da dimensão reprodutiva, e foi um avanço na reflexão de gênero e saúde, questionando valores e práticas tradicionais da medicina, tratando, por exemplo, da autonomia das mulheres na escolha do número de filhos, por meio do acesso ao conhecimento sobre fertilidade e métodos de contracepção. Criticava a representação do corpo feminino dominante no discurso médico, a pretensa hierarquia médico-paciente, e a valorização das práticas curativas, invasivas e potencialmente iatrogênicas, em detrimento da prevenção e promoção da saúde da mulher. (COSTA; AQUINO, 2000).

Com curto período de duração, o PAISM sucumbiu às diretrizes políticas neoliberais. As políticas e programas subsequentes retomaram a segmentação dos problemas em saúde e a visão biologicista do corpo feminino. O Programa Saúde da Família e sua progressão, A Estratégia Saúde da Família, potencializa a assistência básica em saúde, que recoloca a mulher como terreno médico, como auxiliar para as questões de cuidado dos outros membros familiares. (COSTA; AQUINO, 2000).

O que acontece hoje [é] uma verdadeira obsessão com a eficiência, que acaba por fazer *tabula rasa* das dimensões políticas dos programas sociais. No extremo, está a conhecida redefinição da equidade sustentada pelos economistas de agências internacionais, que tomam a equidade como sinônimo de distribuição

‘focalizada’ de recursos do orçamento social para os mais carentes. (NOGUEIRA, 2000, p.105, grifos do autor).

Mesmo tendo como base os princípios da integralidade e da equidade, estes são pensados e aplicados de maneira rasa, e não sensíveis à categoria gênero. Na prática se baseia em diferenças tradicionais de gênero; apresenta propostas que não combatem as desigualdades; e não conseguem ultrapassar as limitações que decorrem de uma visão fragmentada do ser humano na área da saúde. A reflexão de gênero, as problematizações e desnaturalizações, vêm contribuir para superar estas limitações, a partir da contextualização, e aumentando o alcance para a formulação de soluções na esfera política. Desta forma será possível repensar a medicalização do corpo feminino, o direito reprodutivo, a divisão sexual do trabalho e a valorização do trabalho do cuidado.

A autonomia da mulher na possibilidade de escolhas nos âmbitos da reprodução e sexualidade deve ser pensada pelo setor saúde, de uma maneira que desconstrua as formulações de gênero tradicionais que ainda vigoram atualmente. O número de filhos, dadas as condições da vida – emprego, creche, participação do companheiro e outros membros da família –, o protagonismo do parto e a desvinculação do cuidado como tarefa feminina – e desvalorizada – são formulações das teorias de gênero que devem estar presentes nas propostas e implantações de políticas públicas para mulheres, bem como no exercício cotidiano da medicina.

O excesso de intervenções no parto vem sendo criticado desde as inserções dos grupos de mulheres na formulação do PAISM, e o conceito de ‘assistência’ ou ‘acompanhamento’ ao parto, substituindo a ‘realização’ do parto, vem ganhando força na área médica. Questiona-se, entretanto, a real possibilidade de escolha da mulher. Quando a decisão por um ou outro método pode verdadeiramente ser dela? (BOARETTO, 2000).

As normas do setor saúde não se aplicarão a todas as mulheres. O estímulo, sempre que possível, ao parto normal, por exemplo, menos medicalizado e considerado mais natural, não é a preferência de todas. A permanência do bebê no quarto com a mãe, considerada um grande avanço da humanização do parto, também não agrada a todas. Uma das entrevistadas da pesquisa conta que antigamente os bebês iam para o berçário, onde as enfermeiras davam banho e cuidavam. Agora a mãe é responsável por isso desde o pós-parto: “Eu levantava, eu dava banho, eu trocava e eu amamentava. Hoje em dia mudou, não existe mais berçário”. (Fernanda, 21 anos, 1 filho). Como passou por uma cesariana, relata sua dificuldade com o processo, dizendo que “para as operadas é ruim”, pois “se a

mulher está sozinha, ela ali operada, cansada, não consegue nem andar... é difícil, é complicado. As enfermeiras não ajudam mais”. (Fernanda, 21 anos, 1 filho).

O caminho da medicina tende a ser normatizado, estratégico, com uma ação pensada no abstrato, e hierarquização do médico e outros profissionais da saúde tentando incidir sobre as práticas de cuidado e aleitamento materno que as mulheres tomam para si. Por separar o corpo da pessoa, não se considera a vida cotidiana e as experiências que elas vivem, e que se relacionam profundamente com o modo como decidirão e realizarão suas práticas de cuidado e aleitamento materno.

O cuidado e o aleitamento materno, portanto, são assumidos com contornos de naturalidade e fonte de prazer nos diferentes discursos, porém, o vivido pelas mulheres varia de acordo com o contexto histórico e social, bem como de acordo com a realidade cotidiana da mulher, que estão invisibilizadas nas estruturas do setor saúde. Veremos a seguir de que forma o discurso da medicina contribuiu para a naturalização da maternidade e do aleitamento materno, por meio da instituição do cuidado pela saúde e por meio das políticas públicas.

1.1.1 Medicina, Corpo e Saúde

As análises de Mary Del Priore (2012) são muito úteis para o entendimento do histórico da relação entre a medicina e o corpo feminino, desde os tempos coloniais brasileiros, quando tanto para a Igreja quanto para os médicos, o corpo feminino era visto como um local misterioso, habitado por Deus e pelo Diabo. As doenças eram provenientes das guerras entre estas duas forças, e o corpo feminino era o local de preferência do Diabo, portanto, a mulher era também veiculadora de mazelas.

Em Portugal, os médicos estudavam as recentes anatomia e patologia, tentando descobrir para que objetivo Deus criou a mulher. A prática da medicina queria definir uma normalidade para o corpo feminino, que pudesse prever o ‘destino biológico’ da mulher, assim como o fez, e em conjunto, com a normatização do comportamento sexual. (DEL PRIORE, 2012).

A sexualidade era reprimida, porém, como uma “grande dose de hipocrisia moral”, como aponta Weeks (1999, p.53), uma vez que as mulheres deveriam assegurar sua pureza,

ao mesmo tempo em que a prostituição e as doenças venéreas eram abundantes. As tentativas de contenção das consequências para a saúde eram ironicamente empreendidas para o controle e regulação da sexualidade feminina, ao invés da masculina. (WEEKS, 1999). Leite e Oliveira (2015) apontam ainda que a moralização da medicina enquanto disciplina pedagógica e a medicalização da moral são constituintes do discurso médico. A sexualidade e o gênero são tratados na ordem da “reiteração das normas” a partir do discurso e na lógica de qualificar corpos e sujeitos a partir das práticas, gendrificando e sexualizando corpos, desejos, identidades, relações, culturas e instituições.

Aos seios, partes de um corpo generificado, atribui-se a singularização dos corpos, que possuem como função exclusiva a amamentação. São vistos a partir de sua função biológica e reprodutiva, e que marcam a diferença entre o homem e a mulher no sistema reprodutor. A medicina marca, desta forma, no corpo, um ponto onde o gênero e a sexualidade são constituídos, essencializando corpos a partir desta referência palpável. (LEITE; OLIVEIRA, 2015).

Com a análise da história da construção do sexo no Ocidente por meio dos signos que atenderam a interesses culturais e político-ideológicos, que interferiram nas descobertas científicas e nas interpretações do que era observado, Laqueur (2001) nos dá os parâmetros que instituíram estes discursos e estas práticas. O modelo da sexualidade polarizada dualmente em masculino/feminino, montado a partir do fim do século XVIII, não foi consequência de mudanças científicas, mas de mudanças da realidade social e da revolução epistemológica e político-social. Justificava-se assim a imposição de diferenças morais aos comportamentos femininos e masculinos da sociedade burguesa. Marcar o corpo com a diferença dos sexos deu significação à desigualdade, à descontinuidade sexual, à oposição natural dos corpos e à complementaridade entre masculino e feminino em seus papéis. Deste modo, a demarcação entre público e privado, homem e mulher, política e família acentuou-se de forma constante. O corpo sexual vai ser o motivo e a justificativa das desigualdades supostamente naturais entre homens e mulheres, entre interesses públicos e privados, dando suporte ao julgamento das condutas morais privadas, que se mantém até os dias atuais.

A diferença, neste caso, acopla a hierarquia. Assim como os pares opostos calor/frio, alto/baixo, claro/escuro, agregam valores aos conteúdos, o par masculino/feminino implica em uma hierarquia valorativa com vantagem para o primeiro, desde o discurso aristotélico, segundo as análises de Françoise Héritier (1996).

Por deslizes sucessivos, passa de uma caracterização dos sexos do tipo binário para a legitimação do domínio de um sexo sobre o outro, sob a cobertura da argumentação científica mais moderna, objetiva, racional, extraída da argumentação de um dado biológico. Contudo, nada nos é aqui restituído a não ser o discurso de Aristóteles, ou dos Inuit, ou o dos Baruya da Nova Guiné. (HÉRITIER, 1996, p.212).

Mas se tomarmos exemplos mais recentes, os discursos médicos de médicos higienistas dos séculos XVIII e XIX, ou igualmente o discurso médico contemporâneo, podemos mostrar a permanência, formulada ou implícita, destes sistemas categóricos de oposição. (HÉRITIER, 1996, p.20).

A prática da maternidade na vida cotidiana, assim como a vida cotidiana em si, faz parte de técnicas, estratégias e enunciados que instituem a partir de necessidades e dos interesses uma biopolítica dos corpos. (FOUCAULT, 2001; 1979). A história dos trabalhos de cuidados maternos remonta as transformações da modernidade e de suas instituições, de modo a constituir discursos baseados em um corpo de conhecimentos como estratégias úteis e como processos de investimentos nos sujeitos modernos. Trata-se de um biopoder sobre corpos e indivíduos, que oferece estratégias de regulação tanto sobre pessoas em particular, quanto sobre a população. (FOUCAULT, 2001; 1988; 1977).

Neste conjunto de regras e regulamentos práticos, marcado pela diferença dos corpos, através dos quais o corpo vivo é “treinado, moldado, obedece, responde, tornando-se, em resumo, um ‘corpo útil’”, socialmente adaptado (FOUCAULT, 1979; p.136), obtém-se a institucionalização histórica de uma maternidade desejada pela biomedicina e por parte das pessoas, e participante nas práticas de constituição da mulher mãe.

É um conjunto que veicula a representação de uma maternidade e do ato de amamentar como naturais, gradativamente, a mulher será tomada como principal – ou muitas vezes única – responsável pelo cuidado à criança. Ao mesmo tempo, a visão social da importância da figura do médico, também no presente, leva à crença de que suas orientações são as mais adequadas à saúde do bebê, impondo este discurso à prática materna.

A família na figura materna é uma delas, dentre outras, como o é, a sexualidade das mulheres, a sexualidade das crianças, o controle do comportamento procriativo e a demarcação de perversões sexuais como problemas de patologia individual e a subordinação das mulheres ao trabalho reprodutivo. (FOUCAULT, 1984).

A mulher grávida, a parturiente e a puérpera passaram a ser o foco das atenções dos médicos desde o final do século XVIII, mas foi ao longo do XIX que o conhecimento e o

atendimento às mulheres em tais condições deram origem a uma especialidade médica. A obstetrícia era uma especialidade nova que ainda lutava para ser reconhecida, tanto no meio médico quanto para o público leigo. (MARTINS, 2004).

Já no início do século XX os médicos gozavam de prestígio dentro da sociedade, e também eram responsáveis por propagar a importância de se manter a moral e os bons costumes em relação ao casamento e a procriação. A diminuição da natalidade preocupava os médicos e os estadistas, que consideravam tal fato como um risco ao futuro da pátria. Na passagem do século XIX para o XX, o controle da natalidade era cada vez mais empregado por casais. A decisão voluntária dos pais estaria interferindo na concepção, com o uso de algum método para restringir o número de filhos, por questões econômicas, ou outras razões consideradas fúteis. Tal comportamento era visto como prejudicial ao país e também como antinatural. Assim, a maternidade e a infância tornam-se assuntos importantes para médicos, homens públicos e intelectuais, isto é, a natalidade e seu controle eram problemas de ordem social e política. “O enfoque na quantidade e ‘qualidade’ da população com vistas ao futuro da nação passaria a caracterizar especialmente a relação entre medicina e poderes públicos”. (ROHDEN, 2003a, p.29).

No início do século XX, a restrição do número de filhos e o aumento do espaçamento entre gestações já era desejável para as mulheres, e ganhava importância a medida que elas entravam no mercado de trabalho. As campanhas contra o aborto e a contracepção, e a preocupação com a liberdade sexual feminina surgiram a partir das ideias de necessidade de povoamento do país. Ressalte-se que a ginecologia era uma nova especialidade médica, que necessitava de reconhecimento e prestígio, definindo a saúde da mulher como um problema médico. Profissionais desta área encabeçaram as campanhas, tentando consolidar a imagem de médicos de mulheres, a favor da concepção e do nascimento. (ROHDEN, 2003b).

As teorias médicas sobre o corpo e a sexualidade da mulher fundamentaram os sentidos da feminilidade e reforçaram os ideais do lugar ocupado pela mulher na sociedade, no papel de mãe. O diferente disto só poderia se encaixar em um contrário, oposto, imoral, inadequado – sintomas de alguma patologia feminina. (RAGO, 2002; BORDO, 1997). O saber médico explicava, ainda no início do século XX, “que as mulheres tinham um desejo sexual muito menor do que o dos homens, aliás, quase inexistente, já que sua energia sexual era canalizada para a realização de sua essência: o desejo de ser mãe”. (RAGO, 2002, p.187). Este discurso faz parte de uma motivação que

visa definir a natureza da mulher como frágil, caseira, dócil, emotiva, sensível, pudica e que busca o conforto e a estabilidade do lar, em uma categoria aparentemente menos negativa do que seu contrário combatido, que é a mulher indiscreta, irracional, escrava de seu corpo e seus sentidos, traiçoeira e desobediente. (HÉRITIER, 1996). Desta forma, a moral e a sexualidade feminina se encaixavam em uma categoria médica, que poderia ser disciplinada e controlada a partir de um ideal imaginado. O saber médico acoplava assim saúde da mulher e sua moralidade, seu ideal de maternidade e cuidado dos filhos, bem como seu papel social de mãe.

O poder da Medicina em nomear, descrever e qualificar, para instituir modos que permitem que nos narremos e que façamos determinadas coisas com nossos corpos, a partir de noções binárias que criam gêneros distintos, fundamentando-se na morfologia dos corpos, não se faz menos sem o poder de instituir o lugar da Medicina na paisagem social e de fazer deslizar as fronteiras do discurso que seria imune à cultura, ao social e ao simbólico. (LEITE; OLIVEIRA, 2015, p. 795).

Nota-se que as questões relativas à Saúde Pública foram crescentemente adotando um caráter político. O objetivo do saneamento do país, liderado por médicos higienistas, era alcançar uma nação civilizada. A Saúde Pública, portanto, acompanha os interesses comerciais e financeiros. Com tais ações, a medicina ganha espaço e credibilidade na sociedade, podendo normatizar as condutas. Da mesma forma, o ginecologista e o obstetra ganham importância na medida em que contribuem para transformar o sexo e a reprodução em assunto concernente ao Estado. (ROHDEN, 2003a).

Além da preocupação da medicina com o casamento e a reprodução, crescia a ênfase na necessidade de proteção da maternidade e da infância, trazendo à tona a puericultura, a especialidade que se ocupa do crescimento e desenvolvimento da criança sadia. Temas anteriormente esquecidos, como o aleitamento materno, ganham vital importância a partir deste período, com o pensamento de melhoramento da raça. O trabalho feminino é outro tema que entra em voga, uma vez que entre o rol de afazeres domésticos de responsabilidade da mulher também estava a educação moral das crianças. O trabalho industrial da mulher era considerado contra a moral porque exigia muito da mulher, dificultando sua principal função, a reprodução, e com ela, o cuidado e a educação moral da criança. Como a mulher não deve trabalhar, alguns intelectuais afirmavam que a família com dificuldades de sobrevivência deve ser auxiliada por um subsídio governamental, evitando que a mulher saia de casa para trabalhar. (ROHDEN, 2003a).

Nas primeiras décadas do século XX muito se discutia sobre a educação de meninas e jovens para que aprendessem a puericultura, a antisepsia, os cuidados com o recém-nascido e as noções sobre alimentação e aleitamento materno. “É possível perceber que não é mais o instinto materno que reina soberano, mas a ideia de que as mulheres devem aprender como realizar a sua missão com base nos ensinamentos propostos pela medicina”. (ROHDEN, 2003a, p.192). Por outro lado, a ideia de que a maternidade é algo natural, inscrita no corpo e no coração das mulheres, não era tampouco questionada. (RAGO, 2002). A mulher precisava reaprender com a medicina como executar seu papel natural, dando vazão a sua essência.

No Brasil, a puericultura também ganhou campo no século XX, e a medicina desenvolveu métodos e propagou orientações para a boa saúde pré-concepcional, concepcional, gestacional, puerperal, da infância e da adolescência. A mensagem, deste modo, é de que “Quando a mulher é amparada dessa forma pelos médicos, a criança nascerá forte e sadia, e se for vigiada por um puericultor competente se tornará um adolescente robusto, um jovem forte e um homem vigoroso”. (ROHDEN, 2003a, p.203), ou seja, a riqueza do país.

Na Era Vargas (1930-1945), as novas especialidades médicas da ginecologia e obstetrícia reforçavam a valorização da maternidade, e propunham as normas de boa conduta para as mães. As teorias sobre a raça, presentes no discurso Vargas, abriram espaço para que a medicina se consolidasse nas ações de obstetrícia, ginecologia e puericultura. As medidas de proteção à mãe e à criança, em nível de Saúde Pública, observaram grande avanço neste período. (ROHDEN, 2003a).

Na Constituição de 1934 decretou-se a obrigatoriedade de proteção à maternidade e à infância e em 1940 foi promulgado decreto-lei número 2.024 de 17 de fevereiro de 1940, que delimita as bases para a proteção à mulher mãe e à criança. Várias das medidas fixadas no decreto-lei foram propostas por médicos da confiança de Vargas, e do relatório de uma comissão da Academia Nacional de Medicina, que apresentou sugestões para a questão de mortalidade materna ao governo federal. O decreto-lei ainda versava sobre o ensino da obstetrícia e a formação de parteiras, carreira considerada de extrema importância, desde que dentro dos padrões estipulados e controle pelas escolas de medicina. No mesmo ano foi criado o Departamento de Puericultura, e muitas outras medidas de valorização da infância e seu bom cuidado foram realizadas, assim como prêmios de valorização da amamentação e o concurso de robustez. (ROHDEN, 2003a).

Na década de 1940 o discurso sobre a ‘mulher do lar’ estava bastante forte, e intensificava a imagem da maternidade como objetivo da mulher, ideias presentes também no discurso e na prática de ginecologistas, obstetras e puericultores. Segundo Fabíola Rohden (2003a, p.35), “se devia limitar a educação das meninas, proteger a instituição do casamento e impedir o divórcio. As gerações futuras seriam gratas por este empreendimento médico-estatal”.

As ações de proteção à mulher trabalhadora e a assistência médica se justificavam pela necessidade de produção de filhos saudáveis para a pátria. Como era responsável pelo futuro da nação, a mulher conquistou uma nova atenção por parte dos médicos e da sociedade. Entretanto, não se trata do reconhecimento da mulher como sujeito, mas do que ela representa como procriadora em relação ao progresso do país. (ROHDEN, 2003a). Ela continua a ser vista pelos olhos dos homens, dos estadistas, dos médicos, em sua função de mãe, veiculando-se um ideal feminino, que não se descola da maternidade, e por sua vez, de um exercício ideal de maternidade, conforme as normas médicas, morais e sociais.

A busca de um ideal feminino está conectada, desta forma, a inúmeras fases da vida, em diversos setores que atravessam o cotidiano, como também é para a maternidade e sua obrigatoriedade de ser e suas normas a serem cumpridas para integrar o conceito de “boa mãe”.

Através da busca de um ideal de feminidade, homogeneizante, sempre em mutação (...) os corpos femininos tornam-se o que Foucault chama “corpos dóceis”: aqueles cujas forças e energias estão habituadas ao controle externo, à sujeição, à transformação e ao “aperfeiçoamento”. (BORDO, 1997, p.20).

Na análise de Bordo (1997), tal busca pelo ideal leva ao sofrimento, pois a auto-imposição da disciplina também induz ao sentimento de que nunca se é suficientemente boa, em um movimento de conluio com a busca pelo ideal, ou, expressando de outra forma, pela vontade de ser partícipe, e ser reconhecido como parte do que é proposto como bom. O ideal na maternidade, entretanto, engloba tantas regras, práticas e rotinas lógicas, que o sentimento de inadequação pode se fazer presente. Mesmo o perceber as normas como exigentes demais não diminui sentimentos de desvalorização, como a tristeza e a culpa. O sentimento de inadequação não é suficiente para conter a aceitação das normas – o mecanismo constitutivo do poder está justamente onde se molda o desejo, mantendo as noções de normalidade e desvio.

Nas falas das mulheres entrevistadas para esta pesquisa, observa-se o conluio com as normas de aleitamento materno ideal propostas pela medicina, quando reproduzem e reiteram a norma médica, e quando se referem a outras mulheres, de uma maneira abstrata. Dizem pensar que todas as mulheres gostam de amamentar seus filhos, e que não há razões lógicas para que a prática não seja adotada. Referem também, em suas práticas, o alcance do prazer quando amamentam, e a tristeza de se oferecer uma mamadeira. Entretanto, rompem com este mesmo discurso quando ele não se adéqua mais à sua rotina e suas necessidades, embora por vezes relatem que o correto seria outra coisa que não o realizado por elas.

Observa-se que, se de um lado os mecanismos de poder vinculam prazer à sensação de liberdade e às verdades agenciadoras de desejos, estimulando o sentimento de realização pessoal como útil aos dispositivos de poder, em uma promessa de felicidade que implica na obediência às normas; de outro se tem a transitoriedade das normas, e também (ou principalmente) a variedade de experiências cotidianas, que gera tanto o citado sentimento de inadequação, quanto a instabilidade normativa, pois o que é produzido no corpo e no dia a dia é instável em relação à norma, não conseguindo sustentá-la. (MAGALHÃES; SABATINE, 2011). A amamentação se revela no corpo, passa pelo corpo e se decide com o corpo, portanto é um processo em tensão.

Neste sentido, o corpo é uma forma simbólica, na qual se inscrevem normas e hierarquias, em um movimento que identifica *a priori*, pela morfologia corporal, o esquema resultante para a vida social e política, e é também um agente da cultura. Portanto, é “um lugar *prático* direto de controle social” (BORDO, 1997, p.19) de um lado e de outro um campo aberto para a produção de novos sentidos. É nas normas e práticas triviais, convertidas em habituais, que a cultura permanece inacessível para o corpo “dócil” e regulado, acostumado e a serviço das normas. Pelas práticas cotidianas os corpos são treinados, moldados, também nas formas predominantes relativas à feminilidade. Este movimento não se dá apenas pela subjetividade, mas pela organização e regulamentação, demonstrando a primazia da prática sobre a crença, salientada por Foucault (1984). Ao mesmo tempo, o sujeito também participa do controle, à medida que deseja ser o que se lhes propõe. É instituído e instituinte; tem lugar na produção de sua subjetividade, e da sua participação extrai prazer e felicidade de ser o que se lhes apresenta. (FOUCAULT, 1984). No controle do corpo para a realização da maternidade, portanto, também cabe o lugar da

ruptura. A agência do sujeito pode romper com o controle, na tomada da decisão a respeito da maternidade e dos modos de como se vive a maternagem.

A história das mulheres e a história da maternidade, nela inserida, revelaram que os sentimentos maternos e o cuidado com o filho não são fruto do ‘instinto materno’, tão aclamado em diversos contextos da sociedade ocidental. O discurso dominante do cuidado exclusivo pela mãe tratou de impor à mulher este papel, e dar-lhe atribuições bastante específicas, como o ato de amamentar. Se a maternidade é um fato natural da vida da mulher, o cuidado com o filho e o aleitamento materno também o são, acoplando-se desta forma a moralidade e as práticas em saúde. Esta ideia foi seguida pelo discurso médico, que prega o estabelecimento do aleitamento materno como uma das formas mais eficazes de manutenção da saúde da criança, evocando fortemente também a questão do amor materno pelo filho, que seria comprovado durante o ato de amamentar. (BADINTER, 1985; BRASIL, 2002).

Se em vários períodos da história o aleitamento materno não era importante, hoje, frente a tantas campanhas e frente aos discursos e recomendações médicas nesta questão, a mãe, quando não amamenta conforme o ideal preconizado, sente-se em dívida com seu filho e com a realização das atribuições que são esperadas dela. Entende-se que tal fato tem alta vinculação com processos de coerção produzidos por costumes compartilhados, mas, sobretudo, porque a medicina tem construído uma percepção linear, com prática única, sobre a alimentação e o cuidado das crianças, que define o que a mãe deve ou não fazer para seu filho. O aleitamento materno, nesse contexto, tem sido proposto como a prática mais adequada, aquela que a “boa mãe” deve seguir, tendo em vista seu primor no cuidado de seu filho. (MARTINS, 2004; BADINTER, 1985). A noção de normalidade imposta tenta dissimular as diferenças e exigir homogeneização e padronização, enquanto que não há, obviamente, iguais condições na busca pelo ideal para as diferentes mulheres que se tornam mães.

A partir do estabelecimento do ideal médico e da conseqüente imposição da prática, os conhecimentos médico-científicos só reforçaram o papel materno nos cuidados à criança, incluindo-se a alimentação. Munidos de pesquisas científicas, conduzidas no sentido de comprovar os benefícios do aleitamento materno, médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e fonoaudiólogos não se furtam de explicar sobre tais benefícios, em um discurso que permeia o fato da maternidade como fonte de realização para a mulher, e do “amor materno” como natural, e em nada busca os eventos sociais por trás

destes sentimentos. (ROHDEN, 2008; ROHDEN, 2003b). Este é o pressuposto da ciência médica sobre o corpo da mulher e sobre a maternidade e o cuidado da criança, incluindo-se o aleitamento materno como importante função.

No discurso biomédico, o foco nas diferenças transformou o corpo feminino em essencialmente diferente do masculino em funcionalidade e sentimentos, corpo e alma, e passou a ser interessante objeto de estudos. O saber médico ocupou-se de definir tais características distintivas; o útero, principal órgão feminino, era responsável pelo funcionamento dos outros órgãos, e delimitava seus principais traços, como a predestinação à maternidade. (RAGO, 2002; LAQUEUR, 2001).

O interesse de estadistas, a moralidade vinculada à maternidade e o desconhecimento da fisiologia propiciaram historicamente a construção e o estabelecimento de um saber masculino, de controle exercido pelo médico. O olhar para o corpo feminino carrega, portanto, o estigma do olhar masculino, que reflete o interesse científico de compreender e adestrar o útero. Este olhar demarcou a inabilidade para se lidar com os problemas enfrentados na gestação e parto. A mulher foi colocada em posição ginecológica para a experimentação. As tentativas (como as então muito utilizadas sangrias, por exemplo) resultavam quase sempre em morte, descrita pelos médicos como algo da ordem natural das coisas, um sacrifício da mãe que dá a vida por seu filho. (DEL PRIORE, 2012).

A mulher mãe, submissa, presa ao lar, e moradora de um corpo doente (uma vez que a menstruação, a gravidez, o parto e a menopausa são doenças) é o constitutivo do mito da mulher-útero que domina a ginecologia até o século XIX. Tal quadro não se modifica instantaneamente, e nem mesmo a entrada da mulher na profissão médica apressa enormemente a queda do discurso científico dominante. (TUBERT, 1996).

No final do século XIX a mulher ainda é considerada a partir de sua capacidade reprodutora, mas a fecundidade ganha valorização; é vista como uma grande benção. Esta visão não é nova dentro da medicina, e ainda perduraria por muito tempo, orientando pensamentos e atitudes dos médicos, que ditavam as normas do que era adequado em relação à reprodução e controle da natalidade. Aliás, a concepção e a fertilidade são assuntos de interesse médico, enquanto que a contracepção era considerada imoral. (ROHDEN, 2003a). Vale lembrar que a esterilidade, neste contexto, é uma maldição – torna a mulher inacabada, incompleta, impossibilitada de ser feliz. (HÉRITIER, 1996).

Se até o século XIX o corpo da mulher era um território desconhecido, misterioso, apropriado à experimentação do médico, no século XX surge uma forma surpreendente e peculiar de controle sobre o corpo feminino – o cuidado. A esta época a ciência médica começava a adquirir uma imagem de infalibilidade, e podia impor normas de vida saudável e regras para a vigilância social e moral, constituindo uma iatrogenia de que a saúde da sociedade aumenta à medida que se depende de médico, medicamentos e medidas terapêuticas. (DEL PRIORE, 2012; TUBERT, 1996).

O processo de medicalização ocorrido contemporaneamente muito contribuiu para solidificar a dependência das mulheres em relação aos médicos, e vice-versa. O saber-poder médico se apropria dos direitos conquistados pelas mulheres, em relação a sua sexualidade, concepção e reprodução. (TUBERT, 1996).

A relação criada entre as mulheres e a saúde baseia-se não apenas na questão orgânica da reprodução, mas, sobretudo, em uma relação desigual entre os sexos. Os momentos biológicos da gestação, parto e amamentação marcam a relação das mulheres com a medicina porque estão medicalizados, e pressupõem a responsabilidade da mulher com a saúde da criança recém-nascida ou que está para nascer, estendendo-se até a vida adulta do filho. (SCAVONE, 2004).

O cuidado, a saúde, a alimentação e a amamentação das crianças são consideradas atividades das mulheres, entre as interlocutoras desta pesquisa. São elas que se responsabilizam por esta relação, seja no aprender a dar o primeiro banho com a tia, mais experiente, no se aconselhar com a mãe sobre que alimentos oferecer a seu filho pequeno, no deixar a sogra decidir sobre medicamentos quando seu filho está com febre, ou no não confiar em deixar a criança apenas com o pai.

Sobre o processo de amamentação, também vemos sua medicalização, que, mesmo atribuindo-lhe um formato de natural, algumas mães necessitaram e buscaram aconselhamento médico para sua realização. Joana assim se expressa, sobre a amamentação de seu filho, que permaneceu internado após o parto, sem poder sugar o seio diretamente para receber leite materno:

Eu tinha dificuldade porque ele não estimulava, né, a amamentação, para vir mais leite. Eu estava ali, na bombinha, então começou pouca produção de leite, daí isso eu conversei com a minha médica, daí ela me receitou um medicamento, daí eu comecei a tomar e começou de novo a produção do leite. (Joana, 25 anos, 2 filhos).

Como se mantêm tratando questões ginecológicas, obstétricas e pediátricas, consumindo e aplicando medicamentos, constituem-se, de certa maneira, em agentes retransmissores do saber médico institucional, sem que participe na produção deste saber, mesmo quando diz respeito ao próprio corpo. São, desta maneira, relegadas à tarefa de assistentes, enfermeiras, parteiras e ajudantes, que ocupam a base da pirâmide hierárquica da medicina, na qual o ápice é ocupado pelo médico, que se fundamenta na concepção de “natureza feminina”, sensível, frágil, paciente e apta a cuidar dos outros. (SCAVONE, 2004).

A apropriação e o controle da fecundação das mulheres, o confinamento das mulheres no papel de amas, facilitado pela dependência alimentar da criança, foram acompanhados pela criação de saber-fazer técnico especializado, isto é, o uso exclusivo pelo sexo masculino de certas técnicas que necessitam de uma aprendizagem real ou falsamente sofisticada, mas que em nada, na constituição física feminina, explica que a mulher não lhes tenha acesso. (HÉRITIER, 1996, p.221).

Conforme exposto, entende-se que o amor materno não é um sentimento natural da mulher que gera um filho, mas sim um sentimento aprendido, de acordo com os padrões vigentes na sociedade em que esta mulher vive. Da mesma forma, e conseqüentemente, sabe-se também que as práticas adotadas com o cuidado à criança, principalmente no tocante ao aleitamento materno, não são naturais de uma mulher que gestou e pariu – são igualmente aprendidos, e fazem parte das estruturas sociais que embasam discursos sobre a melhor forma de cuidar e nutrir. Neste jogo, verifica-se que o incentivo ao aleitamento materno é imensamente disseminado pelo discurso médico desde o início do século XIX, mas ainda observa-se atualmente baixa prevalência desta prática, no Brasil e no mundo. (MARQUES *et al.*, 2001; BRASIL, 2002 ; VENANCIO *et al.*, 2002; BITTENCOURT *et al.*, 2005; BRECAILO *et al.*, 2010; PASSANHA *et al.*, 2013).

Nesta perspectiva, a amamentação pode ser considerada um lugar prático e direto do controle social. Segundo Foucault (1979), pela prática automática e habitual a cultura se faz corpo e é colocada “além do alcance da consciência”, inatingível pela transformação voluntária e deliberada. Ao mesmo tempo, há a construção de uma subjetividade que extrai prazer na participação do que se controla. Seguindo o mesmo processo, uma mulher é transformada em mãe, e uma mãe em nutriz.

Contudo, o agente pode decidir romper com o controle e tomar o caminho do que é mais coerente para si. Porém, esta decisão para a maior parte das mulheres é recortada por

conflitos de ordem social, cultural e moral, que estão imbricados na subjetividade e na ordem social que estrutura representações e concepções a respeito da maternidade. Uma mulher pode decidir não ser mãe, ou ser mãe, mas isto não a livra de perguntas sobre suas razões. Estas perguntas seguem pautando muitos olhares, muitas vozes e muitos saberes. Ao decidir pela maternidade, pode revisar suas práticas de maternagem constantemente, a partir de suas experiências, mas é mais difícil abdicar de ter filhos. Participar ou não deste processo de ser mãe é entrar na ordem simbólica dos valores ainda definidores do lugar social e cultural da mulher. Fazer este projeto cultural nem sempre faz parte da agência autônoma da construção da identidade; mesmo se muitas mulheres encontram no caminho da maternidade um espaço de criatividade e imaginação para sua vida. Isto ocorre, sobretudo, quando se trata de poder escolher e ter as condições para fazer escolhas.

Tânia Swain discute a maternidade tomada como fundamento da família, mesmo perante as críticas a esta instituição. Em muitos contextos, a autoimagem das mulheres é vinculada à maternidade para uma plena inserção social, tornando excluídas as mulheres que não querem ou não podem ter filhos. A maternidade é o princípio organizador da identidade inteligível da mulher, seja pelo assujeitamento ou pela resistência às normas reguladoras. Em virtude disso, a autora recupera o pensamento da maternidade para os feminismos, iniciando com a análise política de Simone de Beauvoir sobre o aborto, para afirmar que a desnaturalização da maternidade é imprescindível para a retomada de seus próprios corpos pelas mulheres. Nesta lógica, as reflexões teóricas feministas seguiram desmantelando os determinismos biológicos e a divisão binária da sociedade. (SWAIN, 2007).

Se a teoria é capaz de analisar a construção da identidade, podendo facilmente cair no assujeitamento, a prática social da desconstrução, ou seja, a experiência vivida, é muito mais complexa, rica e com limites muito mais borrados ou fluídos do que a teoria gostaria de pensar. A experiência é, portanto,

[...] um processo em andamento, pelo qual a subjetividade é construída semiótica e historicamente. [...] como um complexo de hábitos resultando da interação semiótica entre o “mundo de fora” e o “mundo de dentro”, o engajamento contínuo do self ou sujeito na realidade social. (DE LAURETIS, 1984, p.182).

As identidades são designadas não por uma característica, como o ser mãe, mas por um conjunto de experiências que possuem momentos e motivações diversas, plurais e até

mesmo incoerentes ou contraditórias, a partir de um lugar de fala. É o movimento que desloca as identidades, em processos de constantes transformações. (SWAIN, 2007).

Não se pode pensar a maternidade como completa em si e atrelada à vida de uma mulher, mas sim como parte da múltipla experiência concreta. Assim faz-se necessário interrogar a maternidade que se coloca por vias como as pesquisas científicas a respeito da amamentação, bem como o modo como estes saberes circulam, como a prática do aleitamento tem sido proposta e como seus aspectos fundamentam a institucionalização da maternidade pelos caminhos da amamentação. Pois “[...] já que as coisas existentes foram feitas, podem, com a condição que se saiba como foram feitas, ser desfeitas”. (FOUCAULT, 2009, p.449).

1.1.2 Maternidade, Ciência e Políticas Públicas

O aleitamento materno ganhou importância no discurso médico a partir de estudos de prevalência e sua associação com doenças comuns aos recém-nascidos, como diarreia e doenças respiratórias, e outras condições, como alergias, doenças crônicas e morte. O Brasil foi responsável, nas décadas de 1970 e 1980, por espalhar ao mundo as observações de tais pesquisas científicas, que demonstravam as relações importantes entre aleitamento materno e benefícios para o recém-nascido, baseando-se em critérios específicos de pesquisas quantitativas da área da saúde, que demonstram a partir da comparação, correlação e associação entre aleitamento materno, seus benefícios e a morbidade/mortalidade infantil. (BRASIL, 2002; VICTORA, 1987).

As pesquisas e as descobertas brasileiras em relação aos benefícios do aleitamento materno para a criança, desde os anos 1980 até os dias de hoje, têm sido corroboradas por pesquisas internacionais – a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a incentivar amplamente a prática do aleitamento materno, e definiu diferentes categorias para esta prática, sendo que as mesmas foram adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para o Brasil. Entre elas, destaca-se o *aleitamento materno exclusivo* (AME), sendo aquele em que a criança recebe apenas leite humano, diretamente da mama ou ordenhado, de sua própria mãe ou de uma doadora, e nenhum outro líquido ou alimento sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou medicamento; e o *aleitamento materno*

complementar (AM), que deve ser oferecido à criança entre seis meses e dois anos, pelo menos, nos intervalos das grandes refeições. (WHO, 1991).

Estas categorias embasam também a recomendação do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo, sustentando que o leite materno é capaz de suprir as necessidades da criança até os 6 meses, e após essa idade deve ser complementado com alimentos relacionados como adequados para atender as demandas nutricionais e para prevenir a morbimortalidade infantil. (MONTE; GIULIANI, 2004; JONES, 2003; WHO, 1991). Portanto, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam universalmente o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê e o *aleitamento materno (AM)*, ou *amamentação*, até os dois anos ou mais de vida da criança; isto é, o aleitamento materno deve ser complementado com uma alimentação saudável a partir do sexto mês de vida da criança, mas continuado até pelo menos o segundo ano de vida. (WHO, 2001).

Tal discurso é justificado institucionalmente pelos benefícios do aleitamento materno para o recém-nascido, em um paralelo às descobertas pela ciência da saúde, que proclama a proteção das vias respiratórias e do trato gastrointestinal contra doenças infecciosas; a promoção de ganho de peso adequado; a ausência de contaminação; e o estímulo ao vínculo afetivo entre mãe e filho. (BRASIL, 2002; VICTORA, 1987). Porém, não podemos esquecer que estes são processos de descoberta de fatos que passam a ser considerados verdadeiros, e que carecem ser confrontados com as experiências maternas, como voz, narrativa e parte da constituição de saberes que está sendo desconsiderada.

Partindo da teoria de Thomas Kuhn (1962) sobre o consenso que se cria para uma ciência, dentro de um campo disciplinar específico, a partir de um paradigma embasador, podemos pensar a epistemologia da saúde – na qual a medicina da mulher, a gravidez, o parto e o cuidado da criança estão acoplados –, como campo das ciências naturais, quando a aborda como consenso dentro de uma comunidade científica biológica. Há muito tempo a medicina se apropria da experiência das mulheres para delimitar, dentro do seu paradigma, a saúde da mulher, adequando seus saberes dentro das diretrizes metodológicas consistentes com o consenso, e deixando os “quebra-cabeças” – o que não está adequado ao modelo, o que não corresponde ao esperado – de fora.

De fato, as incessantes campanhas e recomendações médicas nesta questão estão atreladas aos processos de coerção produzidos por costumes compartilhados, mas, sobretudo, porque a medicina tem construído uma percepção linear, com método único

adotado como ideal para todas as mães, sobre a alimentação e o cuidado de seus filhos. O aleitamento materno, nesse contexto, tem sido proposto como a prática mais adequada, que a “boa mãe” deve seguir, da forma ideal e durante o período recomendado.

Tais pesquisas são conduzidas de forma quantitativa, submetendo as respostas das mulheres a tratamentos estatísticos, o que não abarca suas possibilidades e desejos. A tentativa de compreensão destas realidades é vista na lógica normatizante, em que é preciso conhecer até o ponto necessário para promover a mudança da prática, pensando sobre como as estratégias de saúde podem ser mais efetivas para este fim. Não há espaço para se pensar anteriormente sobre a mulher e sua autonomia.

Segundo Araújo e Almeida (2008), a atuação profissional na assistência à prática de aleitamento materno, não deve permanecer numa abordagem restrita ao campo da biologia, em detrimento das especificidades culturais e emocionais da mulher, devendo-se levar em consideração, também, as questões sociais e econômicas. Porém, entende-se que o saber popular da mãe é pouco valorizado ou esquecido em detrimento do saber técnico-científico, que é considerado o melhor e mais correto, a partir do discurso que o tornou verdadeiro. (CANESQUI, 1988; MARTINS, 2004; TUBERT, 1996).

A medicalização da vida se expande para muitas áreas, em variadas dimensões. Atinge também a vida das mulheres, fazendo novos enunciados de verdade, e, embora haja o lugar da escolha destas mulheres, o profissional de saúde ocupa uma posição de destaque no imaginário social. A medicalização da sociedade se liga a uma certa dependência da mulher em relação ao médico. A figura de um profissional da medicina, com suas concepções compartilhadas, impõe autoridade – uma posição de domínio que a mãe não consegue ultrapassar, cabendo a ela lidar, dentro das suas possibilidades, o manejo das recomendações evocadas por ele. Isto pode gerar uma impossibilidade de diálogo entre os dois mundos, o que cria uma barreira para a mãe no seguimento das ordens médicas, ao mesmo tempo em que considera estas mesmas orientações como melhores a seu filho. (CANESQUI, 1988; MARTINS, 2004; TUBERT, 1996).

De fato, as mulheres entrevistadas nesta pesquisa verbalizaram – em suas falas – de forma bastante contundente as normas, explicitando com detalhes o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, “sem precisar de mais nada”, e também a continuidade do aleitamento materno, expressando-se em termos de idade, “dois anos ou mais”, ou de vontade da criança, “até quando ela quiser”. Nas suas práticas, entretanto, as estratégias são outras, no gerenciamento de suas relações e de suas possibilidades, seja

com tranquilidade para assumir outra prática, seja com dúvidas ou tristeza. Tais análises serão apontadas posteriormente.

Não é por coincidência que a norma é sabida e repetida por várias mulheres que são mães. A tentativa institucionalizada de imposição da ordem médica para o estabelecimento e a continuidade do aleitamento materno é vista com facilidade hoje no Brasil, nas campanhas publicitárias sobre este tema, conduzidas pelo Ministério da Saúde; nas Políticas e Programas de incentivo à instituição e à manutenção do aleitamento materno pelo maior tempo possível; e nas pesquisas continuadas, para verificação da situação de aleitamento materno no país, objetivando embasar novas Políticas de incentivo ao aleitamento materno. (BRASIL, 2012a). Este bombardeio de informações também define a prática do setor de saúde.

Contudo, mesmo consideradas estas mudanças, o discurso biomédico prega atualmente uma prática única e linear para/com o cuidado e a amamentação da criança. Baseiam-se em ensaios científicos conduzidos a partir dos anos 1980, partindo de pressupostos de uma perspectiva de necessidade da nação, em que a criança era a prioridade da família e a riqueza do país. Une-se a isto uma moralidade imposta à mulher, reproduzida por profissionais de saúde, de que, uma vez mãe, ela deve sacrificar-se me prol dos filhos, sem questionamentos densos quanto a suposta naturalidade da maternidade, ou ainda considerações sobre as individualidades e condições das diferentes mulheres, tais como socioeconômicas, culturais e étnicas. Tais pesquisas científicas da área da saúde em nada consideram a mãe como sujeito social, além de perceberem e veicularem a maternidade e o ato de amamentar como naturais, e a mulher mãe como principal – ou muitas vezes única – responsável pelo cuidado à criança. Na ausência desta, somente outra mulher poderá substituí-la em diversas das tarefas de cuidado, dado a natureza ‘maternal’ da mulher.

Ao mesmo tempo, a visão social da importância da figura do médico leva à crença de que suas orientações são as mais adequadas à saúde do bebê, impondo este discurso à prática materna. Assim, este poder, considerado um saber útil pela clínica médica e pelas práticas de cuidado sociais e familiares, são ainda atribuídas ao feminino. Continuam se disseminando e capturando a experiência das mulheres, que desde longa data foi objeto de discursos do direito do trabalho de médicos.

De qualquer forma, o discurso médico que se formava, vinculado às relações das estruturas sociais e culturais da maternidade, dava sentido às pesquisas científicas da área

da saúde, que levaram o Brasil a adotar como ideal o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, e complementar até os dois anos de idade ou mais. A elaboração de um ‘Guia Alimentar para Crianças menores de Dois Anos’¹ ilustra a importância do assunto para a Saúde Pública. Neste documento, elaborado com base em 10 passos para se alcançar o padrão ideal de alimentação infantil, o aleitamento materno ocupa as duas primeiras posições, e é determinante, conforme o passo 3, para o padrão da alimentação complementar, segundo. (BRASIL, 2002):

PASSO 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

PASSO 2 – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

PASSO 3 – A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Os demais passos mantêm o caráter mandatório e higienista do bom cuidado com a criança e sua alimentação, e a supremacia da criança na família².

Apesar de tantos esforços, a prevalência do aleitamento materno continua baixa em todo o país, e os fatores associados à introdução inoportuna de novos alimentos e à interrupção precoce do aleitamento materno estão frequentemente relacionados às condições sociais, econômicas e culturais. Apesar das pesquisas científicas da área da saúde terem verificado (por meio, majoritariamente, de pesquisas quantitativas) vários fatores que poderiam interferir na continuidade do aleitamento materno, não se explica, por esta via científica, porque tão baixa proporção de mães amamentam seus filhos de acordo

¹ Os ‘Guias Alimentares’ são elaborados por especialistas da área de saúde, vinculados ao Ministério da Saúde, para orientar a atuação dos demais profissionais, no sentido de prevenir ou tratar as condições relacionadas aos indicadores de saúde, ou seja, incentivar a adesão a boas práticas em saúde, para diminuir a prevalência das principais condições ou doenças relacionadas à alimentação.

² PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas /purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

PASSO 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

PASSO 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

PASSO 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

PASSO 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação (BRASIL, 2002).

com a recomendação. Não passa por esta lógica o entendimento de que desta forma não consideram que as mães têm seu saber; perde-se esta análise ao não se fundar em questões culturais, econômicas, necessidades outras, possibilidade de amamentar elas próprias, ou substituir com alimentos.

A seguir, refletimos sobre as formas como as possibilidades do cuidado, da maternagem, e, sobretudo do aleitamento materno, possuem outras entradas, que se relacionam à vida das mulheres, às suas experiências e saberes, e a outra condução da vida, no enfrentamento ou na ressignificação do proposto institucionalmente.

1.2 EXPERIÊNCIA, SABERES E PRÁTICAS DA MATERNAGEM

A naturalização de processos que se produz pela intervenção de saberes, poderes e formas estratégicas do Ministério da Saúde para aumentar a adesão das mulheres à amamentação, bem como, o que as pesquisas sobre nutrição de bebês têm mostrado, estão demandando maior investimento em produção de saberes para compreender a experiência das mulheres. Por que nem sempre aderem conforme é desejado a estes discursos normativos? Que razões práticas a respeito de suas necessidades ou de seus conflitos engendram suas decisões? Não parecem ser as mesmas que costumam ser utilizadas pelas pessoas quando dizem que as mulheres não são suficientemente comprometidas com os processos de amamentar porque não são boas mães. Também não são suficientes para explicar a essencialização da mulher como mãe que tem se produzido nas teorias científicas desde o século XIX. (RODHEN, 2003b).

Além do discurso essencializador proveniente da medicina, Oliveira e Minayo (2002) apontam de forma bastante clara a relação das demais estruturas incidentes na mulher mãe:

Para que a família cumpra a suma missão de estabelecer um ambiente seguro para a mulher e a criança, cria-se, para ela também, um estado de necessidades especiais de proteção – bastante próximas daquelas definidas para a mulher e para as crianças. Incluem-se também as relações com as instituições de proteção e cuidado – o sistema médico, na assistência à saúde; a previdência, na licença maternidade, salário-família ou seguro-desemprego; as instituições religiosas, no alívio das dores espirituais, na promoção da esperança; os partidos políticos, na possibilidade de transformações mais radicais, estruturais e redistributivas. (OLIVEIRA; MINAYO, 2002, p.42).

É necessário destacar que estes aspectos foram, e continuam sendo, discutidos em suas várias entradas pela teoria feminista, que desnaturalizou ideias sobre a natureza da maternidade e dos sentimentos da mãe, e também do seu vínculo com o bebê – pontos já apontados em estudos sobre as práticas adotadas com o cuidado à criança, principalmente no tocante ao aleitamento materno. O amor materno, assim como qualquer outro sentimento, não é um sentimento natural da mulher; ou uma essência de quem gera um filho, mas sim um sentimento aprendido, de acordo com os padrões vigentes nos contextos sociais e históricos em que esta mulher vive.

Com o fortalecimento do feminismo na década de 1960, expôs-se a contradição entre os desejos femininos e os valores dominantes, questionando-se a “anormalidade” das mulheres que não seguiam todas as imposições, não se sentiam bem com estas mesmas imposições ou mesmo que não desejavam a maternidade.

A partir dos anos 1960 e 1970 a questão da subordinação das mulheres ganha terrenos nos debates. Diferentes reflexões emergem e problematizam a posição da mulher nas sociedades patriarcais. Por patriarcado não entendemos apenas uma forma de família embasada no parentesco masculino e no poder paterno, mas toda a estrutura social edificada no poder do pai. A essência deste sistema está no controle estrito da sexualidade feminina, ou mesmo dos seus corpos.

Ainda que hoje se reconheça o enfraquecimento da autoridade patriarcal e do caráter institucional da família – com o aumento nos índices de divórcio e com as modificações nas normas jurídicas que regulam a constituição dos laços conjugais a partir de uma autoridade mais próxima da compartilhada –, para a mulher esse processo continua tendo mão dupla. Permite a ela maior autonomia em suas escolhas, possibilidades de rompimento de vínculos quando não lhes são satisfatórios e maior liberdade no exercício de sua afetividade e sexualidade; mas a família segue sendo um importante espaço de interação afetiva. A centralidade dos filhos cria novas formas de afeto, mas também de demandas dirigidas à mãe. (ARAÚJO; SCALON, 2005).

Deste modo, são relações menos marcadas pelo exercício da autoridade masculina, mas, em contraposição, com outras formas sutis de exercício do poder, simbólicas e/ou materiais, e nem por isso, menos conflitantes. As novas conformações nem sempre são passíveis de consenso pelos membros da família. São mais aceitáveis no que diz respeito à incorporação de novas atribuições públicas pelas mulheres, mas pouco permeáveis à

incorporação masculina de novas atribuições na esfera do doméstico. São menos assimétricas no que diz respeito às possibilidades de escolha e de deslocamento de seus pares, mas imperativos de ordem material simbólica constroem essas possibilidades. (ARAÚJO; SCALON, 2005).

Desta forma, Clara Araújo e Celi Scalon (2005) afirmam que “nem todos os membros têm as mesmas possibilidades e tais diferenças são definidas sobretudo pelo gênero, e também pelo recorte geracional” (p.21). A clivagem geracional de que falam as autoras mostrou-se em amplo processo de modificação, redefinindo o lugar da autoridade e das formas hierárquicas dentro das famílias. A clivagem de gênero, em contrapartida, é mais resistente a mudanças internas devido às relações de poder e às atribuições conferidas a partir dos papéis sexuais estabelecidos socialmente.

Tais clivagens relacionam-se a novas formas de conflito, originadas no plano da subjetividade. As aspirações individuais de maior autonomia, assim como, com maior intensidade, com dimensões materiais, num cenário marcado por crises estruturais de emprego e redução de políticas públicas, se conflitam à permanência do trabalho reprodutivo como algo fundamentalmente da esfera doméstica e da responsabilidade feminina. As dinâmicas que homens e mulheres estabelecem para conciliar vida doméstica e trabalho, e os modos pelos quais as negociam e as organizam, necessitam ser consideradas do ponto de vista interno do sentido conferido por seus membros às suas interações, pois envolvem dimensões como recursos materiais, momento histórico, valores culturais mais gerais e posições dos indivíduos na estrutura socioeconômica. (ARAÚJO; SCALON, 2005).

As atividades de cuidado são constitutivas da vida social, mas que se realizam na dicotomia público-privado, nas relações sociais cotidianas que ocorrem no espaço doméstico. A ausência de políticas sociais que satisfaçam as novas necessidades das relações sociais em contextos em que homens e mulheres trabalhem fora (em conjunto ao envelhecimento da população e as restrições das redes de ajuda em razão da dinâmica que predomina nas regiões urbanas) gera um déficit de cuidado de crianças, enfermos e idosos. (ARAÚJO; SCALON, 2005).

O eco do patriarcado, neste sentido que damos aqui, é revelado pelo feminismo como o que ficou de fora na separação entre o público e o privado. Na divisão sexual do trabalho, o lugar dado aos membros da família parte do homem provedor. A mulher fica em posição de mãe, e seu lugar como esposa fica subsumido ao direito paterno, ocultando

o caráter das relações entre homens e mulheres e a abrangência maior do direito sexual masculino. (AGUIAR, 1997; SAFFOTI, 2204).

Além desta dimensão do patriarcado, frequentemente acionada pelo econômico, as teóricas feministas alertam para a centralidade do corpo e de suas diferenças biológicas nos discursos dominantes, que pensam tais diferenças como irredutíveis, o que se verifica nos temas sobre direitos sexuais e reprodutivos, e socialmente, da maternidade compulsória.

A diferença sexual pensada como imutável engendra desigualdades e hierarquias de gênero, colocando a mulher em uma posição subordinada, pois presa à sua capacidade corporal e à ideia de que é natural gestar. Esta diferença é uma construção política, com argumentações de base biológica que partem da premissa de que indivíduos machos e fêmeas possuem essências naturais, que são absolutamente distintas e opostas uma a outra. Masculino e feminino, ou homem e mulher, são tipos “naturais” de gênero, e como tal, mantêm-se estáveis. Cada um traz ao nascer sua herança genética, sua essência exposta na genitália. A percepção de si fica relacionada ao equipamento biológico, cuja consequência é, nesta lógica, a paternidade definida como aspecto simbólico e a maternidade, esvaziada do seu caráter cultural, é construída como matéria, como natureza e como terra que se há de fertilizar. (TUBERT, 1996). Assim como aponta a antropóloga Rita Laura Segato (2006), há mais de três séculos a mulher tem sido alvo das tentativas de centrar em seu corpo o seu destino e sua função orgânica, o que confere a atribuição de uma identidade própria à mulher.

Os corpos disciplinados (FOUCAULT, 1987) aos “encantos” da maternidade ecoam valores relativos a premissas de heterossexualidade. Isto fundamenta o casamento e a constituição da família nuclear restrita – pilares da dominação patriarcal. Nesta ordem simbólica, a mulher tem seu corpo moldado e sua sexualidade domesticada. (TUBERT, 1996). O feminino passa a ser significado socialmente pela maternidade, que se constitui enquanto especificidade da mulher, mas que, contudo, não deve definir a totalidade de seu ser. (SEGATO, 2006).

Ainda nos anos 70 observamos um forte movimento no sentido de promover a desnaturalização dessa biologização. As feministas reivindicavam o controle sobre seus corpos e sobre a reprodução, criticando o ideal da maternidade obrigatória e compulsória, promovendo um florescimento de estudos dedicados à historicização da problemática imbricada na biologização da mulher.

Em consonância às lutas e estudos dos anos precedentes, os anos 1980 aparecem como *locus* dos questionamentos de pressupostos dicotômicos enraizados, como os duos natureza/cultura e sexo/gênero. Questionam-se as visões universalizantes e essencializadas das diferenças sexuais. Os corpos deixam de ser compreendidos como superfícies pré-discursivas e naturais sobre as quais a cultura se inscreve. Desta maneira, a categoria sexo se desnaturaliza adentrando igualmente o campo das construções culturais e simbólicas desfazendo-se, assim, a ideia naturalizada do corpo feminino maternal, responsável pelo cuidado e encarregada de aleitar ao seio.

Entretanto, segundo Elizabeth Badinter (1985), não há ilusão de que isto atingiu a maioria das mulheres, e que, mesmo as atingidas, deixassem facilmente de carregar estes antigos valores que as transformam constantemente em culpadas, seja porque não cuidaram como deveriam, não amamentaram como deveriam ou porque “abandonaram” o filho, preferindo o trabalho. Ao mesmo tempo, experimentam o rancor do tempo que foi sugado, das horas de prazer que foram roubadas, percebendo internamente que o instinto materno não era mais do que uma pressão social para que a mulher exerça a maternidade. (BADINTER, 1985).

A discussão da pressão social, vinculada aos processos médicos, é também pensada por feministas, que se mobilizam no sentido de espriar ponderações críticas para contextos geracionais, culturais e de classe para as mulheres, e propor soluções justas e igualitárias no pensamento e desenvolvimento de políticas relativas aos direitos reprodutivos e de maternidade atuais. A obrigatoriedade da maternidade é cada vez mais discutida, e visível nas redes sociais e nas mobilizações militantes e políticas, abordando questões como a descriminalização do aborto, a desvinculação da mulher com o papel de mãe e na luta pelo parto humanizado.

Recentemente podemos observar, no campo do parto, a relação entre doulas e obstetras, que reflete, em boa medida, a batalha epistemológica entre o senso comum e o conhecimento verdadeiro. As primeiras são dotadas de um conhecimento a partir da experiência, da tradição e da própria vivência de gestação e parto. Utilizam-se também da ciência médica, mas incorporam conhecimentos tradicionais e priorizam a relação com a gestante e suas vontades e necessidade. Buscam devolver a autoridade do parto para a mulher, da tomada de decisões e do empoderamento, muito embora o façam muitas vezes também por um caminho essencializador do feminino, do gerar e parir, do nutrir e do cuidado.

Os médicos, por sua vez, apontam os riscos dos partos naturais, em domicílio, na água, entre outros – que não contem com sua supervisão –, e buscam a utilização de doulas para o desafogamento do trabalho na obstetrícia, e como ponto de apoio com a parturiente, transformando a doula em mais uma assistente para sua atividade. Atividade, esta, que está sob seu domínio e decisão, e as escolhas são tomadas a partir do calendário do médico e do hospital. O parto normal é incentivado na rede pública, em que há uma fiscalização política sobre o número de cirurgias – porque impacta diretamente no custo para a Saúde Pública. O parto cirúrgico (cesárea) é mais comum na rede privada, em que o horário do parto deve caber na agenda apertada do obstetra. Os planos de saúde engendram ações para desestimular o uso da cesárea, aumentando o número de partos normais, que contam com menores custos de realização e menor tempo de internamento da mulher. Fica claro que as questões de decisão estão nas mãos dos médicos e das instituições de saúde, que consideram custo e logística. A escolha da mulher é calada neste jogo de forças entre comodidade do médico no atendimento e rentabilidade dos serviços de obstetrícia.

Nas conversas com as mulheres entrevistadas para esta pesquisa, temas sobre a gestação e o parto surgiam – por vezes ao serem questionadas, e por vezes espontaneamente – em suas falas, e todas elas contaram situações de violência obstétrica vivida por elas (em um ou mais partos), por conhecidas suas, por parentes suas ou ainda pelas mulheres que dividiam o espaço da sala pré-parto, quando as próprias estavam aguardando a evolução do seu parto³.

Entre estas situações, cito desde insultos verbais, como ouvir, durante o parto, do médico e equipe médica julgamentos de que ela não deveria ter mais filhos, ouvir constantemente que era muito nova para ter filhos, e ser mandada ficar quieta porque estava incomodando o descanso das enfermeiras, até situações de violência física e abuso de sua condição de poder.

³ A violência obstétrica contempla os atos praticados por qualquer profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres durante a gestação, no trabalho de parto, no pós-parto ou em situação de abortamento, em todo e qualquer procedimento que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade. Entre as ações físicas estão a episiotomia, as intervenções de verificação e aceleração do parto, a manobra de Kristeller, a restrição da posição do parto e a restrição de alimentação e hidratação. Entre os atos psicológicos e emocionais estão a restrição da escolha do local do parto, as intervenções com finalidades didáticas, a falta de esclarecimento e consentimento da paciente, além de omissão de informações e prestação de informações em linguagem pouco acessível, desrespeito, desconsideração dos padrões e valores culturais das gestantes, e a negligência e recusa no atendimento, tanto para a gestante como para a mulher em situação de abortamento. REDE PARTO DO PRINCÍPIO para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. **Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor”**. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

Uma das interlocutoras contou a história da sua colega de pré-parto, que dizia ao médico que não aguentava mais fazer força para o parto normal, implorando por uma intervenção cirúrgica; porém, o médico preferiu tentar procedimentos condenáveis para realizar o parto normal de qualquer forma (manobra de Kristeller⁴ e episiotomia⁵), que não funcionaram, e a parturiente acabou por ter a cesárea realizada. Esta interlocutora se compadece com a companheira: “daí resumo, a menina saiu de lá cortada embaixo [episiotomia], cortada em cima [cesárea]. [...] Cortaram embaixo, cortaram em cima, imagina!”.

Uma outra mulher entrevistada conta que desejava que seu parto fosse normal, verbalizando esta vontade para o médico; no dia de seu parto, ela estava sozinha na sala de pré-parto, aguardando a dilatação; o médico passou na hora do almoço e a comunicou que ia fazer o parto naquele momento, porque só havia ela para ser atendida, e todos os funcionários daquele setor queriam ir almoçar. Ao ser coagida pela decisão do médico, a mulher não teve condições de decidir, e conta que até aquele momento (um ano depois do parto de seu único filho) não sabia se teria condições de ter um parto normal ou não.

Estas e outras situações demonstram que as mulheres não são as responsáveis pelo seu parto, e os saberes sobre a medicina, sobre o parto e sobre o corpo das mulheres está na lógica do saber-poder, em que o médico é detentor deste saber, e, portanto, tem o poder de decidir sobre os outros corpos, minando a tomada de decisão por parte das mulheres. Foram várias as que referiram procedimentos que foram realizados sem que elas tivessem o conhecimento do que era ou da necessidade do mesmo, como o “sorinho⁶” e o rompimento da bolsa, por exemplo, e ainda referiram o tipo de parto realizado como não sendo sua escolha, mas sim o que a equipe médica decidiu, assim como uma das interlocutoras expressa, que foi o parto “que me deram”.

A luta pelo empoderamento da mulher parturiente e puérpera não é novidade na agenda feminista. Muitas vezes a luta pela igualdade toma a via da exaltação das

⁴ Manobra obstétrica realizada durante o parto na tentativa de acelerar a expulsão do bebê, que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero no momento da contração. Além de ser reconhecidamente danosa e ineficaz, a manobra causa grande dor à parturiente.

⁵ Corte realizado na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto, realizada geralmente com anestesia local. É prejudicial para a saúde física e emocional da mulher submetida a este procedimento.

⁶ A fim de apressar o trabalho de parto, é administrada ocitocina por via venosa. Tal procedimento, entretanto, deve ter o consentimento da parturiente, por se tratar de um manejo, e não de algo que deveria ocorrer como praxe. Para extrair este consentimento, é dito para a mulher que vai ser administrado um “sorinho” para ajudá-la, subtraindo a informação de que no soro existe um medicamento para indução do parto, tratando-se, obviamente, de uma prática de violência obstétrica.

qualidades desenvolvidas socialmente na mulher. Porém, em uma leitura extremista de tal teoria feminista, também recentemente, houve a emergência de um movimento denominado “criação com apego” que finca mais profundamente o cuidado como tarefa feminina, extremamente necessária ao bom desenvolvimento emocional e afetivo da criança. Incentiva a mulher a não largar a criança em nenhum momento, para que ela não chore – inclusive à noite, com um dispositivo que se acopla à cama da mãe –, amamentar em livre demanda, e a fazer todas as suas vontades, sob pena desta intensa marca psicológica negativa que se criará em qualquer segundo de ‘abandono’ da criança. Tal movimento tem ganhado proporções nas redes sociais virtuais, e as experiências descritas incentivam outras mães e famílias a criarem seus filhos “com apego”, pois desta forma terão o afeto e a proteção necessários para se tornarem adultos seguros e felizes.

Este parecia ser justamente o medo da filósofa francesa Elizabeth Badinter, quando discutiu em 2010, em entrevista a uma revista alemã, o movimento de retorno à natureza e às obrigações maternas, que enfraquecem as conquistas emancipatórias já alcançadas pelo movimento feminista. A criança é colocada no centro da família, e suas necessidades são mais importantes do que a da mãe. Ao mesmo tempo, a mulher acredita que se fizer tudo conforme o recomendado, a criança será perfeita e feliz. A filósofa atribui tal enfraquecimento à inadequação da conformação familiar a que se chegou com a liberação feminina. Algumas mulheres trabalham e são mães, e portanto podem estar cansadas e frustradas. Outras não possuem qualificação profissional suficiente para desistir do posto de ser mãe. A filósofa acrescenta que é necessário repensar o modelo de maternidade, e dar condições de escolha sobre ser mãe ou não, e em que condições.

Demonstra-se assim a intensa necessidade de articulação das realidades com a agenda feminista na questão da maternidade, do cuidado e do aleitamento materno. Mesmo em face de uma múltipla gama de realidades, e de inúmeras conquistas feministas, grande parcela das mulheres assume o papel de mãe segundo padrões tradicionais de divisão sexual do trabalho, ocupando-se do cuidado conforme aprendido socialmente e pelo discurso da ciência médica.

Portanto, na maioria dos casos, o que acontece é uma parcela importante do cuidado à criança sendo lançado quase que exclusivamente à mãe⁷, e um destes cuidados é

⁷ No capítulo 5, será demonstrado, com os conteúdos das entrevistas realizadas, que a mãe continua responsável pela maior parte, ou pela totalidade, do cuidado à criança, e quando recebe ajuda, esta é feita em uma rede de solidariedade formada exclusivamente por mulheres da família, para o cuidado de filhos, sobrinhos e irmãos menores.

a alimentação. No início da vida, é a mãe a responsável por oferecer seu leite ao filho, iniciando a reprodução do padrão social do papel da mulher. É necessário lembrar que o aleitamento materno esta impregnado de simbolismos, e não depende apenas da força de vontade materna. O mito do leite fraco como alegação para o desmame tentava culpabilizar a mulher. Atualmente, tal mito é arduamente combatido pelo discurso médico, que afirma que toda mulher é capaz de produzir leite em quantidade e qualidade suficiente para o filho que gerou. As demais alegações apresentadas pelas mulheres aparecem também como dificuldades que poderiam ser sanadas pelo apoio à maternidade. Cada situação vivida pela mãe tem seu correspondente contrário no discurso técnico que incentiva o aleitamento materno. São ‘soluções’ que visam abarcar a mãe trabalhadora, a mãe com problemas de saúde, a mãe com problemas no seio, a mãe que alega não ter leite suficiente, entre outras, minando sua possibilidade de decisão sobre amamentar ou não, uma vez que sua realidade não é ouvida, é rebatida por uma teoria científica da área da saúde.

Segundo alguns autores, o auxílio para a mulher que amamenta deve vir não apenas do setor saúde, mas também do núcleo familiar e social em que a mãe esta inserida, remodelando a atenção à saúde neste contexto e tornando o aleitamento materno aceitável socialmente. (RAMOS; ALMEIDA, 2003; ALMEIDA; NOVAK, 2004). Amamentar não é um ato isolado, mas parte da vida da mulher e da família; é determinado por uma série de fatores e é também expressão de uma cultura. (PEDROSO *et al*, 2004). Porém, a linha que separa o apoio da imposição não é considerada nas teorias ensinadas à mulher que aguarda o nascimento de um filho.

A mulher tem ainda hoje em sua figura um papel claro essencializado, que é a maternidade, e com isso, a obrigação de aleitar seu filho. E esforçar-se por realizar esta atividade de maneira ideal, isto é, amamentar exclusivamente seu filho até o sexto mês, complementarmente até o segundo ano de vida da criança, fornecer uma alimentação saudável, e abster-se do uso de mamadeiras, chuquinhas e chupetas. Qualquer manifestação contrária a esta certeza não pode ser normal. Demonstra uma falha, seu fracasso perante sua essência. Conseqüentemente, a ela cabe o cuidado à criança, uma vez que é relativo à sua “natureza”. (ROHDEN, 2003a; TUBERT, 1996).

A partir das mudanças estruturais das sociedades modernas no final do século XX, incidentes nas concepções de identidade, Stuart Hall (2006) analisa de que quando surge a experiência da dúvida e da incerteza sobre algo que se suponha como fixo na identidade da

pessoa, constitui-se uma crise, como o é a maternidade. O estereótipo entra em conflito com a identidade.

O sujeito do Iluminismo, totalmente dotado de capacidades de razão, passa, na esteira epistemológica, a ser pensado como habitante de um interior e um exterior, a ser percebido como não autônomo ou autossuficiente, mas formado na relação com outras pessoas, e costurado à estrutura.

Porém, é esta identidade que está mudando na modernidade tardia, conforme conceitua Hall. A identidade não é unificada e estável. Não é única; é formada de várias identidades, que podem algumas vezes ser contraditórias. A subjetividade não se conforma às necessidades objetivas da cultura. A identidade não é fixa ou essencial, é definida historicamente, e não biologicamente. Por isso, assumem-se identidades diferentes em momentos diferentes, não unificadas em um “eu” coerente. E,

à medida em que os sistemas de significação e representação cultural se multiplicam, somos confrontados por uma multiplicidade desconcertante e cambiante de identidades possíveis, com cada uma das quais poderíamos nos identificar – ao menos temporariamente. (HALL, 2006, p.13).

Neste contexto, entende-se que o aleitamento materno é visto como uma parte importante da experiência da maternidade, trazendo “plenitude” para a vida da mulher. Entretanto, esta visão estereotipada passa por outros e diversos caminhos na realidade, por vezes concordantes, por vezes rechaçadores, ou melhor, invisibilizadores da experiência das mulheres. Pode estar presente de maneira coercitiva e repressora; mas pode ser criativa e ressignificada a partir de outras lógicas da vida além da medicina, como sua rede social, cultural e familiar.

Em face às dificuldades e aos sentimentos secretos de dor, insegurança, tristeza e medo, a mãe deve viver o jogo de identidades possíveis para seguir o aconselhamento médico-científico, pois seu “papel” é fazer o melhor por seu filho. É neste sentido que senso comum e conhecimento científico se chocam, na realidade da mãe e sua rotina de maternagem, pois ela é questionada pelas próprias exigências do seu cotidiano e pela sua experiência, não estando cristalizada em uma posição.

Quando soluções técnicas se chocam com o conhecimento prático e a experiência sociocultural dos cidadãos envolvidos e esse choque é politizado por via da mobilização organizada dos cidadãos, é frequente que estas soluções acabem por ser questionadas por outros cientistas e técnicos, dando assim testemunho da pluralidade interna da ciência. (SANTOS, 2005, p.56).

Com esta abordagem, Boaventura de Souza Santos (2000) não intenta eliminar as diferenças existentes entre o conhecimento técnico e o não-técnico, mas trazer a tona a complexidade desta fronteira, em que o técnico e o social se redefinem de acordo com a situação e o problema, pela contribuição das várias partes envolvidas, traduzindo e dissolvendo a polarização e a hierarquia entre os tipos de conhecimento. Para o setor saúde, a maternidade se mantém com esta fronteira, fixa e definida, e é necessário diluí-la, encontrar as porosidades, para que a experiência da mulher se torne visível à prática e à teoria da área da saúde.

2 O CUIDADO E A MATERNIDADE

[...] as mulheres não apenas se definem num contexto de relacionamento humano mas também se julgam em termos da sua capacidade de cuidar.

(Carol Gilligan)

O cuidado e a maternidade se entrelaçam socialmente e culturalmente por aspectos vinculados à naturalidade e à feminilidade da maternagem; e contextualmente o cuidado materno foi tomado como um valor moral nas diversas estruturas sociais, como médica, jurídica e econômica, em saberes que associam a feminilidade e o cuidado. Por se tratar de um dos pilares da desigualdade social entre homens e mulheres, a produção teórica feminista não poderia ficar aquém da perspectiva do cuidado, e dentro dela, da maternagem e do cuidado de crianças.

A moralidade que norteia o cuidado foi desenvolvida tradicionalmente por uma perspectiva hegemônica masculina, em que a ética e a justiça eram vistas como vinculadas à capacidade de aplicação de normas abstratas para se chegar a uma solução mais justa para as situações da vida. No estudo do desenvolvimento moral de homens e mulheres chegava-se a conclusão de que homens desenvolviam-se mais precisamente do ponto de vista moral, por ter mais assertividade com a aplicação destas normas.

Carol Gilligan lançou um outro olhar e desenvolveu em seu trabalho originário da obra “Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta” (1982) o argumento da diferenciação entre meninos e meninas no desenvolvimento moral. Observando suas práticas discursivas, pôde compreender que meninas são estimuladas a pensar relacionalmente, preocupando-se com todos os envolvidos na situação, como um outro encarnado, com suas próprias necessidades. Os meninos, ao contrário, buscam uma solução abstrata, focando-se na resolução do problema, e não na necessidade das pessoas concretas. Porém, ainda se a teoria de Gilligan reforçasse a construção de uma complementação oposta e binária no quadro da cultura, faltava-lhe como teoria uma perspectiva política. Esta perspectiva foi criticada por Joan Tronto, que, ao fazer um trabalho de ciência política, colocou a ética de cuidar em sua dimensão

reflexiva e, em sua importância moral e social no centro da atividade política. Separou em sua teoria a experiência do cuidado e o pensamento do cuidado.

O cuidado, para Tronto concerne a experiência e tudo o que fazemos para cuidar e reparar o mundo. Assim, ele ganha sentidos tanto de prover o cuidado, quanto de experiência pessoal, quanto de prazer e dor. Colocado no centro da discussão democrática, a autora mostra como a maior parte do trabalho é realizado pelas mulheres, escravos e classes mais pobres. Estes aspectos trazem as razões históricas de desvalorização constante dessas práticas. Aspectos que segundo Tronto precisam ser superados porque todos em algum momento precisam de cuidados. Para ela, cuidar comporta uma visão ética e política para a vulnerabilidade. Vulnerabilidade e dependência não são momentos acidentais na vida; todas as sociedades sabem que precisamos de cuidado, e que somos igualmente doadores de cuidado. Para tal, o desafio é sair da descrição normativa e superar a separação entre ética do cuidado como elemento exterior à prática.

O cuidado, o cuidar, e, mais precisamente, a necessidade de cuidado são temas não apenas pessoais e privados, mas também sócio-políticos, dado que, em algum momento da vida, todas as pessoas precisam ou precisarão de algum tipo de cuidado, e em algum momento dispensam ou dispensarão atos de cuidado. Trata-se de uma relação, e ganha mais importância por se tratar de uma dinâmica cotidiana. Nas palavras de Joan Tronto (1997):

Cuidar afeta tanto quem cuida como quem está sendo cuidado. Afeta a pessoa que cuida porque ela precisa se envolver com o outro; e afeta a pessoa cuidada porque suas necessidades são atendidas e porque ela deve de alguma forma, responder ao cuidado oferecido e aceitá-lo. (TRONTO, 1997, p.195).

Ainda segundo a mesma autora, os atos de cuidado envolvem não apenas uma eficácia técnica, mas também uma eficácia simbólica, acompanhada de vínculos afetivos, principalmente quando no âmbito familiar e não profissional, como é o caso do cuidado das crianças por mães, tias e avós. De fato, a carência de uma visibilidade como produto mercadológico ou serviço profissional é um dos motivos mais importantes para manter o cuidado na esfera privada, escamoteando em uma ética deturpada o trabalho afetivo como um cuidado que deve ser dispensado sem qualquer interesse. Cristaliza-se, desta forma, o cuidado como trabalho doméstico, do feminino e desprovido de valor econômico, reforçando as estruturas diferenciadoras de gênero, constituindo-se em instrumento de análise das relações sociais de desigualdade e poder.

É o que, segundo Brunella Casalini (2010) se relaciona com colocar crianças no mundo e assisti-las, assim como assistir a outras pessoas necessitadas de carinho e atenção, e também com a limpeza das casas e das roupas, a preparação da comida e de todas as atividades cotidianas orientadas à satisfação das necessidades físicas e afetivas, e que são tradicionalmente realizadas por mulheres, no âmbito do lar, de forma gratuita ou parcamente remunerada.

Embora algumas mudanças venham se delineando nas conformações familiares, as mulheres mantêm-se como prioritárias na responsabilidade pela casa, muitas vezes mantendo uma dupla jornada de trabalho. (OLIVEIRA, 2007). São elas também as responsáveis pelas crianças e idosos, necessitando muitas vezes o auxílio de outras mulheres, em redes de solidariedade, que incluem mães, irmãs, tias, primas, amigas, vizinhas, e filhas mais velhas.

A maternidade como função historicamente atribuída às mulheres se conecta aos cuidados maternos e à naturalização da capacidade de cuidar. Este capítulo tem por objetivo discutir o cuidado como trabalho gendricado e a relação das mulheres com esta função na prática da maternagem, incluindo a relação que existe na sociedade ocidental moderna entre a função biológica de gestar e parir e o papel social de mãe. Também visa refletir sobre o cuidado da criança enquanto recebedora de atenção pela ética do cuidado e pela ética dos direitos, bem como sobre a necessidade de se considerar o cuidado na esfera política.

O conceito de cuidado vem sendo desenvolvido desde os anos 1980, quando o movimento feminista está discutindo a diferença e aprofundando os conceitos de sexo e gênero. Neste sentido, Kergoat (2010) considera o cuidado como um valioso instrumento para a observação da dinâmica das relações sociais. Ela considera que nas atividades do cuidado, ocorre “uma radicalização e extensão qualitativa e quantitativa das relações de classe [...]”. (KERGOAT, 2010, p.102). O cuidado pode ser considerado como restrito à esfera do amor, ao íntimo e ao privado, ou passar para a esfera política, mais adequada como instrumento de análise, uma vez que se trata de uma interdependência existente em diversas esferas sociais, que ultrapassa o reconhecimento de vulnerabilidade.

A conceitualização do cuidado atravessou inicialmente no contexto francês o desafio linguístico para sua tradução e utilização teórica. As teorias desenvolvidas por Pascale Molinier e por Patrícia Paperman e Sandra Laugier consideram a palavra inglesa *care* mais adequada que a correspondente francesa *soin*, pois esta última atrela-se a uma

conotação médica, reprodutora de hierarquias, dominação e fixidez nos conceitos e discursos de competência do cuidador e dependência da pessoa cuidada, o que dificulta a desvinculação do termo com um caráter moral e privado do cuidado na família. (MOLINIER, 2012; PAPERMAN; LAUGIER, 2005). Deste modo, Molinier (2012, p.41) pondera que “quem diz cuidado (mesmo com todas as precauções) diz doença, algo a tratar: a sociedade, ou alguns de seus membros, identificados como doentes, dependentes”.

A palavra inglesa *care* engloba tanto o cuidado traduzido como “tomar conta”, “preocupar-se”, “estar atento”, como o ato em si de cuidar, estando mais apropriado para designar a esfera política do cuidado e ultrapassar o íntimo e privado, e considerar a interdependência na distribuição do cuidado, para além da moral e do trabalho do amor. Tem mais chances de obter avanços democráticos, pois se estende à doença, desemprego, vulnerabilidades, índices de desenvolvimento, incapacidade jurídica para decidir, fome, miséria, empobrecimento e luta por direitos. Está mais adequado à realidade política do cuidado, levando-se em conta o caráter universal, reflexivo e interativo deste trabalho, superando o binarismo e a divisão sexual do trabalho.

Por se tratar de um tipo de cuidado vinculado socialmente ao amor e à naturalização do trabalho como feminino, será utilizada a designação em português – *cuidado* – para se tratar do cuidado materno, uma vez que, dentro do tema deste trabalho, não escapa ao estatuto moral e ao cuidado médico, porém, também serão pensadas as possibilidades políticas de igualdade entre os gêneros nas atividades de cuidado.

2.1 RELAÇÕES DE GÊNERO, DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E CUIDADO

A história dos cuidados maternos remonta as transformações da modernidade e suas instituições, no curso da “invenção da maternidade”, em bases jurídicas, médicas e científicas. Se até o século XVIII europeu a base da família era a autoridade paterna, com consequente subordinação da mãe e da criança, a nova ordem colocava a criança no centro da família, que se unia por laços de ternura e intimidade. Segundo Giddens (1993, p.53) a “invenção da maternidade” é o resultado de fatores culminantes no final do século XVIII, como o surgimento do amor romântico, a criação do lar e o novo modelo de relação entre pais e filhos. O cuidado foi tomado como corolário do amor materno, que surge como um

novo valor, defendido como natural, e incentivava a mulher a cuidar diretamente dos filhos – ideia reforçada por médicos, moralistas e estadistas, por satisfazer aos novos interesses econômicos – criando um discurso de ‘natureza feminina’, apta ao cuidado apropriado à sua prole. (GIDDENS, 1993).

Os esforços eram colocados no sentido de incentivar o cuidado da criança pela mãe, pessoalmente; o que gerou discursos variados em relação à necessidade da situação, para o mesmo fim esperado. É neste contexto que o cuidado que se exigia para ser tomado com a criança diferia de acordo com a classe. Nas camadas mais altas, o incentivo visava o descarte do aleitamento mercenário, para que a mãe, ela própria, cuidasse da criança, disseminando o cuidado pela medicina doméstica e a popularização da ideia de laços afetivos dentro da família. Nas camadas populares, o incentivo à diminuição do abandono infantil teve a intervenção de políticas sociais, para diminuir os custos públicos sociais. (MOURA; ARAÚJO, 2004).

As estratégias diferenciadas de acordo com a classe social, de todo modo, visavam à proteção da criança; a base, no entanto, era o modelo burguês, que atendia às necessidades econômicas, políticas e sociais da época, e deu à mulher seu espaço de respeitabilidade, o lugar da rainha do lar. No início do século XIX o cuidado da criança já não podia ser pensado como retirado do âmbito familiar, e a mãe passou a ser responsável pela nutrição, saúde e educação dos filhos, com grande valorização na sociedade de seu devotamento e sacrifício em prol da família. (SCAVONE, 2004).

O mesmo processo de intimização da família ocorrido na Europa em virtude da modernidade aconteceu no Brasil com a passagem de colônia para nação. Os padrões de família moderna, incluindo dos cuidados maternos, vieram para o Brasil com a família real, transformando os costumes coloniais. Os higienistas auxiliaram neste processo introduzindo novos valores a serem seguidos pela família nuclear – composta de pai, mãe e filhos – o que é aclamado como um ideal de família moral, e onde os cuidados são dispensados pela mulher, a aliada do médico. (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Este modelo transformou-se na ideologia de exaltação do papel natural de mãe, que abarca todos os deveres na criação dos filhos, limitando o papel social da mulher à maternidade. Não é difícil imaginar, no entanto, que tal ideal era impossível para as mulheres pobres, que passaram a assumir as tarefas maternas em condições mais difíceis. Porém, a mais tarde conceituada “dupla jornada de trabalho” estava escamoteada pela

noção de que era no papel de mãe que a mulher encontrava realização, felicidade e completude.

A consolidação da sociedade industrial marca a entrada expressiva das mulheres no mercado de trabalho, de forma desigual em termos sociais e sexuais, transformando o padrão de maternidade. Iniciou-se a transição do modelo tradicional de maternidade – com a mulher sendo definida exclusivamente como mãe, com muitos filhos – para um modelo moderno de maternidade – a mulher sendo definida como mãe, entre outras possibilidades, com poucos filhos, muitas vezes planejados, ou pelo menos com algum método para restrição do número de gestações. (SCAVONE, 2004).

No século XIX, quando as mulheres operárias intensificaram a conciliação entre o trabalho fora do lar e a maternidade (o que significa trabalho no lar), reforçou-se a lógica da dupla responsabilidade, consolidada no século XX com o avanço da industrialização e urbanização, que tornaram mundiais os impactos da modernidade. As mulheres passaram a ocupar gradativamente o espaço público, ao mesmo tempo em que mantiveram a responsabilidade com a criação dos filhos, consolidando a designação de “dupla jornada de trabalho”. (SCAVONE, 2004; GIDDENS, 2002).

Neste contexto, a decisão de ser ou não ser mãe teria que passar por uma esfera reflexiva, uma decisão racional relacionada à questões econômicas, subjetivas e sociais, e de ruptura com a tradição, no sentido dado por Giddens (1991, p.45) de que a “reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e revisadas à luz de novas informações sobre estas próprias práticas, alterando constitutivamente seu caráter”. Apesar disto, as decisões nem sempre são de cunho consciente – as instituições modernas permitem que se tome a decisão de confiar, a partir de uma reflexividade intrínseca, que monta a confiança nos sistemas especializados. Deste modo, “se questionados, os agentes são normalmente capazes de fazer interpretações discursivas da natureza e das razões de seu comportamento” (GIDDENS, 2002, p.39), a partir de um monitoramento reflexivo da ação, que está na base da produção e reprodução de um comportamento.

Para tal explicação de seu comportamento, o ator considera seus interesses e suas perspectivas, concedendo-se o direito de escolher o seu ponto de vista como perspectiva válida para se perceber como merecedor da aceitação dos outros para seu ponto de vista. Os atores tentam encontrar uma maneira de ajuizar sua experiência em relação a outros e à normatização posta em questão. Há a necessidade de reflexão; cada indivíduo deve ser

considerado capaz de dominar conscientemente, pelo menos em parte, sua relação com o mundo. No caso das mulheres que levam a cabo uma ação não condizente com a norma na maternidade, por exemplo, leva-se à necessidade de fundar a legitimidade de suas práticas. É preciso encontrar aí a separação da subjetividade do indivíduo e a objetividade com que elas se relacionam tanto na ação quanto na justificativa.

A partir da reflexividade, é possível a todo momento decidir romper com o passado ou se guiar por hábitos estabelecidos. Isto pressupõe a escolha, que está conectada às dinâmicas culturais, epistemológicas e institucionais da tradição e dos processos de mudança. Na perspectiva da modernidade Giddensiana, a identidade é aberta e sofre contínua revisão, modificando as escolhas e sua coerência, pois as condições alteram também a possibilidade de escolha e as condições de decisão entre as opções. (GIDDENS, 2002; 1993; 1991).

A reflexividade da modernidade opera não numa situação de certeza cada vez maior, mas numa situação de dúvida metódica. Só podemos confiar, mesmo nas autoridades mais fidedignas, até “nova ordem”; e os sistemas abstratos que tanto penetram na vida cotidiana normalmente oferecem múltiplas possibilidades em vez de fornecer guias ou receitas fixas de ação. (GIDDENS, 2002, p.82).

Na maternidade e em sua relação com as normas sociais e biomédicas, a reflexividade está conectada à tomada de decisão para a situação particular, no cuidado e no aleitamento materno. Está na lógica da identidade aberta, e a coerência da narrativa bibliográfica sofre constante revisão, para atender às múltiplas possibilidades contextuais. A reflexividade na maternagem está presente na análise dos novos conhecimentos e tecnologias para a maternidade, e, por vezes são incorporadas pelas mulheres. A volta à tradição, no entanto, pode ser fruto desta mesma análise, quando as respostas ofertadas por outras vias, que não a científica, fazem mais sentido do que as novas descobertas, ou quando o científico se pauta em valores sobre o feminino, sobre a amamentação como instinto e não rompe com uma perspectiva essencializada da gendrificação da mulher. Estes aspectos, contudo, não eliminam a convivência com outras novas reflexividades, que ressignificam a tradição e que são tomadas como escolhas e planejamentos reflexivos frente as necessidades.

Considere-se, contudo, que a democratização de conhecimentos especializados não ocorre da mesma maneira para diferentes pessoas. Está relacionada à sua disponibilidade e a diferentes parcelas da população; aos valores pessoais, que mudam a partir de novos

conhecimentos e experiências; à possibilidade de consequências inesperadas das ações; e à própria natureza instável ou mutável do conhecimento. (GIDDENS, 2002). As possibilidades de escolha também se conectam às relações com os outros e suas próprias experiências – neste caso, o pai, o médico, a mãe, as irmãs e outras mulheres –, influenciando o projeto reflexivo do eu. Quando não há condições reflexivas para se comparar argumentos, a autonomia para a tomada de decisão está minada.

A autonomia para a tomada de decisões está marcada pela formação do sujeito, no sentido em que Foucault analisa o poder como seu constituinte – o poder também tem seu papel na formação do sujeito, proporcionando as condições para sua existência e para a trajetória de seu desejo. Com base nesta lógica, ele torna-se engajado; é instituinte de um desejo que deseja corresponder ao modelo, ser útil ao modelo. O poder é produtor, induz ao prazer, forma saber e produz discurso. (FOUCAULT, 1988; 1979; 1977).

Deste modo, o biopoder é uma forma de garantir a “inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”. (FOUCAULT, 1988, p.132). Estas novas técnicas políticas carregam um poder imanente, e vão investir sobre o corpo, a saúde, a alimentação e as condições de vida e moradia dos indivíduos. Tomar parte nos mecanismos de poder, se engajar, desejar, passam a ser necessários à existência. Trata-se, portanto, de se submeter a um discurso, um saber, um poder, que não se escolhe, mas que inicia e sustenta a capacidade ou possibilidade de decidir. “A *sujeição*”, diz Judith Butler (1997, p.12), “é o processo de se tornar subordinado ao poder, assim como o processo de se tornar sujeito” (Tradução nossa; grifo no original). Para esta autora, a reflexividade se encontra amarrada à submissão como manejo do poder, em que o sujeito é formado por um desejo que se volta contra si mesmo, de uma forma reflexiva, na internalização das normas sociais. A autora declara que “não existe a possibilidade de não amar quando o amor está estreitamente ligado às necessidades básicas da vida”. (Tradução nossa). (BUTLER, 1997, p.19), e este pode ser um olhar sobre a condição das mulheres e a sua possibilidade de tornar-se visível socialmente a partir de um papel imposto a ela.

A tomada de decisão e a autonomia certamente se relacionam às inscrições da cultura, em preferências socialmente aprendidas. Mas isto não significa que não hajam conflitos entre a tomada de decisão e a submissão ao poder, em matizes de vantagens e constrangimentos do sujeito social que é ser mãe. A gerência de seus saberes e o

empoderamento não estão em contradição com o reconhecimento da existência de mecanismos de poder operantes sobre sua agência.

As escolhas só podem ser feitas dentro de um número de possibilidades, e estão demarcadas por preferências socialmente construídas, mas são os sujeitos que fazem estas escolhas, e tomam decisões a partir do que julgam melhor em virtude de sua realidade. As escolhas estão nas relações entre autonomia e coerção, em uma complexidade que não pode ser tratada como dualidade, mas com a compreensão de que a autonomia se faz individualmente e singularmente em cada situação concreta. (BIROLI, 2013b).

Se, por um lado, a autonomia está condicionada à subordinação, por outro as mulheres acionam reflexivamente o que é adequado a elas na maternagem. Para além, podemos pensar a ação do poder no sentido da manutenção dos papéis sexuais tradicionais, mas também no sentido reflexivo que elas impõem aos seus arranjos e práticas.

Com a base ideológica do amor romântico, a divisão das esferas de ação, no entanto, torna a tarefa do amor estruturalmente, responsabilidade das mulheres. Acoplada à nova condição da mulher na modernidade transparece a história da divisão sexual do trabalho e a atribuição do cuidado ao feminino e também seu questionamento.

Assim, se as mulheres mantiveram-se atreladas ao papel materno, a subjetividade não deixa de estar amarrada às questões sociais. E se a tradicional divisão sexual do trabalho é fruto de práticas de segregação sexual que as tornam naturalizadas, de acordo com a cultura que coloca os corpos em funções sociais diferentes. E se isto manteve as concepções sobre a mulher em um local desprivilegiado no mundo do trabalho, também fizeram a valorização subjetiva do trabalho que é realizado pelo homem, em detrimento do que é realizado pela mulher.

Tal fato é explicitado por Paola Tabet (2005), na compilação de estudos antropológicos que continham implicitamente a questão da divisão sexual do trabalho. Exemplifica-se em diversas sociedades clânicas que é a mulher a responsável por trazer a comida do cotidiano, fazer os trabalhos domésticos, e cuidar das crianças. Tais atividades ficam subjetivamente invisibilizadas diante da grandiosidade da caça trazida esporadicamente pelo homem. Muito além de complementaridade de trabalhos, a posse de condições materiais para o trabalho valorizado, e a própria valorização subjetiva do trabalho que é realizado pelo homem, demonstram que a subordinação de um sexo pelo outro vem de um passado remoto, embasadas na separação entre produção e reprodução.

Além disso, não é dado o mesmo tratamento, *a priori*, a homens e mulheres, nas possibilidades de exercer o trabalho. Conforme demonstrado, em contexto etnográfico, pelo estudo da mesma antropóloga, eram os homens que possuíam os instrumentos mais apropriados (lanças maiores e mais fortes, arco e flecha, embarcações), e os detinham com embasamento em tabus ou normatização do uso. (TABET, 2005). Portanto, “[...] sem aprendizagem idônea, as mulheres adultas não podem, no sentido físico do termo, servir-se deste objeto, tal como um homem que não a tenha adquirido na infância”. (HÉRITIER, 1996, p.221).

No Ocidente, Joan Scott (1994) descreve a mulher na situação de trabalhadora desde muito antes da Revolução Industrial. Elas exerciam seu trabalho como costureiras, fiandeiras, ourives, cervejeiras, amas, criadas de lavoura, criadas domésticas, entre outras ocupações assalariadas. Mas a visão de complementaridade e temporalidade do trabalho feminino, com prioridade dada para as atribuições domésticas privadas, contribuiu para a manutenção da impossibilidade de permanência e ascensão profissional para mulheres, enquanto os homens continuavam a ser valorizados como o provedor da família.

A interpretação biológica e funcional para a atribuição da mulher às atividades domésticas influenciou e foi influenciada pela medicina, ciência, política e moral. O discurso que opunha lar e trabalho também se relacionou com a expansão da força de trabalho feminina como mão de obra barata e adequada a apenas certos tipos de trabalhos. Scott (1994) nos demonstra que o problema anunciado era a separação da mulher do seu lar, pois o cuidado dos filhos deveria ser realizado pelas próprias mães. O trabalho não poderia dificultar o cumprimento do ideal de sua função: reproduzir e cuidar da prole. Então, confinada ao lar em uma infinidade de ocupações, a atividade doméstica da mulher não é considerada como trabalho produtivo.

O igual valor do trabalho masculino e feminino anterior ao capitalismo, nas sociedades clânicas e tribais, conforme pretendido por Engels, é uma ilusão. Mas o desenvolvimento de recursos produtivos e a domesticação de animais transformaram a relação dentro das famílias, em que a mulher passa a trabalhar para o marido e para a família. Embora seja necessário, este tipo de função não é visível enquanto valor de troca; seu tempo de trabalho não origina um produto. O trabalho do homem tem um valor por que há um equivalente econômico de troca, e é público. (SCOTT, 1994; SACKS, 1979).

A conceituação do trabalho de assistência como tarefa natural da mulher e questão privada/familiar serviu para negar o apoio que a assistência oferece ao sistema reprodutivo e à sociedade como um todo, alijando-a do sistema político e econômico e deixando que os custos desta atividade recaiam completamente sobre a família e, dentro dela, sobre as mulheres. (CASALINI, 2010, p.60).

Na divisão sexual do trabalho, portanto, há valorização de um tipo de trabalho e desvalorização de outro. Karen Sacks (1979) discorre sobre este tema do *status* secundário da mulher a partir de diversos trabalhos etnográficos, demonstrando que o homem é tido como adulto, como produtor; possui um *status* de independente e responsável. A mulher faz um trabalho que se destina ao consumo imediato da coletividade, cuidando das crianças, do doméstico, da comida cotidiana. Ela possui então o *status* de tutelada, de quem não é responsável, de consumidora. Estas classificações socioculturais excluem a mulher da possibilidade do lugar de poder. As tarefas atribuídas a ela são relegadas ao menor valor; o que faz parte de um mecanismo coletivo que está ligado às estruturas das questões de violência de gênero e à própria avaliação da mulher como inferior. O âmbito doméstico está sempre no lugar inferior da hierarquia na valorização do espaço, em contraposição ao âmbito social e público, povoado por homens.

Esta visão de trabalho produtivo considerável quando fora do lar, quando remunerado, é compartilhada por algumas mulheres entrevistadas para esta pesquisa, mesmo em face às suas dificuldades no cumprimento das obrigações que considera competir a ela. Uma das entrevistadas, que parou de trabalhar quando teve sua primeira filha, relata que não consegue dormir e não tem tempo de realizar todas as atividades domésticas. Seu marido trabalha em regime de escala, e permanece dois dias em casa após cada turno. Ela, porém, explica que o esposo não a auxilia com as filhas porque “ele trabalha”, “ele tem que descansar”, então, “os dois dias de folga que ele tem, ele dorme”, reproduzindo a estrutura da divisão sexual como natural.

Outras mulheres entrevistadas para esta pesquisa também referiram que, como os companheiros trabalham, ou ainda, por serem separadas dos pais de seus filhos e filhas, não possuem ajuda para o cuidado dos mesmos. Esta lógica demonstra, além da valorização diferenciada dos tipos de trabalho, que as atividades dos homens com o cuidado da casa e dos filhos, quando presente, são vistos em termos de ‘ajuda’, e não de corresponsabilidade. Da mesma forma, quando a mulher possui um trabalho remunerado fora de casa, ela ‘ajuda’ no orçamento doméstico. A condicionalidade da vinculação entre

paternidade e casamento também se mostrou intensa em alguns casos. Tais fatos serão melhor explicitados no capítulo 5.

É certo que a categorização de inferior/superior só encontra sentido dentro de uma estrutura de valores. O determinismo biológico não serve para a explicação desta categorização, com subsequente detrimento da mulher. Sherry Ortner (1979) argumenta que o *status* secundário da mulher se dá por realizar um trabalho que está mais próximo da ideia de natureza, sendo esta subjugada pela cultura (homem). A mulher é definida por sua capacidade de reprodução, por seu útero, em sua função de dar filhos ao grupo. A leitura da materialidade do corpo dá origem a discursos e práticas, aprisionando a mulher neste corpo que se vê como formado para reproduzir. A maternidade, portanto, não é corpo, é construção social.

É neste sentido que se denuncia a existência de uma lógica subjacente do pensamento cultural tradicional que assume a inferioridade da mulher. Esta lógica persuasiva é a que coloca a mulher mais próxima da ideia de natureza, sendo identificada como um símbolo do que cada cultura desvaloriza. A sua contraposição – a cultura – simbolizada pelo homem, é o que possui valor, pois transcende as questões naturais e as transforma de acordo com seus propósitos. Ou seja, a ideia de produção se liga à da cultura, originando seu *status* mais elevado. A natureza fica assim submetida à ação da cultura, fazendo parecer “natural” subordinar e oprimir também as mulheres. (ORTNER, 1979).

O corpo da mulher e suas funções na reprodução são bastante visíveis, ao contrário do que acontece com o corpo do homem, cuja participação não é óbvia. Já a obviedade na reprodução pelo corpo da mulher se relaciona à ideia compartilhada de um determinismo biológico que a coloca mais próxima da natureza. Segundo Ortner (1979), os seios e a lactação, a menstruação, a gestação e o parto empregam e/ou reforçam esta ideia de natureza manifesta, oposta à liberdade masculina de criação, invenção e tecnologia. Tal obviedade também se conecta à responsabilidade da mulher para a contracepção, concepção, geração de prole adequada e cuidado para com a criança que gerou e pariu.

Quando falamos em maternidade, não podemos ignorar, em primeiro lugar, uma de suas faces mais evidentes: a da responsabilidade pelos corpos gerados – seja na gravidez, no parto, na amamentação, seja na continuidade da vida da criança – e pelo controle da concepção, pois os métodos contraceptivos são, em sua maioria, femininos. (SCAVONE, 2004, p.143).

Ainda na perspectiva estruturalista, a fantasia (e a prática) de causa e efeito da gestação e amamentação com a responsabilidade da mulher pela conservação da vida dá origem a vários mitos e tabus relacionados à alimentação e às práticas da mãe e as consequências no feto ou no bebê. Ao mesmo tempo, sua condição de reprodutora e fornecedora de comida faz com que a mulher tenha restrições físicas para mobilidade a outros contextos sociais. As relações que se fazem para o exercício das atividades ligadas às funções fisiológicas femininas tendem a confinar as mulheres ao universo doméstico, como um contexto social visto também como mais próximo da natureza.

Segundo Ortner (1979, p.107) “Desde que o corpo materno atravessa o processo de lactação em relação direta com a gestação de uma determinada criança, a relação de amamentação entre mãe/filho é vista como um elo natural”. Estendem-se daí as demais tarefas com a criança (em saúde, alimentação, educação e moral) como naturais para a mulher, constituindo uma estrutura de cultura que se reproduz na educação de meninos e meninas. O conservadorismo e o tradicionalismo do pensamento feminino que se faz existir pela sociedade talvez seja o mais ardiloso método de restrição social.

Em uma abordagem psicanalítica, Chodorow (1979) pensa a reprodução de geração em geração das diferenças gerais que culminam na delimitação de papéis masculinos e femininos. Reflete sobre como as diferenças sexuais são mantidas a partir de expectativas sobre os papéis e a estabilidade sexual centralizadas na percepção de uma pessoa. A tese central é a de que o papel da maternidade, a responsabilidade e o cuidado dos filhos, reconhecidos como femininos, é decisivo para esta diferenciação e posterior socialização feminina. “A situação estrutural de educação da criança, reforçada pelo treino do papel feminino e masculino, produz essas diferenças que são repetidas e reproduzidas na sociedade sexual da vida adulta”. (CHODOROW, 1979, p.66). É deste modo que o ‘papel materno definitivo’ e perpétuo das mulheres está na base do *status* secundário universal feminino.

A autora atribui as diferenças entre homens e mulheres nas tarefas da vida adulta ao “fato das mulheres, universalmente serem as grandes responsáveis pelos cuidados do filho pequeno e pela (pelo menos) socialização feminina posterior” (CHODOROW, 1979, p.65), o que ocasiona, de acordo com o meio social, diferenças marcantes no desenvolvimento da personalidade de meninos e meninas. As meninas sentem-se mais conectadas com suas mães, identificando-se com o feminino. Os meninos são tidos como diferentes, e devem se individualizar para formar sua personalidade. Em decorrência disto, Gilligan (1982) propõe

que as meninas ficam mais propensas a sentir como os outros, isto é, conseguem mais facilmente entender os sentimentos e necessidades do outro.

O modelo de desenvolvimento do menino encoraja a individualidade e a competição, que são características valorizadas para a vida pública e política. A sensibilidade e o cuidado desenvolvidos na menina não são vistos com a mesma importância. A divisão entre amor e trabalho coloca à mulher a capacidade de sentir e cuidar e ao homem a capacidade instrumental para a racionalidade e o trabalho. As questões implicadas na dificuldade de coexistência das relações de mercado e de cuidado revisitam uma solução tão simples quanto cruel – a separação das esferas da vida em que os homens cuidam do mundo dos negócios e as mulheres cuidam do lar. (TRONTO, 1997).

Sobre a capacidade de expressar as emoções, encorajada nas meninas, Giddens (1993, p.141) afirma que um “recurso comunicativo desse tipo deveria ser encarado como uma questão de competência, do mesmo modo que o da “competência instrumental”, que os homens são inclinados a desenvolver”. Porém, a hierarquização destas duas competências pende para a valorização do trabalho masculino, e a desvalorização e invisibilização do trabalho feminino, em uma lógica que produz e reproduz as relações tradicionais.

A relação da mãe com o bebê durante a gestação, e principalmente a amamentação, criam uma ilusão de que esta relação é natural e deve ser mantida. Por conveniência, e não por causas biológicas, fisiológicas ou naturais de qualquer espécie, mantém-se a mulher que deu à luz na atividade de cuidar da criança. Deste modo, a vivência da primeira infância se dá sempre com mulheres. No modelo psicanalítico tradicional, a relação da mãe com o filho gera uma vivência edípica, e a relação da mãe com a filha, um complexo de Elektra. Tais pontos foram brilhantemente discutidos por Gayle Rubin (1998), ao demonstrar que a ideia destas teorias já vem marcada *a priori* com um viés de gênero, em que há papéis masculinos e femininos definidos como naturais, e a mãe sempre como cuidadora, gerando tais complexos relatados.

De qualquer modo, na estrutura da sociedade ocidental, há um treino do papel sexual desde a infância. Na discussão sobre o conceito de infância na sociedade capitalista moderna, percebeu-se que os meninos eram tidos como crianças (preenchendo seu tempo com brincadeiras e outras formas de socialização até assumir seu papel masculino adulto), e as meninas como pequenas mulheres, auxiliando suas mães em seus afazeres domésticos. Atualmente, mesmo se as mulheres podem penetrar na vida social, em muitos contextos

outras atividades não devem interferir no seu “treinamento muito mais importante de ser ‘feminina’, esposa e mãe”, e conseqüentemente de manterem-se nas tarefas de cuidado da casa, do marido e, principalmente, dos filhos. (CHODOROW, 1979, p.77).

Mesmo reflexivamente tomando decisões sobre como exercer sua maternagem, as mulheres entrevistadas para esta pesquisa partem de uma estrutura social que está arranjada tradicionalmente em relação ao cuidado e à divisão sexual do trabalho. Quando falam sobre as atividades de cuidado que os homens prestam às crianças, limitam suas capacidades em brincar com o filho e “olhar” no carrinho enquanto a mulher faz outra atividade. Referem que nunca deixaram a criança sozinha com o pai, ou que já sabem que ele não vai “dar conta”, pois homens não tem “paciência”, não tem “jeito”, não tem “dom”. Apenas uma entrevistada relatou que em alguns quesitos, como o fornecimento de medicamentos para a filha, seu companheiro “é melhor do que uma mulher”; e outra disse que quando o filho ficar maior poderá ser cuidado pelo pai, mas enquanto é pequeno “o homem não... pra essas coisas não funciona, tem que ser a mãe mesmo”.

Em contrapartida, quando se referem às atribuições que devem ser cumpridas pelos pais, as interlocutoras da pesquisa relacionam o aporte financeiro como masculino, e quase que a totalidade do que um pai deve realizar por seu filho. As mulheres referiam o pai de seus filhos como “bom pai” ou até mesmo “bom marido” quando “ele não deixava faltar nada nem pra mim nem pros meus filhos”, ou que “Tudo que falta em casa eu peço ele vai e compra”.

As funções de cuidado denotam as profundas diferenciações tradicionais de gênero em nossa sociedade. Os homens se preocupam com coisas importantes, como carreira, dinheiro e trabalho. As mulheres se preocupam com coisas de menor valor, como o cuidado da família e dos amigos. Cuidar implica compromisso e responsabilidade; se sacrificar, gastar tempo, energia e dinheiro, se envolver emocionalmente com o objeto de cuidado. Envolve dois atores – um doador e um recebedor de cuidado –; é, portanto, um ato relacional (TRONTO, 1997).

O objeto de cuidado demonstra, por sua vez, as relações de gênero e as obrigações sociais atribuídas. Os homens observam ‘cuidado com’ justiça, ideias, profissão – é um ato moral na medida em que o objeto de cuidado é moral. As mulheres cuidam de crianças, idosos, enfermos. Sua atividade só será moral em um contexto, na medida em que o cuidado abarque todas as atribuições impostas a ela. (TRONTO, 1997). Isto significa que o ato de amamentar uma criança, por exemplo, se torna moral não porque se trata de uma das

maneiras de cuidar da criança, mas porque é um papel que se espera da mulher dentro do ato de cuidar, com base também nos padrões de saúde vigentes.

A mãe é responsável prioritariamente pelo cuidado afetivo, em saúde e alimentação da criança. O pai se responsabiliza com a educação e a renda necessária. As contraposições se dão em menor escala de atividade ou de valorização, quando, por exemplo, a mãe se responsabiliza por quesitos da educação (como a moral e a religiosa), e tem participação na economia doméstica. O Estado, que pensaria a ética dos direitos das crianças, muitas vezes assume um papel menor, faltando em seu suporte, uma vez que define *a priori* um modelo de família, que será responsável por cuidar dos membros com necessidades. Estes pontos são discutidos a seguir, tratando-se do cuidado de crianças.

2.2 O CUIDADO DE CRIANÇAS

As diferentes formas de cuidar, esperadas para um homem e para uma mulher, incidem na forma com que as crianças serão implicadas no cuidado. Para explorar este tema, partiremos das teorizações da ética da justiça e da teoria moral universal revisitadas pela teoria moral de Carol Gilligan para chegarmos a proposição de uma ética feminista do cuidado e posteriormente desenvolvê-la na política do cuidado.

Em seu trabalho, Carol Gilligan (1982) não se propõe a cogitar as origens das diferenças entre homens e mulheres na efetivação de práticas de cuidado, porém nos demonstra como o cuidado está integrado na vida das mulheres, em interações e experiências, diferentemente do que acontece com os homens. Baseando-se em estudos de desenvolvimento moral, a autora propõe que as mulheres obedecem a uma ética do cuidado, pensando em relacionamentos e em decisões em que ninguém sairá prejudicado. O julgamento moral é contextual, considerando pormenores das reais pessoas envolvidas, e não na situação generalizada em si. Os homens pensam a responsabilidade a partir de uma ética da justiça, em que o rigor ao obedecer a uma norma universal é o mais importante para se chegar à moralidade.

O pensamento contextual expresso pelas mulheres é tido na teoria psicológica clássica como manifestação de incerteza, indecisão e falta de capacidade de atingir resoluções. Porém, a relutância das mulheres em fazer julgamentos decorre do próprio

pensamento contextual e da percepção do que os julgamentos também acarretam para elas, pois são alvos dos julgamentos feitos e impostos por homens. Tais julgamentos recaem também sobre a área do cuidado, uma vez que a mulher (principalmente a mãe) é vista como cuidadora capacitada naturalmente e, embora em um papel não valorizado, deve demonstrar destreza nesta tarefa. Sua opção em sair deste papel e escolher por si mesma a coloca em um paradoxo com as convenções de feminilidade, principalmente na aplicação de auto-sacrifício, pois “é antes no seu cuidado e preocupação com os outros que as mulheres têm julgado a si mesmas e sido julgadas por outros”. (GILLIGAN, 1982, p.81).

Na medida em que a gestação significa uma conexão de grande amplitude, esta fase se traduz como uma das principais responsabilidades da vida, na visão das mulheres. É neste sentido que a “mãe boa” é julgada pela sua capacidade de satisfazer a necessidade dos outros – filhos e marido –, enquanto que a “mãe ruim” desiste ou escapa deste auto-sacrifício, instaurando-se aí um conflito entre compaixão e autonomia. Considerando que a moralidade reside no cuidado, a mãe se questiona sobre o egoísmo de incluir suas próprias necessidades na esfera do cuidado, e passa a incluir o que outras pessoas pensam no seu julgamento interno. “Quando a incerteza sobre o próprio valor impede uma mulher de reivindicar igualdade, a autoafirmação cai vítima da velha crítica de egoísmo”. (GILLIGAN, 1982, p.98).

Algumas das mulheres entrevistadas nesta pesquisa contam como começaram a cuidar de seus filhos ainda na gestação, deixando de realizar algumas atividades fora de casa, alimentando-se da maneira que consideravam mais adequada ao bebê, entre outras condutas, lembrando-se constantemente de que a partir daquele momento uma outra pessoa dependia delas, fato que muitas vezes foi relacionado com a necessidade de esquecer-se dos seus problemas e necessidades para poder atender a criança, “fazer de tudo por ela”, e “colocar o filho sempre em primeiro lugar”.

A conexão entre moralidade e cuidado gera o egoísmo como antônimo de responsabilidade, uma vez que a satisfação pessoal é contrária à moralidade em atos considerados bons e responsáveis. O ideal moral, portanto, torna-se o dar aos outros sem receber nada em troca. Esta noção de auto-sacrifício marca o desenvolvimento das mulheres, contrapondo a moral da bondade com a possibilidade de tomar responsabilidades e escolhas para si. Tal antagonismo entre egoísmo e responsabilidade, portanto, interfere de maneira profunda na possibilidade de fazer escolhas pelas mulheres, uma vez que sua identidade é pautada no padrão de relacionamento e cuidado. (GILLIGAN, 1982).

Em contraponto a uma teoria moral universal, neste tipo de ‘cuidado de’ deve-se considerar não como um indivíduo abstrato gostaria de ser tratado nesta situação, mas nas reais necessidades da pessoa específica, naquela situação específica. Além disso, há que se refletir sobre os interesses verdadeiros da pessoa cuidada, que pode não ter relação com seus desejos. Exige-se muita atenção no ato de cuidar para se perceber as reais necessidades do outro. Para o cuidado dos filhos, ainda existe a possibilidade de os pais quererem atender às próprias necessidades não satisfeitas da infância. Assim, o custo do cuidado pode ser muito alto para a pessoa que cuida. “Para que alguém possa cuidar do outro, é necessária uma ligação entre o ser e o outro e a natureza dessa ligação constitui um problema para qualquer ética do cuidar”. (TRONTO, 1997, p.193). Para a eficácia das ações de cuidado é necessário ultrapassar a conexão entre afeto e cuidado, e enxergar este último como um tema sócio-político, desvinculando-o da esfera privada e doméstica, em uma organização para a democracia do cuidado. (TRONTO, 1997).

Tronto conceitua o cuidado como um ciclo de quatro fases, em que inicialmente se dá atenção à necessidade; em seguida se assume a responsabilidade e se atende à necessidade, dependendo da competência para a tarefa; e finalmente a pessoa cuidada reconhece o ato de cuidado, e reage ou responde ao tratamento. Diferentemente, Garrau e Le Goff (2010) entendem o processo de cuidado como tão complexo que suas fases se articulam umas com as outras, de modo que o cuidado se caracteriza precisamente na manutenção entre a prática e a atitude. Esta tensão é manifesta de acordo com a disposição para o cuidado, pelo cuidador, e com o nível de dependência da pessoa cuidada. No caso da criança, a infância é caracterizada como uma fase de capacidades de ação limitadas, em dependência moral e afetiva, mas também corporal e biológica.

Garrau e Le Goff (2010) defendem que a dependência não pode ser diretamente relacionada a pressupostos pejorativos, e que a igualdade deve ser a base para se pensar o cuidado nos campos moral e político. Porém também é necessário lembrar que o cuidado é sempre tido como uma relação desigual quando envolve um adulto e uma criança. (COCKBURN, 2005). A dependência como concepção negativa reforça uma ideologia, cria um estigma, pelo qual a pessoa tida como dependente é reduzida à sua incapacidade. O pressuposto da autonomia esquece-se da relação de múltipla dependência em que todos os indivíduos estão envolvidos. Tal mecanismo de responsabilização exime o Estado de suas obrigações no campo do cuidado, mantendo-o como de interesse da esfera privada; não se

ultrapassa a fronteira do micro para o macro, permitindo que a justiça e a política se mantenham afastadas do campo do cuidado. (GARRAU; LE GOFF, 2010).

Também é necessário desafiar o pressuposto de que as crianças são simplesmente recipientes do cuidado. Um entendimento da complexidade da relação adulto-criança é crucial para o reconhecimento das crianças como agentes das relações. Além disso, elas têm sido também cuidadoras de outros membros familiares ou ainda pode-se considerar o trabalho que tem cuidando delas próprias. (COCKBURN, 2005).

O reconhecimento das atividades de cuidado criou um dilema para as teorias feministas. Por um lado, o reconhecimento de pessoas que necessitam de cuidado como um grupo social legítimo pode visibilizar o cuidado como trabalho; por outro lado, é necessário considerar as diferenças, e reconhecer a importância da análise de gênero nas atividades de cuidado das crianças. (COCKBURN, 2005).

A questão das diferenças dentro da teoria moral é um dos pontos discutidos pela teoria feminista, a fim de desbancar a universalidade do cuidado em relação às necessidades específicas do outro. Seyla Benhabib (1987) discorda da noção do 'eu' que culmina na identificação do 'outro generalizado', um ente sem características específicas, que difere do mundo das relações com os outros por meio da vida social. O 'outro generalizado' pressupõe que cada indivíduo seja uma pessoa moral, com os mesmos direitos morais, e possuem o mesmo senso de justiça. O 'outro concreto', por sua vez, entende que cada pessoa moral é um indivíduo único, com sua história de vida, disposições, necessidades e limitações, localizado no contexto das relações com os outros. As ações de mulheres e crianças se tornariam invisíveis para uma teoria moral universal. Segundo Benhabib (1987), ao assumir o 'outro concreto' nem a justiça nem o cuidado são tomados como prioritários; ambos são essenciais para o desenvolvimento do adulto autônomo, a partir da criança frágil e dependente.

Tom Cockburn (2005) acrescenta que não necessariamente adultos são autônomos e crianças são dependentes e frágeis. Tanto adultos quanto crianças são algumas vezes autônomos e outras vezes frágeis e dependentes. Ainda assim, o uso da teoria do 'outro concreto' é útil para situar a criança na ética do cuidado, pois enfatiza responsabilidades, relações, práticas, costumes, sentimentos e atividades, ou seja, uma ideia de 'eu' que abarca a vida cotidiana de crianças, mulheres e homens. Tais práticas também são importantes para a ideia de parentesco, que não obedecem mais exclusivamente à tradição. O parentesco e o cuidado são remodelados a partir das redes de relacionamento que se

formam, com compromisso dependente da qualidade do relacionamento. (GIDDENS, 1993).

A aplicação da ética da justiça é neutra em relação ao contexto, ao contrário da aproximação feminista à ética, que enfatiza o contexto, considerando que as pessoas estão imersas em uma teia de relacionamentos com os outros. O respeito às necessidades de cada um e a mutualidade é o que sustenta o crescimento e o desenvolvimento. É a atenção ao contexto que colocará a criança no 'aqui e agora', e não nos termos do seu futuro, reconhecendo o mundo da criança no presente e suas especificidades em direitos e necessidades. O discurso baseado nos direitos percebe a criança em termos de suas potencialidades, e não como um ator moral no presente. (COCKBURN, 2005).

Segundo Cockburn (2005), portanto, os debates feministas acerca da ética do cuidado incitam a reflexão das limitações e aplicações da ética do cuidado para crianças. No entanto, as pesquisas feministas têm focado no cuidador, dando pouco ou nenhum espaço à pessoa que é cuidada. Há, portanto, uma noção muito rasa do 'relacionamento' no cuidado, que mantém o cuidador na possibilidade de escolher como ajudar, e a pessoa cuidada não pode escolher como quer ser ajudada; relação que se altera dependendo do tipo de necessidade da pessoa que é cuidada. Esta noção é muito importante para se pensar a natureza do cuidado de crianças, nas escolas e nas famílias, a partir das competências das mesmas.

Tronto (1997) certamente demonstrou as deficiências do discurso dos direitos, em que a perspectiva do cuidado melhor fundamenta as questões de justiça. No entanto, o discurso baseado na necessidade a partir da perspectiva do cuidador mantém a pessoa cuidada em uma posição de apenas dependente. Isto é especialmente danoso no caso do cuidado de crianças, pois pode levar à visão de que a necessidade é inerente à natureza da criança. Cockburn (2005) defende que a moralidade não pode ser baseada na dependência, pois as relações de cuidado podem degenerar para injustiça, exploração e opressão. Para as crianças, que estão raramente em uma relação de igualdade com o cuidador, a perspectiva de equidade e justiça torna-se importante. As crianças devem ser capazes de referenciar princípios abstratos se isto visa equilibrar sua relação com o cuidador. Porém, é preciso que estes princípios sejam utilizados de um modo realista, em relação aos interesses da criança.

Anthony Giddens (1993) compartilha do pressuposto de que as crianças devem ter autonomia, sendo tratadas da mesma forma que um adulto. No caso da criança ser muito

pequena para ser envolvida no assunto, deve haver uma justificativa para a decisão. A suposição é que a responsabilidade e a confiança devem caminhar juntas, desenvolvendo na criança a capacidade de expor seus argumentos.

A relação de cuidado envolve poder na medida em que a pessoa cuidada possui dependência para suas necessidades serem atendidas. Na relação entre a mãe e seu filho, há uma relação desigual, de poder. Por outro lado, ao mesmo tempo em que se exige um empreendimento emocional, físico, afetivo e psíquico desta mãe, há um sentimento gratificante pela execução das tarefas. (GARRAU; LE GOFF, 2010). O orgulho se baseia na confiança do valor da narrativa da auto-identidade – é o sentimento de que a biografia é justificada e unitária. Em contrapartida, a culpa é um tipo de ansiedade gerada pelo temor da transgressão, por se saber que seus pensamentos ou ações não equivalem à expectativa do normativo. Publicamente, é experimentada com sentimentos de inadequação ou humilhação e vergonha, aquilo que não condiz com uma biografia coerente ou uma aceitabilidade social ao não se alcançar o ideal. Tais sentimentos contextualmente aprendidos delimitam o papel da mãe nas ações de cuidado, tão fatigantes à mulher na alta modernidade. “A falta de coerência nos ideais [...] pode ser tão importante em relação à ansiedade da vergonha quanto situações em que os objetivos são exigentes demais para serem alcançados”. (GIDDENS, 2002, p.69).

Os ideais do amor romântico promovendo a maternidade permitiram às mulheres um espaço a partir do desenvolvimento dos novos domínios de intimidade. Anthony Giddens (1993) ressalta que com a reflexividade na modernidade foi possível às mulheres uma amizade mais íntima, compensadora em si mesma, cujas confissões também aliviavam os desapontamentos com a vida e o casamento. Se por um lado elas estavam subordinadas ao lar, por outro, a maternidade era a expressão de seu poder, uma autonomia diante da privação.

Esta contribuição ganha peso com a teoria da Diferença Sexual de Rosi Braidotti (2004), na qual o sujeito se constitui na diferença, por um processo de reinvenção da subjetividade. Trata-se não de negar ou esvaziar as diferenças existentes entre os sexos, mas sim positivar o feminino, com características formativas não essencializadas, mas que deem à mulher a capacidade de ação que não seria possível dentro do sistema simbólico masculino. Seria um projeto político coletivo do ‘tornar-se mulher’ que ressignifica a ordem masculina, as representações e as relações de gênero, por meio de uma reflexividade consciente, que dá conta de escolhas e práticas dentro de um contexto. É assim que a

ressignificação de si como mãe e cuidadora protagonista da criança possibilita a mulher a não mais se reconhecer como sujeito submetido, mas como agente da ação.

É necessário assinalar, no entanto, sob a perspectiva de Tronto (1997), que uma ética feminina do cuidado entende o papel da mulher como ator social envolvida no cuidado, porém isto pode ser responsável por justificar o confinamento da mulher na esfera privada e conduzir e reforçar estereótipos, que, aliás, já têm colocado o cuidado em um local marginalizado, de identificação com a figura feminina e com validade apenas dentro da esfera privada. Já a ética feminista do cuidado abrange os domínios da sociologia e da política, em um pensar da organização social a fim de diminuir as desigualdades. Desta maneira pode-se pensar o conceito de cuidado e sua relação com as instituições, saindo da relação entre cuidado e sentimento, e desvinculando as mulheres da aptidão para o cuidado.

Na medida em que o cuidar é uma maneira de “estar atento a”, pode refletir um mecanismo de sobrevivência para as mulheres ou outros que estão lidando com condições opressivas, ao invés de ser uma qualidade de valor intrínseco em si mesma. Uma outra maneira de compreender o cuidar é vê-lo como ética mais apropriada para os que estão numa posição social subordinada. (TRONTO, 1997, p.200).

Neste sentido, Sacks (1979) argumenta que para se chegar à igualdade social o trabalho de homens e mulheres deve ser da mesma espécie; as esferas de família e sociedade não podem permanecer separadas. “A produção, o consumo, a criação de filhos e as tomadas de decisões econômicas são todas necessárias para existir uma única esfera social”. (SACKS, 1979, p.203). É necessário articular produção e reprodução, bem como refletir em termos de relações sociais entre os sexos, que determinam as práticas sociais. Entretanto, sem seu escape para a esfera política, o cuidado se manterá na esfera do privado, sendo realizado por mulheres, o que impacta sobremaneira em suas vidas.

As entrevistas realizadas com as 12 mulheres para esta pesquisa, mães de crianças pequenas, objetos de seu cuidado, permitem afirmar que o cuidado de crianças fica restrito à esfera privada, invisibilizado para se pensar Políticas Públicas que permitam que estas mulheres alcancem iguais condições de renda, de busca de um trabalho remunerado, ou de que gozem de uma rede de apoio estatal que lhes permita autonomia sobre suas vidas e suas condições na maternidade. Sem este apoio, as mulheres criam arranjos entre elas, em uma divisão e uma troca de mulheres que cuidam em casa e mulheres que trabalham fora de casa e obtém renda. Entretanto, de uma forma ou de outra, alguma permanece no

domicílio, o que incide sobre suas próprias possibilidades atuais ou futuras. Desde modo, passamos a refletir agora sobre o cuidado como questão política.

2.3 CUIDADO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Atualmente as práticas sociais em muitos contextos ainda estão embasadas nesta visão essencialista da mulher, em que o cuidado é visto como sua tarefa natural, e, portanto, mesmo trabalhando fora de casa, ela se mantém no papel de responsável pela casa e pelos filhos. É um ranço de longa data da manutenção das relações e práticas entre homens e mulheres. Mesmo quando negam seu papel de provedor, são as mulheres quem assumem a responsabilidade abandonada pelos homens, haja vista o número de famílias pobres chefiadas por mulheres, sem negar as tarefas de cuidado como contrapartida. (OLIVEIRA, 2007; SCAVONE, 2004; GIDDENS, 1993).

Se o cuidado é político, bem como um instrumento para a observação da dinâmica das relações sociais e a maternidade faz parte de uma prática social impregnada de normatização dos corpos, as Políticas Públicas não estão isentas de criar ou aprofundar as diferenças existentes entre os sexos. As Políticas em Saúde Pública brasileiras refletem o desequilíbrio entre as funções maternas e paternas. Pensam e agem no sentido da manutenção das desigualdades sexuais, relacionadas ao planejamento e execução de políticas, programas e estratégias em saúde e alimentação na agenda da Saúde Pública brasileira, que reafirmam o modelo de maternidade e excluem a possibilidade da participação igualitária.

O Ministério da Saúde brasileiro é o órgão responsável pela formulação de tais Políticas em Saúde Pública. Desmembrado do Ministério da Educação, o Ministério da Saúde foi criado em 1953, porém apenas com a Constituição de 1988 é que se determinou que o Estado deve garantir a saúde a toda a população. Para tal, criou-se o Sistema Único de saúde (SUS). Em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica que detalha o funcionamento do SUS.

Para o atendimento à população, o SUS conta com Hospitais e Unidades de Saúde, e mantém um histórico de investimento educacional em saúde de acordo com o

investimento financeiro⁸ que está sendo necessário. Deste modo, hoje a alimentação é muito visada como maneira de prevenir e controlar os principais agravos em saúde: hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes e uma gama de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que trazem enormes gastos com exames, internamentos, cirurgias e medicamentos de uso contínuo, para os cofres públicos.

A saúde materno infantil é outra fonte de preocupação dos órgãos públicos porque a taxa de mortalidade materna⁹ e infantil¹⁰ é um “termômetro” internacional sobre a gestão em saúde, no qual o Brasil ainda ocupa uma baixa colocação em relação a outros países, com graves diferenças regionais.

Sobre o modo de atuação dos serviços de saúde, a principal estratégia federal é a Estratégia Saúde da Família (ESF), composta, no mínimo, por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de 5 a 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – majoritariamente mulheres – que visitam os domicílios acerca de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) participante da Estratégia, abarcando o maior número possível de pessoas com diabetes, hipertensão, gestantes e crianças menores de dois anos. Em tal visita o ACS sempre busca a mãe da criança, ou ainda a mulher “dona da casa” para que o ACS explique as questões referentes à saúde e a alimentação nestas condições. Nota-se que ‘visita domiciliar’ é um conceito da área básica de saúde que busca uma percepção de relação íntima com a pessoa visitada, ao mesmo tempo em que propõe seguimento do aconselhamento médico institucionalizado.

A estrutura das Políticas Públicas em relação à proteção da alimentação adequada no Brasil é a *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* (PNAN). Aprovada em 1999, é um conjunto de políticas públicas que visa respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação, dando garantias da Segurança Alimentar e Nutricional¹¹ para a população brasileira. Está organizada em diretrizes para a atenção nutricional no Sistema Único de Saúde “com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas,

⁸ Por exemplo, a extensa campanha que se deu contra o tabagismo, pois durante as décadas de 80 e 90 os maiores gastos em Saúde Pública diziam respeito às consequências do uso do cigarro.

⁹ 69 por mil nascidos vivos.

¹⁰ 19 por mil nascidos vivos.

¹¹ De acordo com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações”. (BRASIL, 2012a, p.7).

De acordo com parâmetros internacionais, um dos pontos de destaque da PNAN é o aleitamento materno. As ações de estímulo a esta prática são extensivas, abarcando o pré-natal, o puerpério e a puericultura, na Unidade de Saúde e no domicílio, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, e nas maternidades por meio de enfermeiros e técnicos em enfermagem, em cumprimento à 2ª Diretriz da PNAN – Promoção da alimentação adequada e saudável.

A mais recente estratégia de incentivo a esta prática é o *Amamenta e Alimenta Brasil*, que une as questões da amamentação e da alimentação de qualidade para crianças até dois anos. O aleitamento materno é preconizado em sua forma exclusiva até os seis meses de idade e complementar até os dois anos da criança ou mais. Idealmente, o Ministério da Saúde preconiza também que o aleitamento só deve ser incentivado se for uma escolha da mulher. (BRASIL, 2001).

Porém, na prática, o aleitamento é veiculado a partir da visão da mulher-mãe, da qual se espera sacrifícios pelo bem de seu filho. A decisão de não amamentar não é tolerada por profissionais de saúde, que falam com a mãe a partir do pressuposto da essência feminina e da naturalidade da maternidade. As informações ficam restritas ao âmbito biológico de interesse dos profissionais, mantendo as mulheres sem condições para a tomada de decisão consciente. Ao mesmo tempo, o ensinamento da prática do aleitamento não cabe no relógio da Unidade de Saúde, que prioriza o atendimento de urgência e emergência, uma vez que não tem condições viáveis para todas as ações necessárias. A mãe passa a ter que lidar com suas dúvidas e inseguranças sozinha, tentando corresponder ao modelo proposto para ela, uma vez que agora é mãe e deve fazer tudo por seu filho.

De fato, as mulheres interlocutoras desta pesquisa relataram as ações em aleitamento materno das profissionais de enfermagem nos hospitais e das ACSs nas UBSs. Sobre as primeiras, contam a respeito das palestras providenciadas no puerpério (que por vezes atendem por vontade, e por vezes por sentirem-se obrigadas), e sobre a insistência destas profissionais no manejo do aleitamento materno, sendo que a muitas delas foi dito que enquanto a criança não estivesse mamando ao seio, elas não receberiam alta hospitalar. Sobre as últimas, falam parcamente das informações recebidas, do descaso com o entendimento que possuem ou adquirem a respeito da prática do aleitamento materno e da

falta de correspondência das informações com as possibilidades do cotidiano destas mulheres. Tais temas, bem como as resistências e estratégias adotadas pelas mães, serão abordados no capítulo 4.

Outra proposta desta Política, que demonstra claramente a visão institucionalizada da mulher-mãe-reprodutora é a *Rede Cegonha*. Tendo como base a Política Nacional de Humanização (PNH) e reconhecendo a

incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, os mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações de saúde e as práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas. (BRASIL, 2014, p.??),

o Ministério da Saúde lançou a *Rede Cegonha*. É uma estratégia proposta para implantação de 2011 a 2014, que visava criar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Esta estratégia tinha a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e ainda deverá ser implantada, gradativamente, em todo o território nacional, respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. Os componentes da *Rede Cegonha* são: 1) Pré-natal; 2) Parto e nascimento; 3) Puerpério e atenção integral à saúde da criança; 4) Sistema logístico (transporte sanitário e regulação). (BRASIL, 2014).

Atualmente o quadro que se encontra na rede pública brasileira é a realização de um pré-natal precário e padronizado, único para todas as mulheres, incluindo a suplementação de vitaminas e minerais sem distinção, sob o pretexto da profilaxia. Cerca de 76% dos partos ocorre na rede pública, sendo que temos três modalidades de parto: 1) cesarianas eletivas (lembrando que partos cesarianos ocorrem em 82% dos casos na rede privada); 2) cesarianas de emergência (que ocorrem de 9 a 96% na rede pública, sendo a média nacional de 37%), inclusive como consequência da indução de parto prematuramente; e 3) parto normal, com utilização de indução de parto, episiotomia¹² e manobras fetais¹³.

¹² Não há evidências científicas para a realização de episiotomias. Estima-se que em cerca de 98% dos casos ela é não apenas desnecessária, como prejudicial. No entanto, facilita o trabalho da equipe médica de parto.

É bastante clara a necessidade de mudança desta realidade (meramente esboçada aqui) em modelo tecnocrático¹⁴, que visa a redução da mortalidade materna e a ocorrência de sequelas do período gravídico e puerperal. Porém a *Rede Cegonha* pouco tem contribuído para a articulação da realidade e mudança das questões de gênero imbricadas nos processos de concepção, gestação e parto. Apesar das intensas mobilizações feministas à época da discussão do *Rede Cegonha*, ficaram de fora, por exemplo, a reflexão das 198 mil curetagens realizadas por ano pelo SUS (em uma estimativa de mais de 1 milhão de abortos inseguros), o acesso ao planejamento reprodutivo e a baixa efetividade de ações relacionadas a violência sexual. (CARNEIRO, 2013).

Trata-se de mais um programa com visão reducionista da saúde da mulher, que a interpreta como saúde materno-infantil, como um pacote, um indivisível entre mulher e criança. Admite que a saúde da mulher e o corpo da mulher são voltados à maternidade. Podemos afirmar que não é uma política de direitos reprodutivos, é uma política para mulheres que terão um filho, a favor ou contra sua vontade.

Neste contexto de essencialização da mulher no trabalho do cuidado e da responsabilidade pelo bem estar da família, podemos citar também o Programa Bolsa Família (PBF). É um programa do Governo Federal de redistribuição de renda, criado em 2003 e sancionado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2004, por meio da Lei 10.836/04 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/04. É destinado às famílias em situação de vulnerabilidade social, unificando os prévios Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio-Gás, com o intuito de combater a pobreza e a extrema pobreza no Brasil. Atualmente, o programa atende mais de 13 milhões de famílias em todo território nacional. (BRASIL, 2011).

Para cadastro no Programa, a renda familiar *per capita* não poderá ultrapassar o limite de R\$ 140,00, e o valor recebido depende do número e da idade dos filhos, podendo variar entre R\$ 39,00 e R\$ 326,00. As transferências financeiras podem ser do tipo: a) Básico (R\$85,00), pagos a famílias extremamente pobres, com renda *per capita* igual ou inferior ao mesmo valor; b) Variável (R\$ 39,00), pagos por crianças de zero a 15 anos,

¹³ Uma em cada quatro mulheres brasileiras declarou ter sofrido violência obstétrica, caracterizada por toques dolorosos, recusa para o alívio da dor, não-explicação dos procedimentos realizados, negativa de atendimento, rispidez no atendimento e xingamentos ou humilhações no momento do parto. Estima-se que este número seria maior se as mulheres tivessem entendimento de que isto é uma violência, e não procedimentos normais de parto. (CARNEIRO, 2013).

¹⁴ Com foco da atenção no corpo, institucionalização do parto, utilização acrítica de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias), e acaba por atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde.

gestantes e nutrizes, limitada a cinco benefícios por família; c) Variável Vinculada ao Adolescente (R\$46,00), pago por jovens entre 16 e 17 anos, limitada a dois jovens por família; e d) Variável de Caráter Extraordinário, calculado caso a caso. Estes valores vigoram deste junho de 2016. (BRASIL, 2017). O valor é repassado diretamente para a mulher, gestante ou mãe da criança ou adolescente, e deve ser direcionado ao auxílio no provimento das necessidades básicas da família, priorizando a criança e a gestante.

Por se tratar de um programa com condicionalidades, as famílias beneficiadas devem ter matriculados os filhos em idade escolar, bem como comprovar a frequência escolar trimestral dos filhos. No caso das crianças que não estejam em idade escolar, a família deve comprovar acompanhamento nutricional e em unidade de saúde, no que se refere ao peso, estatura e imunizações, e as gestantes devem realizar o acompanhamento pré-natal. (SOARES; SÁTYRO, 2009).

Com relação à realidade das mulheres frente ao PBF, Mariano (2009) aponta que as transferências condicionadas de renda priorizam o repasse de renda às mulheres e envolvem-nas em uma rede de obrigações com as ações estatais. Dessa forma, ainda que as condições de pobreza não sejam determinadas pela questão de gênero, os dados mostram que esse é um fator que influencia as situações das famílias pobres. O que pode ser percebido ao analisar, por exemplo, o fenômeno da chefia familiar feminina entre famílias pobres, grupo no qual esse fenômeno é mais expressivo se comparado às famílias com maior renda.

Nestas circunstâncias, a mulher torna-se perceptível por meio dos papéis femininos desempenhados, que vinculam ainda a mulher à maternidade, com uma identidade centrada na figura de cuidadora, especialmente de crianças e adolescentes, devido as preocupações do PBF com esses grupos etários. Percebe-se, ainda, o papel social de cuidadora sendo desempenhado por outra mulher, como, por exemplo, a avó ou tia da criança ou do adolescente. (MARIANO, 2009).

Nesse contexto, a mulher passa a assumir também como responsabilidade: a realização do Cadastro Único para inclusão da família no programa; a atualização do cadastro quando ocorrer alguma modificação na situação familiar; o recebimento e a aplicação do recurso de modo a beneficiar coletivamente a família. Na sua grande maioria, realmente utilizam o benefício para melhoria das condições de vida da família nos quesitos alimentação, vestuário, compra de material escolar, mobiliário para a casa e material de construção para melhoria das condições físicas da casa. Cabe-lhes ainda o cumprimento

das condicionalidades do programa no que se refere ao controle de saúde e educação de crianças e adolescentes; e a participação em reuniões e demais atividades programadas pela equipe responsável pela execução e pelo acompanhamento do programa. (MARIANO, 2009).

Esse aspecto abre espaço para o debate sobre a cristalização dos papéis sociais de gênero que tendem a aprisionar as mulheres nas tarefas relacionadas ao cuidado e à maternidade. Percebe-se no PBF uma estratégia semelhante à encontrada em ações estatais desenvolvidas nos anos 1980, as quais focalizavam as necessidades das mulheres, sem levar em consideração a situação de subordinação feminina. Isso mostra que ações no combate à pobreza reforçam o lugar social tradicionalmente destinado às mulheres, ou seja, a casa, a família, o cuidado, o privado, a reprodução. (MARIANO, 2009).

Nesse contexto, cabe o que Mariano (2009) denominou feminilidade da pobreza, fenômeno relacionado, principalmente, ao analfabetismo e baixo nível de escolaridade, ausência de qualificação profissional e trabalho informal em condições precárias. A autora aponta para a responsabilidade pela esfera doméstica e pelo cuidado dos filhos, sem uma rede de proteção social, como obstáculo à superação da condição desigual, ficando, as mulheres, dependentes de benefícios mínimos.

Esta inadequação do apoio estatal é expressa por uma das interlocutoras da pesquisa, que não possui trabalho remunerado formal, e recebe o benefício do Programa Bolsa Família. Ela faz uma análise matemática de sua situação, concluindo que do salário em um trabalho que a aceitaria, com sua baixa formação escolar, após pagar creche para o cuidado de suas duas filhas menores, para que ela pudesse sair de casa para trabalhar, sobraria menor quantia do que o recebido pelo Programa.

Nessa perspectiva, se faz necessária uma análise sobre o peso de tais categorias para a subordinação e para a autonomia das mulheres, principalmente ao considerar que o PBF poderia contribuir com a luta pela redução das desigualdades se incorporasse concepções mais críticas no que tange aos papéis de gênero, agindo também de modo a maximizar a responsabilidade dos homens com o cuidado de crianças e adolescentes.

As políticas, programas e estratégias em saúde relatados acima, e ainda outros vigentes atualmente – como a o Programa Nacional de suplementação de ferro, para gestantes, puérperas e crianças de 6 meses a seis anos; o programa Peso Saudável, o programa Vitamina A mais e a Atenção Nutricional à desnutrição infantil – pressupõem em sua execução que a mulher irá: levar a criança à Unidade de Saúde, verificará sua

frequência e desempenho escolar, ministrará o suplemento ou medicamento, comprará alimentos considerados adequados, cozinhará e alimentará a criança, além de cuidar de outros aspectos da saúde dos filhos, cônjuge e agregados. Em seu cotidiano, é a mulher mãe que tem a responsabilidade pela casa e pelos filhos, além de estar em maior dificuldade para encontrar e permanecer em um trabalho remunerado fora de casa, pois tem sua formação dificultada, fica atrelada ao cuidado dos filhos em casa, e também às atividades na escola e na Unidade de Saúde, o que a exigiria faltar ao dia de trabalho, algo previsto por empregadores, que evitam contratar mulheres.

E é ainda a visão de que o cuidado é uma tarefa feminina que impera no planejamento e execução de políticas públicas em saúde. A Estratégia Saúde da Família é um exemplo irrefutável. Observamos uma mulher (ACS) passando para outra mulher (“dona da casa”) os conhecimentos médicos, os quais ela deve seguir para manter a saúde de todos os membros da família, seus filhos, marido, pais, sogros e outros. A visão da mulher como naturalmente cuidadora e apta para o cuidado e a alimentação dos filhos contribui para a manutenção das desigualdades sexuais, e o cuidado, por sua vez, como essencializado do feminino.

Acoplado a outros programas, ou em campanhas próprias, o aleitamento materno adquire centralidade nas Políticas Públicas em Saúde. Trata-se de um discurso de normalidade da mãe que amamenta, além da valorização de sua capacidade natural para isto e a vinculação total da mulher com a maternidade. Cadoná e Strey (2014) demonstraram, ao analisar as campanhas publicitárias da Sociedade Brasileira de Pediatria em colaboração com o Ministério da Saúde, a imagem de uma mãe biológica insubstituível, apta ao cuidado, e que o pode fazer da maneira correta se escutar o aconselhamento profissional – uma volta à ideia de mãe-enfermeira, assistente do médico higienista. Além do recurso visual, as campanhas são acompanhadas de frases “impregnada[s] por explicações de cunho biológico, nas quais mãe é vista como cuidadora natural, em função de dar à luz e possuir mamas”. (CADONÁ; STREY, 2014, p.487).

Vale ainda ressaltar que, das campanhas analisadas – entre 1999 e 2010 –, as imagens são majoritariamente de mulheres. Um homem aparece em uma campanha, em uma imagem de assistência à mulher que amamenta, ou seja, em segundo plano em relação à família e ao cuidado. Além da própria mãe, há imagens com mais de uma mulher, representando amigas, parentes ou avós, demonstrando a alimentação, o cuidado e a educação como ‘coisas de mulher’. (CADONÁ; STREY, 2014). A representação da avó é

particularmente icônica, pois há uma luta no setor saúde para que a mulher mãe não ceda às noções tradicionais de cuidado repassadas por suas mães e sogras, bem como há um chamamento para que estas mulheres mais velhas possam se inteirar do conhecimento verdadeiro – científico, médico – e possam desta forma auxiliar a mãe no correto cuidado com a criança. (BICA, 2011).

Na busca por uma nova configuração, que visa eximir ou decrescer a disparidade existente na divisão sexual tradicional do trabalho, não podemos, no entanto, imaginar que não será uma tarefa árdua. Segundo Bordo (1997):

A “masculinidade” e a “feminilidade”, pelo menos desde o século XIX e talvez antes, foram construídas através de um processo de mútua exclusão. Não se pode simplesmente juntar as virtudes historicamente femininas àquelas historicamente masculinas para produzir uma “nova mulher”, um “novo homem”, uma nova ética ou uma nova cultura. (BORDO, 1997, p.27).

Neste sentido, Moura e Araújo (2004) exemplificam as modificações ocorridas no papel materno, principalmente após a década de 1980, a partir da qual as amplas modificações sócio-culturais determinaram as novas posições assumidas socialmente pelas mulheres, mas sem conseguir desvinculá-las ao papel materno. A maternidade já não é o único papel disponível para as mulheres, mas sem dúvida é ainda uma obrigação em muitos contextos, seja objetiva ou subjetivamente. A possibilidade de ser mãe (ou de não ser mãe) está marcada pela ambivalência de se desempenhar ambos os papéis, podendo resultar em uma experiência frustrante para a mulher, em pelo menos um dos sentidos.

A ética do cuidado engloba a aplicação de princípios de justiça para a família. Os direitos de cada membro da família devem ser garantidos, e as responsabilidades devem ser compartilhadas igualmente pelos pais. (GARRAU; LE GOFF, 2010). Lucila Scavone (2004, p.185) analisa que atualmente vivemos em um “período de transição para a consolidação de um novo modelo de maternidade”. A luta é pela busca da igualdade na responsabilidade parental, o que, por sua vez, pressupõe a igualdade entre os sexos e a extinção da divisão fixa do trabalho sexual. “Para alcançar esta igualdade”, complementa a autora, “muitos elementos estão em jogo e, entre eles, a emergência de uma nova sensibilidade social que derrube o ideário do determinismo biológico”. (SCAVONE, 2004, p.185). Nesta mesma lógica, Casalini (2010, p.75) pontua que “uma política do trabalho reprodutivo que quisesse definitivamente romper com o patriarcalismo local e global

deveria considerar a “assistência” e o “trabalho de reprodução social” como um valor central para a sociedade”.

Esta, porém, ainda não é uma realidade em muitos contextos, haja vista a condição relacional do papel de pai e suas atribuições, em contraposição às atribuições da mãe. Goffman (1988, p.8-9) considera que “os membros de uma categoria social podem dar muito apoio a um padrão de julgamento que, eles e outros concordam, não se aplica diretamente a eles”. Isto certamente é pertinente ao conceito de papel de pai. O cumprir da norma serve para a mãe, mas não para o pai. O pai não é julgado por sua filha ou seu filho estarem com a roupa suja, por deixar ‘escapular’ um palavrão, por esquecer a reunião de pais e mestres, por alimentá-lo/a mal – de forma considerada não saudável. Estas são tarefas das mães; a mãe deve cuidar. Em contrapartida, simplesmente estar casado e ter filhas ou filhos confere o estatuto de normalidade ao homem, principalmente se casado apenas uma vez, e com todos os filhos com a mesma mulher. Homens de reputação duvidosa proclamam esta ‘qualidade’ para reivindicar tal normalidade e probidade moral.

O fato é que atualmente os padrões sociais exigem da mulher que ela engravide e cuide do filho, mas também que ela seja trabalhadora, dona de casa, esposa amável e modelo de capa de revista. É muita coisa para uma pessoa só. É necessário pensar sobre as reais possibilidades, necessidades e desejos desta mulher concreta: trabalhadora, dona de casa, mãe, entre muitas outras coisas. A reflexividade incorpora a experiência da pessoa para que se tomem as decisões mais acertadas para si. É neste sentido que a maternidade deve ser uma escolha, e a parentalidade deve ser repensada de modo a dividir as obrigações com a casa e com os filhos.

Não são os indivíduos que têm experiência, mas os sujeitos é que são constituídos através da experiência. A experiência, de acordo com essa definição, torna-se, não a origem de nossa explicação, não a evidência autorizada (porque vista ou sentida) que fundamenta o conhecimento, mas sim aquilo que buscamos explicar, aquilo sobre o qual se produz conhecimento. (SCOTT, 1999, p.27).

A noção de experiência social pode dar conta do objeto de alguns estudos empíricos que encontram condutas sociais não compatíveis com uma ação realizada a fim de responder a uma sequência de decisões racionais. Antes disso, é organizada por princípios heterogêneos, ou seja, é a própria experiência, definida pela combinação de várias lógicas de ação, que devem ser administradas simultaneamente. Neste caso, a ação terá uma parcela que, embora socialmente definida e construída, não pode ser redutível à versão

subjetiva do sistema, resultando em uma ação que não tem unidade. “Existe na experiência social alguma coisa de inacabado e de opaco, porque não há adequação absoluta da subjetividade do ator e da objetividade do sistema”. Neste sentido, a liberdade de decisão do indivíduo é teórica, pois a escolha só pode se dar em relação a seus interesses e preferências. (DUBET, 1994, p.96).

Na questão da escolha da mãe em seguir o padrão normativo que delimita as ações da “boa mãe”, ela terá duas opções: seguir ou não seguir. Quem, no fim das contas, decidirá esta questão é a própria mulher, para cada pauta de cuidado. Porém, percebemos que a submissão ao padrão pode levar ao seguimento ou não da norma (com ou sem sofrimento mãe), e a liberdade pode também levar ao seguimento ou não da norma. A ação resultante não será exclusivamente racional, individual e livre, pois, assim como lembra Dubet (1994), a liberdade é tão abstrata que pode ser exemplificada pelo sábio que se suicida para provar sua liberdade.

No entanto, a autonomia do indivíduo é possível porque sua experiência se inscreve em registros múltiplos e não congruentes. Isto é, a decisão da mulher será afetada pelo que se inscreve em sua vida, em fatores simultâneos como sua idade, paridade, experiência prévia de gestação e parto, experiência prévia da ação dos serviços de saúde, presença ou ausência de trabalho remunerado, presença ou ausência de auxílio no cuidado da criança, escuta a experiências da mãe, irmãs e amigas, entre outros, onde suas possibilidades são elencadas e elege-se uma de escolha.

Assim vemos que a subjetividade não é puramente uma questão individual. Na sociologia da experiência social é preciso saber de antemão que o ator não é totalmente cego nem totalmente clarividente, muito embora seja reflexivo e tenda a se explicar e se justificar, sejam suas condutas automáticas ou tradicionais. No entanto, deve se considerar o sentimento de liberdade manifestado pelo indivíduo, como expressão da sua experiência, resultado da necessidade de gerir várias lógicas diferentes ao mesmo tempo. Este sentimento de liberdade pode se fazer presente pela angústia e pela incapacidade de escolha, assim como a mãe que sofre na tentativa de seguir o padrão imposto pelo médico, tentando gerir suas experiências prévias e conciliar este novo vivido. Mas também pode ser vislumbrado pelo cotejar das várias opções, escolhendo-se o que parece melhor para si.

A experiência individual, que é tanto subjetiva quanto social, será legítima para o ator enquanto for vivida como uma experiência autêntica. Com a análise da experiência social é possível descrever as lógicas da ação presentes na experiência concreta do ator;

compreender a atividade do ator, ou como ele combina e articula as diferentes lógicas; e conectar a experiência e o sistema, de forma a compreender como os atores relacionam o plano individual com o plano coletivo.

Nesta lógica, podemos pensar a identidade da mãe como sendo a vertente subjetiva da integração do sistema. A idealização da “boa mãe” é compatível com a subjetividade? E com a realidade? “A identidade é tão-só a maneira como o ator interiorizou os valores institucionalizados por meio dos papéis”. (DUBET, 1994, p.115). Incorpora a expectativa do outro e define sua identidade a partir disso, e é no reconhecimento de uma semelhança ou diferença que esta identidade integradora se fortalece. Mas as tensões existentes entre um papel e outro não diluem a unidade da experiência, uma vez que ela comporta a heterogeneidade do vivido, não afetando a continuidade da identidade.

Sobre este aspecto, Giddens explica a necessidade de viver cada momento reflexivamente, e construir uma trajetória de vida de acordo com os desejos íntimos, em que o eu é um projeto reflexivo pelo qual o indivíduo é responsável. Deste modo, viver é uma sucessão de escolhas, onde o indivíduo se depara com sua complexa variedade e pouca ajuda sobre as opções possíveis, lembrando que nem todas as opções estão abertas a todos, e nem todos tem conhecimento de todas as opções ao tomar uma decisão. Mas da ‘nova ordem’ a que Giddens se refere pode emergir de uma experiência materna que produza reflexividade. (GIDDENS, 2002, p.82).

A experiência é uma evidência que pode ser trazida à visibilidade. Porém, tornar visível a experiência de um grupo não expõe necessariamente a lógica de funcionamento de mecanismos repressores. É preciso dar conta da constituição relacional dos processos históricos e dos discursos que posicionam sujeitos e produzem experiência. (SCOTT, 1999). É neste sentido que a normatização da maternidade precisa ser desvelada, dando voz à experiência, constituinte do sujeito mulher.

3 METODOLOGIA

A metodologia é importante demais para ser deixada aos metodólogos.

(Howard Becker)

A presente tese de doutoramento insere-se na área da Sociologia, em que a reflexão e compreensão das relações toma sentido a partir das estruturas sociais e das análises da posição dos sujeitos mulheres no campo de pesquisa. O tema em estudo, porém, relaciona-se fortemente a um assunto amplamente debatido nas ciências da saúde, e coloca sobre ele um olhar mais apropriado às vivências que são tomadas como de propriedade da saúde e seus profissionais, e busca devolver a autoridade às agentes desta ação, ou seja, as mulheres que se tornam mães, em uma reflexão das relações de gênero e suas implicações no cotidiano das mulheres. Desta forma, este estudo trata dos sentimentos, visões, representações e experiências compartilhadas pelas mães de crianças de seis meses a dois anos, ao cuidar e amamentar sua filha ou filho, tendo em vista a diversidade de normas sociais, discursos e enunciados de diferentes profissionais da saúde que elas precisam lidar em suas rotinas de maternagem.

Na área da saúde, entretanto, o tema do aleitamento materno é tratado a partir de um conhecimento tecnicista e medicalizado, em que se espera da mulher que é mãe o seguimento de uma norma, pois se baseia em estudos estatísticos que moldam e reafirmam, em uma circularidade da ciência médica, padrões universais. Assumem uma aura de infalibilidade e reivindicam para si, desta forma, o conhecimento verdadeiro, aquele que deseja subordinar não apenas outras formas de conhecimento, como o das mães e suas relações pessoais, mas também das outras formas de fazer ciência.

As batalhas sobre a especificidade da ciência e os meios de construção do conhecimento válido não são novas. O questionamento da hegemonia do saber científico moderno acende a polêmica pluralidade epistemológica do mundo, da qual duas vertentes distintas se apresentam: uma interna, que se questiona quanto a relevância da diversidade dos modos de fazer ciência, da pluralidade interna da ciência; e outra, que questiona o exclusivismo epistemológico da ciência, e pensa uma pluralidade externa, isto é, uma

relação entre a ciência e outros conhecimentos. (SANTOS, 1989). Concordando com esta postura, Minayo (2014, p.39) declara que “a cientificidade não pode ser reduzida a só uma forma de conhecer”.

O ponto de partida de que a ciência baseada ou que englobe o senso comum não é ciência tomou grandes proporções no estudo dos métodos científicos a partir da ciência moderna, distinguindo desta forma o sujeito do objeto e a sociedade da cultura. Os debates epistemológicos durante o século XVII europeu demonstram que a transformação da ciência em uma única forma de conhecimento válido foi um processo longo e controverso. Segundo Boaventura de Souza Santos (2005, p.21), “para o seu desfecho contribuíram não só razões epistemológicas, mas também fatores econômicos e políticos”.

O resultado consumado no século XIX foi um novo exclusivismo epistemológico que gerou uma concepção cumulativa do progresso da ciência, assentada na seleção de sucessos e exclusão da controvérsia. Mas, ainda segundo Santos (1989), a ciência sem considerar o senso comum é rasa. Não é mais possível excluir os outros tipos de conhecimento, supondo sua inexistência, além do conhecimento científico, hegemônico; é necessária a vinculação pela tradução do conhecimento científico e do senso comum.

A dinâmica interna da ciência moderna levou a uma crise epistemológica, pela dificuldade daquela em lidar com processos complexos, cujas variáveis sofrem influências, e não podem ser controladas. A partir disto, surgem questionamentos no campo epistemológico sobre a neutralidade da ciência e dos modelos de investigação. Desta crise, abrem-se novas formas de conhecimento e saberes, onde a ciência possa dialogar e se articular com outras formas de saber, configurando novos conhecimentos.

Nesta perspectiva, porém, as tensões entre o conhecimento biomédico e os saberes das mulheres mantêm-se ainda hoje na construção da ciência médica, que reproduz por meio dos profissionais da área da saúde a visão tecnocrática do aleitamento materno, como se houvesse uma bolha que mantém a exclusividade do que está sendo dito por esta área na linha da verdade, e que não conversa com os outros saberes, desconsiderados, sujeitados.

Dentro desta concepção de ciência exclusivista, a ciência médica clama para si uma neutralidade e um monopólio de verdade e de compreensão de totalidade que não são, na realidade, possíveis. Propondo uma nova abordagem, que “ilumina aquele ponto cego da visão unidimensional”, Minayo (2014, p.27) espraia a perspectiva hermenêutico-dialética para o campo da saúde, demonstrando seus benefícios para a compreensão das ciências que compõem o campo da saúde.

Embora existam dificuldades epistemológicas e práticas de aproximação, o desafio de tratar do objeto saúde/doença é vencer dicotomias analíticas, movendo-se no terreno das inter-relações e interconexões. O saber teórico e prático sobre saúde e doença faz parte de um universo dinâmico recheado de história e de inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos. (MINAYO, 2014, p.28).

Além das dificuldades epistemológicas apontadas por Minayo para o diálogo entre o saber teórico e o prático no estudo dos conteúdos das questões relativas à saúde, como é o aleitamento materno, outra perspectiva deve ser levada em consideração quando o objeto de estudo é o cuidado e o aleitamento materno. Trata-se do gênero enquanto categoria de análise e da perspectiva da epistemologia feminista para se questionar o ponto de partida biologicista das ciências médicas para o estudo do corpo feminino e de suas funções essencializadas.

Segundo Longino (2008, p.506), a epistemologia feminista é uma necessidade: “De fato, como as disciplinas acadêmicas tradicionais têm-se apoiado em pressuposições filosóficas que podem implicar costumes sexistas e androcêntricos, é imperativo que o façamos”. É uma reflexividade, partindo do Sul, que permite questionar os conhecimentos que são tidos como periféricos, tradicionais, locais, alternativos, ou ainda que possa alterar as justificativas que permanecem nas relações de dominação.

3.1 O CAMPO E A ABORDAGEM

O município de escolha para a condução da pesquisa possui população de aproximadamente 150 mil habitantes, e produto interno bruto (PIB) de 7 bilhões de reais, o sexto maior do estado. É uma cidade importante do litoral paranaense, porém, sua principal atividade econômica propicia que a riqueza produzida seja escoada juntamente com as cargas portuárias, gerando grandes desigualdades sociais. Segundo dados do IBGE de 2010, a renda domiciliar *per capita* é R\$749,42 mensais, e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,750, sendo considerado médio.

O grande crescimento do município ocorrido nos últimos 40 anos não foi acompanhado por ampliações de infraestrutura – redes de abastecimento de água e de

esgotamento sanitário, coleta de lixo, pavimentação, energia elétrica, cobertura e resolutividade de serviços como saúde e educação, oferta de empregos, entre outros. Dados como morbidade e mortalidade estão entre os piores do Estado, coexistindo os problemas que surgem com o envelhecimento populacional com as doenças infecciosas e parasitárias, características de populações que não recebem melhoras nos serviços de saúde oferecidos.

No município onde foi realizada a pesquisa, 56% da população é coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a partir de sete Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que no momento da condução da pesquisa estavam sendo operacionalizadas em seis locais físicos, uma vez que uma UBS havia sido interditada. O estudo foi realizado, portanto, a partir destas seis UBSs urbanas que contam com a ESF no município.

A ESF é uma iniciativa nacional, que é operacionalizada a partir da menor esfera municipal em saúde, as UBSs, e tem como objetivo a reorganização da atenção básica, ampliando a resolutividade e melhorando a situação de saúde das pessoas e coletividades, com vistas também à relação custo-efetividade.

A equipe multiprofissional em Saúde da Família conta com um médico generalista ou especialista em Saúde da Família; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que idealmente são em 12 profissionais por equipe. As maiores e mais especializadas Unidades do município podem ter acrescidos na equipe os profissionais de Saúde Bucal. Cada equipe se responsabiliza por uma média de 3000 pessoas, residentes na área de abrangência da UBS. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam visitas domiciliares a estas pessoas, de acordo com um cronograma próprio planejado de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias, considerando como grupos prioritários em saúde as gestantes e crianças menores de dois anos. (BRASIL, 2012b).

Para o exercício da profissão, além do treinamento inicial a que todo Agente Comunitário de Saúde (ACS) passa para assumir sua função, participam anualmente de no mínimo um evento relacionado à promoção do aleitamento materno, realizado no município, e cada UBS fica responsável por abordar este tema outras vezes durante o ano. A busca por gestantes e crianças menores de dois anos é ativa, e estes são visitados todos os meses, mesmo quando passam a ser acompanhados em outra UBS ou por outro serviço de saúde, como o específico para gestante de alto risco, por exemplo. Assim, os ACS mantêm uma listagem atualizada com todas as crianças menores de dois anos do território

abrangido por sua UBS. Deste modo, o grupo de estudo foi composto por mães de crianças entre seis meses e dois anos, registradas nas seis UBS urbanas do município paranaense, que possuem a experiência de amamentar ou já terem amamentado seus filhos, e são visitadas por ACS.

As mulheres gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos são alvos de programas e práticas específicas do setor saúde por ser considerada uma população em situação de vulnerabilidade, pela maior sensibilidade da vida e exposição a riscos de doença e morte. São grupos prioritários de trabalho como meta nacional e internacional de diminuição da morbidade e mortalidade da população. Uma das ações mais abrangentes é o incentivo ao aleitamento materno.

A escolha do grupo de estudo passou, portanto, pela eleição de mulheres mães que são atendidas pela Estratégia Saúde da Família, por serem acessadas constantemente pelo discurso institucional por meio das ACSs. Este mesmo discurso prega que o aleitamento materno teria, nesta população, um benefício adicional à saúde do bebê, sem gastos financeiros para a família (BRASIL, 2002), e, portanto, é ainda mais estimulado pelo discurso científico, veiculado pelos ACSs. Desta maneira, possibilita confrontar o discurso médico com a experiência materna.

Considero importante pontuar o entendimento de visões diferenciadas sobre o aconselhamento médico sobre aleitamento materno no município, encontradas nas falas dos profissionais e mães entrevistados nesta pesquisa. Para a realização de partos, o município conta com um Hospital Público, um Hospital Particular e duas Clínicas Particulares. No Hospital Público, há uma equipe de enfermagem responsável por auxiliar a mãe nos primeiros dias do pós-parto com o ‘manejo correto’ do aleitamento materno. Segundo vários relatos, de enfermeiras, ACSs e mães, a mulher não recebe alta do Hospital se não estiver ‘amamentando bem’. Nos três locais privados, a situação relatada é o extremo oposto. Não há incentivo ao aleitamento materno, nem apoio à mãe no sentido de auxiliá-la a amamentar, se este for seu desejo, e assim que a criança nasce um membro da família é solicitado a comprar uma lata de fórmula infantil, pois “a mãe não vai ter leite”.

Segundo Uwe Flick “a pesquisa qualitativa é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atitudes das pessoas em seus contextos locais” (2004, p.28). Explorando esta ideia, e considerando que esta pesquisa utiliza como tema uma variável amplamente estudada na área da saúde, como é o aleitamento materno, é importante ter em mente o que Becker (1993) pondera sobre

metodologia como especialidade proselitizante, em que o método, o como fazer, a “maneira certa” torna-se mais importante do que o que está sendo estudado. É, muitas vezes, o caso da utilização das abordagens quantitativas pela área da saúde, ou, nas palavras do próprio autor:

[...] pode-se discernir facilmente um padrão comum: uma preocupação com métodos quantitativos, com a concepção *a priori* da pesquisa, com técnicas que minimizem a chance de obter conclusões não confiáveis devido à variabilidade incontrolada de nossos procedimentos. (BECKER, 1993, p.19).

De maneira geral, o método de escolha está pautado sobre os problemas que podem ser manipulados cientificamente. Porém, para a pesquisa sociológica, esta não é uma opção razoável. É consenso que o método deve ser rigoroso, entretanto, esta não deve ser uma recomendação implícita de rigorosidade por antecipação sobre o que fazer. O método deve ser reformulado, criticado e aperfeiçoado a cada nova realidade.

Na tentativa de reduzir as fontes de erro, a metodologia tradicional ignora problemas metodológicos importantes, e a aplicabilidade de métodos ou combinações de métodos que sejam amplamente úteis em ciências sociais. Para o mesmo autor, se os metodólogos se empenharem na resolução de tais problemas, “a metodologia atingirá, para os sociólogos que fazem pesquisa, aquela utilidade que deveria sempre ter tido”. (BECKER, 1993, p.23).

A metodologia analítica explora a lógica subjacente ao que se faz, ao invés de cumprir as etapas das práticas costumeiras. O pensamento sobre o porquê as coisas são feitas é mais efetivo ao aperfeiçoamento do método de pesquisa, e este, enfim, servirá ao seu objetivo. A análise deve “(...) incorporar as descobertas da própria sociologia, tornando os aspectos sociológicos e interacionais do método parte do material submetido à revisão analítica e lógica”. (BECKER, 1993, p.28).

Para o campo intelectual, assumir esta postura agrega consequências, uma vez que a investigação que analisa as relações sociais não pode ser reduzida a números e estatísticas, formatos científicos mais aceitos para emissão de juízo de verdade. É, entretanto, fundamental para a compreensão da realidade humana socialmente vivida e para a abordagem das relações sociais coladas a seus aspectos históricos, estruturais e simbólicos. Ao contrário do que ocorre nas quantificações, a subjetividade é criadora, é fundante de sentido e constituinte e constitutiva do social, imprescindível ao entendimento do objeto.

(DESLAURIERS; KÉRISIT, 2008). Deste modo, “O universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que as vivenciam”. (MINAYO, 2014, p.24).

O movimento aqui é o estudo de uma posicionalidade e de uma experiência vivida que se pautam nos sentimentos e emoções, mas não são fruto de uma subjetividade individual, pois as falas das mulheres pesquisadas incorporam significado e intencionalidade aos atos, relações e estruturas sociais como construções humanas significativas. Fazem parte de uma dimensão de uma realidade social multifacetada. (FONSECA, 1999).

Desta forma, cada mulher entrevistada para esta pesquisa deixa transparecer sua individualidade, mas também reflete a influência do contexto em que cresceram e vivem. Do mesmo modo, os grupos de ACSs com que conversei, expressam as lógicas conjuntas que compartilham, e que provém de uma estrutura específica de temas propostos pelo Ministério da Saúde, mas também expressam suas individualidades e experiências, que se relacionam com seu contexto social.

A experiência enquanto epistemologia tem sido utilizada para a produção de conhecimento, ganhando espaço nas análises feministas, por se mover em direção à compreensão da construção da subjetividade, como mútua e contígua à experiência. A experiência é sempre situada, e a valorização do pensar contextual permite demonstrar a posição de sujeito e contribuir sobremaneira para a produção do conhecimento, em contraste à ideia do sujeito universal. (FURLIN, 2012). Sobre este contraste,

[...] pode-se reforçar a distinção entre o entendimento de que há experiências que, de algum modo, seriam preservadas sob o véu da opressão e o entendimento de que é preciso revelar as experiências compartilhadas *da opressão*, que teriam de ser assim significadas para que possam ser ressignificadas. (BIROLI, 2013b, p.101, grifo da autora).

Assim, o conhecimento dos processos de ressignificação, como o conhecimento das experiências das mulheres, permite proteger o objeto das ciências sociais e a própria ciência da redução pelos procedimentos do conhecimento. Esta articulação permite uma reflexão fundada na práxis, em uma análise compreensiva e crítica da realidade. A experiência narrada pelas mulheres participantes da pesquisa pode gerar uma produção de conhecimento baseada nas “experiências que não são articuladas em discursos, como as de grupos subalternos”. (FURLIN, 2012, p.968).

Para a especificidade desta pesquisa, portanto, a perspectiva hermenêutica como interpretação mostra-se apropriada, pois contribui “[...] para que se contextualizem de forma crítica a história e a linguagem dos problemas de saúde e das práticas sociais na área”. (MINAYO, 2014, p.26). O modo de ver as coisas se transforma, incorporando indagações, discussões e críticas das ciências sociais ao campo da pesquisa em saúde. Por outro lado, os objetos de estudo da área biomédica não podem renegar a problemática social, uma vez que o corpo humano pode ser considerado um híbrido biológico-social (LATOURETTE, 1994), em seus determinantes de condições, situações e estilos de vida, cortados também por diferenças de classe, raça e etnia, gênero e faixa etária. Ou, como Boltanski (2004) expõe:

[...] os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica, sem a mediação do cultural que os retraduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsas ou desejos, em gostos e aversões. (BOLTANSKI, 2004, p. 108).

Diante do exposto, argumentou-se a aplicabilidade da condução de um estudo de base qualitativa, acessando as relações com a amamentação e seus sentidos, a partir da narrativa das mães. Devido a natureza do objeto, a necessidade de adequação ao método de obtenção de dados torna-se crucial. É neste sentido que a entrevista é uma forma privilegiada de interação, erigindo relações existentes na própria sociedade. Para esta pesquisa, partiu-se de um guia de entrevista (ANEXO I) que foi utilizado como orientação para os temas investigados, mas não de forma a cercear a fala das mães, transcorrendo na forma de narrativa da experiência do cotidiano. Dependendo das respostas, perguntas adicionais eram inseridas para aprofundar um tema específico, e a ordem das perguntas também era alterada de acordo com a lógica expressa pela entrevistada.

Apenas na primeira entrevista tal guia ficou à mostra para a participante, o que pareceu gerar um pouco de desconforto, um certo sentimento de se responder ao que se pergunta, para cumprir o roteiro. Então, a partir da próxima entrevista, a pesquisadora memorizou as perguntas, e a entrevista passou a fluir mais solidamente em forma de conversa, abrindo-se para diversos outros temas, de acordo com a vivência de cada mãe. Desta forma os temas eram delineados conforme a história da mãe, de acordo com suas experiências e vivências, não se prendendo a roteiros, e aprofundando o que mais era conveniente e importante para aquela situação de vida. Porém, também era possível

abranger outros temas, e iniciar outros assuntos, tão logo se esgotasse uma dimensão pela fala da mãe. O guia de entrevista era levado junto comigo, em todas as visitas, e era consultado discretamente quando necessário, para evitar esquecimentos.

O grupo de estudo foi composto por mães de crianças entre seis meses e dois anos registradas nas seis UBS urbanas, que amamentam ou já amamentaram seus filhos, e que já introduziram novos alimentos. Com base na listagem completa dos ACS, as mães participantes foram encontradas em seus endereços, em visita domiciliar, pela pesquisadora responsável. A escolha de casas visitadas foi randomizada (PEREIRA, 2005) a partir dos critérios: fornecimento ou não de aleitamento materno; paridade; idade da criança; e permanência da mãe ou não na casa durante o dia, com a criança. O estudo randomizado é aquele em que a escolha na investigação é aleatória, isto é, os sujeitos observam a mesma probabilidade de participação por categoria de critério, sem influência do pesquisador. Neste caso, escolhia-se aleatoriamente, a partir de cada UBS, mães que tivessem um filho e que tivessem mais de um; mães que trabalhavam ou estudavam fora e que não trabalhavam ou estudavam fora; mães que amamentavam naquele momento e mães que não amamentavam naquele momento; e casas onde a criança menor tivesse desde 6 meses até próximo a 24 meses. Todas estas informações foram conseguidas com os ACS, anteriormente à ida a campo¹⁵. Deste modo foi possível acessar diversas realidades e períodos de aleitamento, desmame ou memórias relacionadas ao aleitamento materno experienciado.

Como havia seis locais físicos de partida, eram selecionadas casas, por Unidade, com características distintas entre si, para a tentativa de acesso às mulheres, cobrindo, desta forma, toda a extensão territorial da ESF. Foram visitadas e entrevistadas no total, 12 mulheres, o que foi definido no curso da pesquisa, utilizando-se o critério de saturação dos dados.

Para a realização da entrevista completa, em profundidade, foi necessário de uma a três visitas em cada casa, segundo a necessidade e a especificidade da informante. Em algumas casas, a entrevista ocorreu já no primeiro contato. Em outras, anteriormente às entrevistas, algumas mulheres preferiam não receber a pesquisadora de imediato, e agendavam outro horário, mais conveniente para elas. Em algumas casas foram necessários vários agendamentos seguidos, pois as mães nem sempre tinham disponibilidade de

¹⁵ Posteriormente, ainda neste capítulo, será explicitada esta etapa da pesquisa, em que houveram reuniões com os ACS.

atendimento. Todas as casas foram visitadas novamente, em cortesia, ao final da pesquisa de campo, para um agradecimento. Todas as mães se mostraram felizes com esta visita, expressaram sua alegria em ajudar e foram muito gentis. Algumas se sentiram a vontade em contar novidades sobre suas vidas nesta ocasião.

As visitas nas casas, e o diálogo para as entrevistas, ocorreram somente após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (ANEXO II), etapa que custou alguns meses de dedicação, mas ponderou-se necessária, uma vez que é exigida rotineiramente para as pesquisas em temas em saúde. As publicações poderiam sofrer a ausência de um parecer do Comitê de Ética; além disso, a vinculação profissional da pesquisadora, em um Departamento da área da Saúde, exige que as atividades de pesquisa passem por esta etapa, sob risco de sanções caso não fosse cumprido.

É interessante relatar algumas das dificuldades neste processo. Além do grande volume de documentos e assinaturas, que dispendem tempo, energia, e boas relações interpessoais para obtê-las, os requisitos solicitados para a redação de um projeto de pesquisa não são adequados para as Ciências Sociais. Não tratam dos mesmos procedimentos metodológicos e fica bastante confuso e difícil “encaixar” a pesquisa no formato exigido por outra área.

É esta justamente a crítica aos Comitês de Ética em Pesquisa, que pretende abarcar os outros domínios de conhecimento, em uma hierarquização de saberes, em que a área da saúde, e mais especificamente a medicina, fica no topo de importância das pesquisas, seguida das demais profissões vinculadas à saúde, e por fim as demais áreas de conhecimento. A exigência de um parecer do Comitê de Ética normatiza e disciplina os avanços da pesquisa. É sabida a necessidade de proteger pesquisador e pesquisado, mas fazer isto a partir de um único modelo de instituição científica assenhora as outras áreas do conhecimento e dificulta os avanços científicos destas mesmas áreas que não são consideradas dominantes.

De qualquer forma, foi necessário seguir este procedimento, e conforme recomendação para realização da pesquisa, foi esclarecido às mães o sentido da mesma, o anonimato delas e de seus filhos, o sigilo a respeito do que elas disseram, e a respeito do cuidado que a pesquisadora tem com o uso público das falas. Para participação, as mães que concordaram voluntariamente em participar do estudo assinaram um Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a obtenção dos dados para a pesquisa.

Houve apenas uma recusa em participar da pesquisa, de uma mãe a que se tentou acesso por cinco vezes. Em duas visitas ela não estava em casa, em uma estava indo levar sua filha ao centro de saúde, com bronquite, em uma disse que não poderia atender porque seu marido estava em casa, e na última, em que ela se recusou a participar, desculpando-se por ter muita coisa para fazer e estar sem tempo para dar atenção. Na tentativa de visita em que seu marido estava em casa, ela olhava para ele a todo momento, e chegou a perguntar para ele se ela poderia conversar comigo, e ele apenas deu de ombros. Ela me pediu para voltar outro dia, quando acabou por se recusar a me receber e a participar da pesquisa.

Não foram buscadas para esta pesquisa as mães que tinham 17 anos ou menos no momento da entrevista, que apresentassem depressão pós-parto (em que a visão da maternidade é diferenciada); as mães de gêmeos (pela maior dificuldade de estabelecimento da amamentação, e, por isso, menor insistência dos profissionais de saúde); e as mães que nunca puderam amamentar, por problemas de saúde (das mesmas ou de seus filhos), uma vez que não partilham das mesmas experiências que as mães que amamentam ao menos uma vez. Estas informações também foram conseguidas anteriormente à ida à campo, a partir do referido pelos ACS.

O estudo utilizou um guia de entrevista construído exclusivamente para este (ANEXO I), e contou com o auxílio de um instrumento de gravação de voz. As entrevistas foram transcritas e estão sendo avaliadas segundo a técnica da análise de conteúdo, em que permite fazer emergir os temas relevantes nas falas das mulheres. A rotina das UBS e do trabalho das enfermeiras e ACSs foram observados, utilizando-se anotações em um diário de campo (ANEXO III). Neste momento, as listagens de mães de crianças entre 6 meses e dois anos atendidas pelas ACSs eram solicitadas (ANEXO IV). As listas que foram completadas pelas ACSs solicitavam as seguintes informações: nome da mãe; endereço completo; número de filhos; nome da criança menor de dois anos e idade, em meses; situação do aleitamento materno no momento (Amamenta: Sim ou Não); e atividade da mãe fora de casa (Trabalha ou estudo fora de casa: Sim ou Não). Solicitou-se que as Agentes não incluíssem nestas listas as crianças gêmeas e as mães que tivessem apresentado problemas de saúde que as impedisse de amamentar, ou com depressão pós-parto.

Dados sobre o perfil das crianças menores de dois anos do município foram acessados na Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO V), para caracterização da população estudada.

3.2 A CHEGADA AO CAMPO

Para se ter acesso às mães com crianças entre 6 meses e dois anos, atendidas pela ESF no município, foi necessário o contato com a Secretaria Municipal de Saúde, etapa também exigida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que vincula sua aprovação da pesquisa à ciência e aceite da Instituição. Este contato foi inicialmente relativamente fácil, exigindo algumas visitas e conversas com a Secretária de Saúde, além de explicações sobre a pesquisa e entrega documental de uma súmula do Projeto. Prontamente ela se mostrou favorável à realização da pesquisa, considerando que o município carece de uma atenção acadêmica, e interessou-se pelos resultados que minha pesquisa poderia obter.

Por intermédio da Secretária de Saúde, fui apresentada à chefe das equipes de saúde do município, que está em contato direto com todas as enfermeiras e enfermeiros que lideram as equipes em saúde da família, das seis UBSs. Da mesma forma, o projeto foi apresentado à ela, explicando também que o apoio que eu necessitava era o acesso às UBSs, para observação da rotina, e conversa com as enfermeiras e enfermeiros responsáveis pelas equipes, segundo disponibilidade destas/es, e com as ACSs, para que tivesse acesso a uma listagem completa das crianças de 6 meses a dois anos atendidas por eles naquele período. A chefe das equipes de saúde também foi bastante receptiva à proposta, e logo avisou às responsáveis das equipes sobre o trabalho que estava em curso no município, e solicitou abertura das UBSs para o que eu necessitasse. Ela também disponibilizou uma cópia impressa dos dados sociodemográficos das famílias cobertas pela ESF no município, pelas seis UBSs atuantes.

Deste modo, passei a visitar as seis UBSs, sabendo que as enfermeiras responsáveis estavam cientes da minha visita, e da existência do decurso de uma pesquisa no município.

Embora a receptividade da Secretaria de Saúde ao estudo tenha sido boa, a informação às equipes de saúde de que a Secretaria estava ‘enviando alguém’ a todas as UBSs que queria saber sobre aleitamento materno pode ter criado, em alguns dos locais,

uma atmosfera de obrigação em atender à pesquisa, e também criado uma expectativa de ação em promoção do aleitamento materno em alguns locais. Em outros locais, senti que era vista como ‘nativa’, isto é, profissional ligada à saúde – e à sua instituição máxima dentro do município –, e que compreendia muito bem a rotina da UBS, e pronta para ouvir tudo o que precisava melhorar naquele local, e no sistema de saúde do município como um todo. Isto gerou diferentes reações das enfermeiras, tornando minha observação participante diferente em cada local. Ora com grande envolvimento na rotina – observadora-como-participante –, e ora pouco envolvida na rotina, priorizando-se a observação, com menos participação (CICOUREL, 1980). A observação em cada UBS será descrita a seguir, a partir dos dados do diário de campo, que foi utilizado de forma a anotar no momento mais próximo seguinte as informações obtidas da observação e das falas das enfermeiras e ACSs. Algumas falas foram anotadas de forma aproximada, e são descritas a seguir como considerações, e outras, utilizadas entre aspas, são frases *ipsis litteris* conforme escutado e anotado em campo.

As UBS foram designadas por seis cores neste estudo, para preservar o anonimato das ACSs e das enfermeiras de cada uma delas. Por encontrar apenas um homem ACS, utilizar-se-á sempre a designação no feminino (as ACSs)¹⁶, e também para as enfermeiras, que eram maioria nas UBS, e a pouca presença de homens nesta função prejudicaria a preservação do anonimato, se houvesse distinção entre homens e mulheres na escrita.

As Unidades de Saúde visitadas foram:

- **Verde** – Localiza-se em uma área geograficamente mais próxima do centro, e é considerada a mais bem colocada área sociodemográfica das UBSs pesquisadas, segundo indicadores de violência e pobreza. Não há áreas de moradias em vulnerabilidade a desastres naturais, afastadas ou de carência extrema de infraestrutura. Segundo as enfermeiras, esta condição se relaciona com a pouca presença de gestantes e crianças na área, observando maior número de idosos, em contrapartida. Conta com duas equipes de ACS, totalizando 6 profissionais, cada uma com a liderança de uma enfermeira. É uma Unidade tranquila, e que atende apenas gestantes em um dia da semana.

¹⁶ Porém, é interessante pontuar que nas reuniões com as ACS, este único homem colaborou prestativamente com a elaboração da lista de mulheres com crianças entre 6 meses e dois anos atendidas por ele, mas não permaneceu na sala durante a conversa, como que demonstrando que esta conversa era “de mulheres”, não era pra ele.

- **Azul** – Ao lado da região da UBS Verde, a UBS Azul possui maior quantidade de famílias consideradas pobres do que a primeira, embora a região não seja desprovida de infraestrutura. Possui três equipes de ACS: uma vinda de outra UBS, que foi interdita, e duas próprias da UBS Azul, totalizando 14 ACSs. No momento da pesquisa, a equipe nova não tinha contratação de enfermeira, e uma das enfermeiras da UBS Azul estava em férias. Deste modo, apenas uma enfermeira liderava as três equipes. Além da carência de profissionais, é uma Unidade bastante movimentada, e que atende uma grande área geográfica.
- **Lilás** – Está em local considerado mais perigoso do que as duas primeiras. Possui maior número de famílias consideradas pobres e uma região de domicílios vulneráveis a desastres naturais, mas abarca também uma extensão ao longo de uma avenida principal, em que as famílias possuem boa condição socioeconômica. Conta com duas equipes de ACS, totalizando 9 ACSs, e duas enfermeiras. É um local de relativo movimento, e que não possui serviço em separado para gestantes.
- **Laranja** – Pertence a um bairro apadrinhado por um vereador conhecido no município, que revitalizou todo o bairro. Apesar disto, a condição socioeconômica da população coberta por esta UBS é baixa, e o bairro tem característica de “dormitório”, isto é, os moradores se deslocam ao centro para trabalho, estudo, compras, entre outros afazeres, e permanecem pouco no bairro. Aliado a isto, o serviço da UBS não é considerado bom pelos moradores, fazendo com que ela esteja normalmente vazia, e os moradores procuram os serviços de saúde mais centrais. Conta com duas equipes de ACS, totalizando 10 trabalhadoras, com duas enfermeiras. É uma das áreas com maior quantidade de crianças menores de dois anos. Possui atendimento para gestantes duas tardes por semana.
- **Amarela** – Na região mais afastada da cidade, está em amplo crescimento e desenvolvimento, mas ainda muito carente de infraestrutura. A estrutura da UBS é ampla, nova e em expansão. Possui três equipes de ACS, com 10 agentes, e três enfermeiras atuantes, mas que revezam horários. O movimento da Unidade é variável, de acordo com o número de médicos atendendo. Atende apenas gestantes em dois períodos distintos da semana.
- **Vermelha** – É considerada pela Secretaria de Saúde e pelos profissionais entrevistados como a área mais vulnerável coberta pela ESF no município. É o local com o maior número de famílias em baixa classificação da condição

socioeconômica, e também com agravantes, como locais alagados, sem esgotamento, maior número de casas de lona, massiva presença de caminhões – que aumentam os acidentes e atropelamentos – e alta circulação de drogas ilícitas. Das duas equipes de saúde, uma enfermeira estava em licença maternidade, então a enfermeira atuante no período da pesquisa liderava duas equipes de ACSs, com 10 profissionais. A procura da população pela Unidade é alta, e esta passava por sérias dificuldades no atendimento, principalmente por problemas com as atendentes.

Em nenhum local havia grupo de gestantes, ou ações fixas voltadas para este grupo, o que não é comum, pois esta estratégia é bastante incentivada pelas instituições em saúde. Em dois locais (UBS Azul e Amarela), porém, as enfermeiras apressaram-se para esclarecer que são realizadas orientações individualizadas para todas as gestantes que estão na UBS aguardando atendimento de pré-natal. Em outros locais, foi perceptível que as enfermeiras consideram improdutiva este tipo de ação, pois há pouca participação de gestantes, e as participantes não tomam como prática os temas abordados nos grupos (“não escutam o que a gente ensina”).

As seis Unidades foram visitadas diversas vezes, tanto para se conseguir falar com as enfermeiras responsáveis, como para se agendar a conversa com as ACSs, para a reunião com as ACSs, e repetidas vezes para buscar as listas de mães de crianças entre 6 meses e dois anos de idade, que eram me entregues aos poucos. Em todas as oportunidades houveram observações e conversas, incorporadas nos relatos abaixo.

Na primeira visita à UBS Verde conheci a supervisora das Unidades, que também já tinha conhecimento da pesquisa. Ela me levou à sala de uma das enfermeiras, para que eu pudesse explicar a pesquisa, e solicitar um encontro com as ACSs. Após esta etapa, a enfermeira mostrou-se surpresa por alguém “se interessar por [nome da cidade]”, e começou a me contar um pouco da rotina da Unidade, e sobre suas percepções quanto ao sistema de saúde no município. Explicou que a área coberta pelas ACSs é pequena, não apenas na UBS em questão, mas em toda a cidade, uma vez que há um número reduzido de ACSs. No momento da pesquisa, o total de ACS em exercício era sete, devido a pedidos de férias, licenças e demissão das contratadas, que pararam de trabalhar para estudar para o concurso público que o município iria ofertar meses após. Lembrando que cada equipe deveria contar idealmente com 12 ACSs, totalizando 24 para esta Unidade.

Segundo a enfermeira, devido a esta situação e a atual política proposta para a saúde, “estamos em um momento complicado para a saúde na cidade”. Relatou que os trabalhos não têm continuidade, por falta de pessoal e de investimento por parte da prefeitura, o que ela caracterizou como “problema de gestão”. Para os cargos de enfermeiro, técnico de enfermagem, e ACS são promovidos Processos Seletivos Simplificados (PSS) regularmente, ao invés de concursos públicos, fazendo com que o trabalho iniciado por uma equipe não tenha continuidade, e, portanto, não tenha avanço. Para os médicos, o que prevalece é a “troca de favores”, caracterizada também pela enfermeira como “máfia”, e exemplificou com os horários de trabalho dos médicos, que são impossíveis de serem cumpridos, pois para isto precisariam estar em dois lugares ao mesmo tempo, ou realizando plantões seguidamente a dias. Isto faz com que os pacientes fiquem esperando enquanto o médico está em outro local de trabalho, ou descansando.

A caracterização como “máfia” foi referente à concordância dos médicos para esta prática, e à instabilidade dos outros profissionais, que não podem reclamar da situação, sob pena de não serem mais chamados ao trabalho pelos PSSs. Para ela, isto dificulta também para que a população possa reclamar seus direitos em relação à qualidade do serviço de saúde.

Perguntei sobre esta situação para mães e crianças pequenas, e a resposta foi que a população desta UBS é diferenciada, com poucas gestantes e crianças; disse que são “pessoas mais conscientes”, por se interessarem mais por estudar, e ter relacionamentos mais tardiamente (isto é, não na adolescência). Neste momento, a outra enfermeira juntou-se a nós, e corroborou o que escutou sobre a Unidade ser diferenciada por ter menos crianças e gestantes, partindo de um pressuposto biomédico de população vulnerável e funcionalidade do sistema básico de saúde, para pessoas pobres e de baixa escolaridade.

Com isto, ela também justificou a ausência de ações para gestantes, associando também a “falta de interesse” das mesmas: “as gestantes pensam que já sabem tudo, não adianta fazer palestra, que elas não vêm!”, revelando que a agência das mulheres, suas decisões e autonomia não são consideradas pertinentes pelo setor saúde. O que se espera é a adesão à forma de conhecimento institucionalizada, adequando sua prática a este discurso de verdade. Ao mesmo tempo, de alguma forma, estão reconhecendo, mesmo que conflitivamente, que a experiência toma outros caminhos e se adequa a várias dimensões da realidade vivida, como a relação com o grupo e familiar e inclusão na comunidade maior.

Ainda assim, o funcionamento da UBS foi apontado como o principal fator de ineficiência das ações em saúde. Além do já apontado “problema de gestão”, a segunda enfermeira apontou o despreparo dos profissionais: “O treinamento do APSUS¹⁷, que é para ser em três dias, fazemos em um, o que é muito errado. E depois, troca todo mundo e quem entra não sabe fazer, então pára [o serviço]”.

Esta primeira conversa com as enfermeiras da UBS Verde foi bastante produtiva, no sentido de conhecimento da Unidade e do funcionamento do sistema de saúde da cidade, e também para a abertura do campo. Quando solicitei conversar com as ACSs, não tive nenhuma forma de obstáculo; indicaram-me os melhores horários para conversar com elas, e dispuseram-se a auxiliar no que mais fosse necessário. Retornei a esta Unidade algumas vezes, para encontrar as ACSs e sempre tive boa recepção. Neste local as ACS é que foram desconfiadas, alegando que não poderiam me passar informações sobre seus pacientes sem autorização. Recorri às enfermeiras do local, que intervieram, e assim consegui as listas de mães.

A UBS Azul contava inicialmente com duas equipes em saúde, e recebeu a equipe da UBS interdita. Deveria funcionar, portanto, com três enfermeiras; no momento da pesquisa, apenas uma estava em exercício. Esta estava bastante sobrecarregada, mas fez questão de me atender assim que cheguei, explicando que era porque considerava o aleitamento materno um assunto importante. No entendimento desta enfermeira, ao ouvir “pesquisa em aleitamento materno”, pela chefe das equipes de saúde, o trabalho não poderia tratar de outra coisa senão seu incentivo, uma ação para gestantes e puérperas, que explicasse seus benefícios e ensinasse seu manejo. Mesmo explicando para ela os objetivos da pesquisa, continuou a se explicar. Falou em tom de pedido de desculpas sobre a orientação que fazem no pré-natal, por ser esta a forma de ação prioritária, que ela não considera efetiva. Explicou que realiza muitas ações neste sentido, e garantiu que nesta Unidade são realizadas palestras sobre o assunto, apenas que no momento não estava com nada agendado. Demonstrou incômodo por achar que não está cumprindo, a seu ver, com a obrigação de estimular o aleitamento materno, ao mesmo tempo em que demonstrou alívio ao contar que no hospital as mães são bem orientadas. Para ela, o puerpério é o momento crítico, pois as mães ou saem do hospital bem orientadas e amamentando bem, ou já não

¹⁷ Programa de Qualificação dos Profissionais da Atenção Primária da Saúde, por meio de um sistema de organização promovido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como objetivo alcançar um novo modelo de assistência, aprimorando a eficiência, qualidade e a resolutividade dos atendimentos e aumentando a capacidade de respostas às demandas sociais, sanitárias e assistenciais por parte das equipes da Estratégia Saúde da Família.

dão o peito, introduzem rapidamente a mamadeira, porque “para a maioria, [a informação sobre aleitamento materno] entra por aqui, e sai por aqui”.

Contou que quando vai às casas fazer visita às puérperas, elas já estão dando mamadeira; ela pergunta o porquê, e as mães argumentam que não têm leite, que a criança chora muito, “quer dizer, não escutaram nada do que a gente disse”, contou ela, demonstrando sua percepção de primazia da teoria sobre a experiência da mãe, no discurso biomédico. Contrariamente, demonstrou um sentimento de que o discurso biomédico deveria ser mais valorizado do que outras falas, quando comenta: “a gente, falando pra elas, não vale nada. Vai um vizinho, uma amiga, dizer que criou os filhos com pirão e eles estão bem, pronto! Escutam o outro! Eles vão pelos parentes, não pelos profissionais!”.

O conhecimento da biomedicina não está conseguindo se impor para as práticas das mulheres. Não se trata de falta de confiança no que é dito na Unidade de Saúde, uma vez que há uma tentativa de argumentação e explicação dos motivos pelos quais as orientações não estão sendo seguidas. Dificilmente nas falas das entrevistadas e nos relatos das ACSs percebeu-se confronto direto da mãe e sua tomada de decisão com o que é orientado pelos profissionais de saúde. Porém, na experiência cotidiana a tomada de decisão se volta para a necessidade e para a resolução de problemas imediatos. Se a necessidade corrobora a norma médica, ela será seguida. Se a tradição oferece uma solução melhor, é com esta opção que a mulher irá elaborar sua prática. A reflexividade se volta, desta forma, situação a situação, onde se assentará a experiência.

Em sua fala, a enfermeira da UBS Azul enfatizou a importância que dá ao aleitamento materno, conforme preconiza a ciência da saúde, e se coloca como profissional habilitada a ensinar as mães como se amamenta corretamente. Por outro lado, citou profissionais que não dão a mesma importância que ela: “Eu fico até chateada, sabe... muitas vezes os pediatras falam pra dar a mamadeira. Indicam até o nome do leite que é para dar!”. Deste modo, demonstrou-se frustrada, sentindo-se inferior em uma hierarquia onde seu conhecimento, que deveria ser valorizado, não o é pelas mães, e também não o é pela prática dos médicos. Pelas primeiras, porque preferem suas escolhas de acordo com a rotina da maternagem – o que parece infundado para a enfermeira – e pelos médicos porque, embora compartilhem da mesma estrutura que diz que o aleitamento deveria ser incentivado, não o fazem na prática, segundo ela, por não se darem ao trabalho de realizar este serviço.

No início da conversa, a enfermeira desta UBS também achava que eu iria fazer alguma intervenção, e mesmo explicando que não, senti que ela não conseguiu ultrapassar esta ideia, pois não pode haver outra forma de abordagem do aleitamento materno, que não seu incentivo, para melhorar as taxas de prevalência de sua prática no município. Isto foi evidenciado também pelo momento em que marcou para mim um encontro com as ACSs, para que eu solicitasse as listas de mães atendidas. Inicialmente, considerei ótima a atitude da enfermeira em tê-las dispensado dos trabalhos externos durante um dia, para que pudessem me atender, mas depois percebi que a enfermeira pensou que eu ensinaria às ACSs sobre aleitamento materno. De qualquer forma, a reunião com as ACSs foi muito facilitada nesta Unidade, e foi muito proveitosa, conforme será relatado mais adiante.

Na visita inicial à UBS Lilás, logo percebi que o pensamento das duas enfermeiras se equiparava ao da enfermeira da UBS Azul: consideravam que eu iria fazer alguma atividade de intervenção no sentido de incentivar o aleitamento materno na população coberta por aquela Unidade. Ao contrário da reação positiva da enfermeira da UBS Azul, no entanto, as duas enfermeiras foram distantes e desconfiadas, tentando desestimular qualquer intenção de ação desta ordem. Foram logo explicando que, em relação ao aleitamento materno, elas não têm muito trabalho, porque as mães “saem do hospital habilitadas, com a pega correta”, então nesta UBS não há outra ação que não seja a orientação pessoal, no pré-natal e na puericultura.

Falei um pouco sobre a pesquisa e seus objetivos, e expliquei que precisaria falar com as ACSs para conseguir as listas de mães. Elas não fizeram nenhuma objeção, e me indicaram o melhor horário para encontrá-las na UBS. Como as duas enfermeiras ainda estavam muito distantes, e vagas em suas falas, perguntei se elas queriam saber mais alguma coisa sobre meu trabalho, e uma delas me perguntou sobre a intervenção que eu iria fazer. Percebendo a dificuldade de entendimento de um trabalho em aleitamento materno que não envolva intervenção, expliquei novamente meus objetivos, enfatizando palavras como “experiência”, “sentimentos”, “vivência”, e falando claramente que não haveria intervenção. Neste momento, as duas enfermeiras pareceram ficar mais a vontade, entendendo que, definitivamente, eu não estava trabalhando para a Secretaria Municipal de Saúde: “Ainda bem que você não está esperando nenhum investimento da prefeitura! A gente tenta fazer as coisas aqui, mas não recebe nenhum apoio da Secretaria. Eles dificultam tudo. Falta boa vontade. Não colocam dinheiro nenhum na Saúde”. Ao final, foram bastante solícitas, e marcaram um horário específico para que eu pudesse conversar

com as ACS, o que facilitou o acesso a elas e também aumentou o tempo de conversa, assim como ocorreu na UBS Azul.

Na UBS Laranja a experiência de observação foi bastante peculiar. Apesar de ser a UBS menos movimentada das seis visitadas, as duas enfermeiras me atenderam com pressa, com pouca receptividade e abertura. Foram logo falando quantas gestantes e crianças menores de dois anos existiam em cada área, como se, ao receber esta informação, eu já poderia ir embora. Então expliquei que precisaria conversar com as ACS, pois necessitava de mais informações, e expliquei o tema e o objetivo do meu trabalho. Além de deixar claro que elas já tem muito o que fazer, perguntaram o que eu iria aplicar em relação ao aleitamento materno. Sem a perspectiva de uma ação, não entenderam muito bem o objetivo do trabalho, e uma delas disse: “Se você vai falar sobre como é para a mãe amamentar, a Secretaria vai querer instituir os grupos de gestantes”, o que, segundo elas, não tem efetividade nenhuma, e é mais trabalho para elas.

Estas questões foram bastante marcantes na reação das enfermeiras da UBS Laranja. Não gostam da ideia de realização de ações para gestantes tanto por não verem efetividade quanto por não quererem mais trabalho para elas na Unidade. Apesar disto, a falta de efetividade das ações em aleitamento materno não é algo elaborado pelas enfermeiras em seus ‘comos’ e ‘porquês’, a partir da vivência da mãe. O “como é para a mãe amamentar” é pensado a partir do ideal preconizado, mesmo explicando que eu não estava tratando da forma considerada correta de amamentar, e sim da rotina e da prática da mãe. A ideia de experiência da mãe, de sentimentos, não foi apreendida pelas enfermeiras.

Foram necessárias várias idas à UBS Laranja para que eu conseguisse as listas de mães de crianças entre 6 meses e dois anos de idade. As enfermeiras não intervieram para que eu pudesse conversar com as ACS, não me indicaram quando eu poderia conversar com elas, e quando eu solicitava este encontro, obtinha como resposta alegações como “elas são muito ocupadas, hoje não vai dar”; “elas estão cheias de coisa para fazer, não vão querer falar com você”. Desta forma, impediram meu acesso às ACS. Foi a única Unidade em que não consegui conversar diretamente com as Agentes. Para conseguir as listas, fui repetidas vezes à Unidade sem sucesso. Finalmente, encontrei por acaso a supervisora desta Unidade, em outro local, e em conversa comentei que ainda não havia conseguido as listas na Unidade Laranja, mas que voltaria logo lá, pois as enfermeiras haviam me prometido consegui-las. No dia seguinte, uma das enfermeiras me telefonou dizendo que

eu poderia ir buscar as listas, pois estavam prontas. De fato estavam, e eu consegui as informações objetivas, mas não tive acesso às ACSs.

A rotina de trabalho empregada pelas enfermeiras em cada Unidade de Saúde, bem como a reação na recepção à minha chegada e apresentação do trabalho conota a relação que aquelas estabelecem com o proposto pelo Ministério da Saúde, bem como com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde. Estes órgãos estabelecem critérios e normas de seguimento para atendimento da população, que, em discurso, é valorizado pelas profissionais da área. Esta norma não é descartada, mas também não é tomada para a prática profissional em sua totalidade.

Sobre esta relação, inicialmente observamos que o trabalho é realizado da maneira que lhes convém, pois as enfermeiras possuem suas próprias subjetividades e buscam estratégias oportunas para lidar com a rotina da UBS, a receptividade da população e as cobranças da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, pode-se considerar que a continuidade das ações está em sintonia com as experiências das pessoas atendidas (se as gestantes não comparecem, exclui-se o grupo de gestantes, por exemplo), muito embora não em uma relação harmônica e compreensiva. As reclamações pelo volume de trabalho e pelo pouco reconhecimento e valorização do trabalho pela população são recorrentes nas UBSs, tanto das enfermeiras quanto das Agentes.

A UBS Amarela é a maior de todas as Unidades, atendendo uma ampla área geográfica. O acesso a esta Unidade foi facilitado porque, em uma sequência de coincidências, no momento da minha primeira visita, o supervisor da Unidade estava presente, e ele havia me visto, semanas antes, conversando com a Secretária de Saúde sobre a pesquisa. Fui então recebida pelo supervisor e por uma das três enfermeiras. Foram bastante abertos à recepção da pesquisa, até porque tinham o pleno conhecimento do interesse da Secretaria de Saúde. Talvez por estarem a par da ciência e concordância da Secretaria também não se mostraram muito interessados nos objetivos da pesquisa, embora eu tenha feito questão de explicar, da mesma forma. Conversaram por bastante tempo comigo, mas ativeram-se a amenidades, assuntos da vida pessoal e sobre a cidade, de um modo geral. Também perguntaram muito sobre pós-graduação. A enfermeira abriu as portas para que eu voltasse falar com as ACSs, mas preferiu não se envolver nesta conversa, então voltei inúmeras vezes para conseguir encontrá-las e marcar um horário propício para conversar com elas. Apenas nestas oportunidades conheci as duas outras enfermeiras, que também não quiseram se envolver com a pesquisa, e não deram muita

atenção ao que estava sendo feito. Apenas reiteraram às ACS que minha pesquisa era séria – tomando-se em conta o interesse da Secretaria de Saúde – e que elas deveriam colaborar.

A UBS Vermelha é bastante movimentada, e no momento da pesquisa, esta situação estava agravada pelo fato de uma das enfermeiras estar em licença maternidade, ficando apenas uma para a rotina da Unidade, e por estarem em mudança de funcionários de limpeza e recepção. Na primeira visita, a recepcionista me anunciou à enfermeira, que solicitou que eu entrasse na sala para falar com ela. Quando entrei, a enfermeira estava atendendo uma paciente da UBS, então apenas me apresentei e disse que voltaria uma outra hora.

No meu retorno, encontrei a enfermeira em seu horário de café, juntamente com a supervisora que havia conhecido na UBS Verde. Desta vez a enfermeira foi bastante aberta, conversou bastante e relatou várias inseguranças profissionais, inclusive sua preparação para o concurso público que o município estava para ofertar. Como era um momento de descontração, aproveitei para estreitar laços, e voltei mais outras vezes para conversar sobre a pesquisa e sobre a necessidade de reunir-me com as ACS. A enfermeira, com o tempo, foi se sentindo segura com minha presença, e me apresentou às ACSs, que me acolheram prontamente para conversar e para confeccionar as listas de mães que eu necessitava.

Nas constantes visitas realizadas nas UBS, observou-se uma hierarquia muito forte em relação à Secretaria de Saúde e seus supervisores. Quando havia interferência de alguém da Instituição, ou a simples presença de um supervisor – que já me conhecia e sabia do interesse da Secretaria na pesquisa –, meu acesso às Unidades era facilitado. As enfermeiras poderiam não ver a possibilidade de recusa em aceitar a pesquisa em seu local de trabalho, uma vez que estavam subordinadas, dentro da estrutura, ao acordo da Secretaria para a realização da pesquisa. E a mesma hierarquia que as enfermeiras observam em relação à Secretaria de saúde, vertem sobre as ACS, que me receberam conforme indicação, ciência ou aceite das enfermeiras. No caso da UBS Laranja, em que as enfermeiras não permitiram este contato, ele realmente não foi possível, embora eu tenha tentado por diversas vezes chegar na Unidade nos momentos em que as Agentes se reúnem. Em dois casos, as enfermeiras organizaram um horário específico para esta conversa com as ACS, o que foi muito produtivo, em relação ao número de ACS participantes e ao tempo de conversa. Em outras duas Unidades, foi apresentada às Agentes, e marquei, juntamente com elas, um horário interessante para a conversa, entre

suas outras atividades. Isto diminuiu um pouco o tempo de conversa, mas, dado o interesse na fala, este formato mostrou-se também bastante produtivo. A única Unidade em que as Agentes não se comprometeram com a pesquisa foi a Verde, em uma extrema contradição à receptividade das enfermeiras do mesmo local. Poucas participaram da conversa, as que participaram foram evasivas e só concordaram em formular as listas de mães atendidas por elas com a assinatura de uma das enfermeiras, para que elas estivessem seguras de serem eximidas de qualquer problema posterior.

Todos estes encontros aconteceram na sala específica da ESF, que normalmente é a última da Unidade, ou ainda em local anexo, e neles estavam presentes apenas eu e as ACSs. De maneira geral, foram encontros bastante descontraídos, e principalmente a não presença de outra pessoa, como uma enfermeira, e a distância física do restante da Unidade deixaram as ACSs bastante a vontade para conversar.

Estas reuniões com as ACS seguiam na forma de conversa, em que inicialmente eu explicava rapidamente que iria fazer uma pesquisa com mães de crianças entre 6 meses e dois anos, e que gostaria de saber como era o trabalho de ACS com estas mulheres, e pedia para que me contassem suas experiências profissionais naquela área. A conversa fluía em conjunto, uma vez que o grupo era homogêneo, e as perguntas iam no sentido de orientação ao tema, com poucas interrupções da minha parte, para que as ACS tivessem a oportunidade de formular opiniões sobre o aleitamento materno e sua atuação profissional neste quesito. Da mesma forma que com as conversas com as enfermeiras, foi utilizado o diário de campo, em que alguns temas e algumas falas foram anotadas no próprio momento, e outras formulações e impressões foram anotadas no momento mais próximo seguinte às informações obtidas. Algumas considerações a seguir são aproximações do falado, e outras, utilizadas entre aspas, são frases *ipsis litteris* conforme escutado e anotado em campo.

Conforme relatado anteriormente, na Unidade Verde não houve boa aceitação das ACSs em participar da pesquisa, e foram bastante reticentes em passar as informações sobre as mães atendidas por elas. Foi necessária a intervenção de uma das enfermeiras, explicando que a Secretaria tinha ciência e acordo com a pesquisa, e por isso não haveria problemas para elas em colaborar, o que anteriormente foi definido por uma das ACS como “divulgar informações confidenciais de pacientes”. Ainda assim, algumas continuaram reservadas em relação a pesquisa, e apenas duas concordaram em passar as informações sobre as mães. Um pouco até envergonhada com a falta de entendimento das

Agentes sobre a legalidade do repasse de informações e sobre a importância da condução de uma pesquisa científica, uma das enfermeiras completou as informações solicitadas por mim.

Da equipe inicial de 13 ACSs, com licenças e pedidos de demissão, elas estavam em 6 agentes para a área, e nas conversas, 4 compareceram. Duas delas permaneceram desconfiadas e falaram pouco – na maioria das vezes intervindo na fala das demais, e não iniciando algum tópico de conversa –, e outras duas conversaram e contaram um pouco sobre o trabalho como ACS.

Contaram que nesta região percebem que algumas mães não querem amamentar, e isto acontece normalmente com “as mais novinhas”, porque se preocupam esteticamente com os seios (“o peito cai”). Relataram que também muitas consideram que o leite não sustenta, o que segundo as ACSs, é um mito. Disseram que “por mais que a gente faça campanha, cada vez mais as mães deixam de amamentar”, e que esta situação é ainda mais visível quando o parto foi em um dos serviços particulares, pois não há incentivo ao aleitamento materno, e o próprio médico fala para a mãe que o leite não sustenta. Isto normalmente acontece quando “a menina engravida de alguém com mais condições”, pois fará o pré-natal e parto em um dos locais particulares. Em contrapartida, algumas Agentes relataram perceber que em suas áreas, são as “mais pobres que amamentam menos”.

A relação entre os profissionais de saúde também é tensa, como se demonstra nestes relatos. Embora todos estejam submetidos ao Ministério da Saúde, que recomenda uma norma única, que deve ser seguida profissionalmente por todos, na exigência de estimular a mãe a amamentar seu filho ao seio, a prática profissional de médicos deixa mais espaço para o que é conveniente a ele, isto é, não perder tempo com uma atividade menor – a de cuidado – uma vez que o trabalho valorizado – o parto, principalmente cirúrgico – já foi realizado. Isto gera conflitos nas práticas, pois, se os saberes deveriam ser compartilhados, as hierarquias e percepções fazem com que o trabalho interdisciplinar de cuidado da mulher parturiente não funcione, gerando tensões entre médicos e os outros profissionais de saúde.

Na mesma sequência de ideias, contaram a história de duas ACS desta Unidade, que tiveram filhas e filhos em períodos próximos, uma em um local particular, e outra pelo SUS. A mulher que foi atendida no serviço particular disse que invejava a que foi atendida pelo SUS, pois a auxiliaram com o aleitamento materno, e ela própria não teve este apoio, não conseguindo estabelecer a amamentação. Uma delas também contou a história de uma

prima, que entrou em depressão após o nascimento do filho, atribuindo isto ao fato de ela não ter conseguido amamentar. Embora as Agentes saibam que as experiências são diversas, as mães que não amamentam são divididas em duas: as que ‘não são normais’, por isso não quiseram amamentar e cumprir seu dever, e as ‘coitadas’, que não puderam ou não conseguiram amamentar, o que causa grande sofrimento, inclusive levando à depressão.

Em contrapartida, disseram que “algumas são mães *mesmo*, gostam de amamentar”, expressando a construção de que “mãe de verdade”, a “boa mãe”, cumpre com seu dever, que é amamentar, pois pensa no bem do/a filha ou filho. O cuidado também foi relatado como ‘tarefa de mulher’, pois quando a mãe é adolescente, quem passa a cuidar é a avó, uma vez que a adolescente não sabe, ou tem preguiça de cuidar e de amamentar. Quando a família é formada por pai e mãe, é a mãe quem cuida da criança. Não foram pensadas outras conformações.

A UBS Azul foi um dos locais onde a enfermeira marcou previamente um horário com as ACSs, então houve mais tempo para a conversa. Era um grupo grande e animado, muito receptivo à novidade que estava acontecendo naquele dia. Das 18 agentes do grupo total da Unidade, 14 estavam em atividade na época da pesquisa, e 12 estavam presentes no dia da conversa. Expliquei um pouco a pesquisa, e disse que precisaria das informações sobre as mães de crianças entre 6 meses e dois anos de idade. Prontamente, elas foram pegando seus cadernos de campo para preencher as fichas com as informações que eu precisava. Enquanto isso, e conforme iam acabando de preencher, me contavam como era o trabalho delas com estas mães.

Inicialmente, disseram que as mães saem do Hospital “sabendo amamentar”, elencando isto como um benefício do serviço de saúde público no município. Contaram como é realizado o trabalho que ensina a mãe, no pós-parto, a oferecer a mama para a criança, e como se estabelece o aleitamento materno. Com um pouco mais de conversa, uma delas disse que muitas vezes “falta paciência para a enfermeira do Hospital”, que não ensina direito. Discordando da colega, outra Agente contou a história de uma das mães atendidas por ela, que não teve alta enquanto não conseguiu amamentar. Neste momento, todas conversaram sobre o assunto, e entraram em um acordo de que depende da enfermeira que está de plantão no Hospital; algumas ensinam bem, outras não. Acabaram por formular uma solução viável para resolver esta situação, que seria ter uma pessoa no Hospital, o tempo todo, só para esta tarefa.

Desta forma, retiraram totalmente a participação da mãe, a pessoa que de fato acabou de parir seu filho ou filha, da iniciativa para as práticas que serão tomadas a partir de agora. Instituíram que o aleitamento materno depende do serviço de enfermagem, e de como é realizada a abordagem à mãe, que apenas reproduz. Esqueceram que ensinar não é escutar, e que ouvir não significa colocar em prática. Desconsideraram que o significado que uma coisa possui para uma pessoa é resultado das distintas formas de atuar de outras pessoas em relação a esta coisa. O significado é um produto social, uma criação que emana de algo e das atividades definidoras dos indivíduos na medida em que eles interatuam, em uma teia de interdependência de indivíduos em permanente mudança e movimento.

Contam como vitória sempre que o aleitamento materno é estabelecido. Uma das agentes relatou o caso de uma mãe que estava com os seios doloridos e muito inchados, e dizia que não queria mais amamentar por causa da dor. A enfermeira e a Agente foram seguidamente até a casa desta mãe, insistiram e auxiliaram nos cuidados ao seio até que ela conseguisse voltar a amamentar. A vontade da mãe de não amamentar, e principalmente seu relato de dor, não apenas não foi ouvida, ela era ininteligível para as profissionais de saúde, que consideraram que a solução para o problema é sempre a recondução adequada do aleitamento materno.

As profissionais de saúde se apoiam em normas do Ministério da Saúde e suas estruturas de base, em orientações do que é preconizado de forma geral para as mulheres que amamentam, em um sentido abstrato. As percepções do vivido no concreto escapam às traduções e à rede de significados que se pode fazer em relação à prática da amamentação, dando lugar a uma imposição cega da norma, ao invés de uma interpretação ou tradução para a vida real.

Paralelamente, as agentes contaram suas próprias histórias como uma diferente da outra. Cada mulher ali havia tido uma experiência diferente de maternidade. Cada filha ou filho que tiveram foi relatado como diferente do outro, para cuidar, dormir, comer, mamar. Contaram histórias de suas filhas e filhos que mamaram até 4 anos de idade, e de filhas e filhos que nunca pegaram o seio. Mas as recomendações passadas para as mães seguem sempre a mesma cartilha, e não há possibilidades de outra situação que não a busca pela manutenção da amamentação a qualquer custo, pois, segundo as Agentes, as informações passadas por elas para as mães são as mais importantes para as crianças. Além disso, defenderam que a mãe que não amamenta está perdendo a chance de ter um vínculo maior com sua filha ou seu filho.

A experiência das Agentes na relação com seu trabalho mistura sua vida prática com os conteúdos vividos no seu trabalho e na sua vida pessoal. É uma relação bastante fluída e incoerente entre o preconizado e o experienciado. O conhecimento tem valor também pessoal, pois é relativo ao seu trabalho e seu sustento. Porém, na necessidade da vida cotidiana também aparece o lugar da reflexividade, em que a tomada de decisão coteja outras possibilidades, para além do preconizado. Elas parecem se apoiar entre si e aceitar as justificativas das colegas de trabalho para o não seguimento da norma. A mesma empatia não serve para as mães atendidas por elas, quando estão no papel de Agente de Saúde.

Sobre a receptividade das informações que estão oferecendo para as mães, consideraram que algumas escutam o que elas orientam, e outras não. Algumas mães, principalmente as que tiveram o primeiro filho, perguntam tudo. “Qualquer dorzinha querem saber. Mandam até mensagem no celular”. Outras não agem assim. Contaram achando uma afronta uma mãe da área que não queria nem receber as Agentes em sua casa, dizendo que já havia criado muitos filhos, e não precisava de aconselhamento. As Agentes sabiam que esta mãe oferecia mingau de farinha para uma criança de poucos meses, e haviam tentado conversar com ela sobre as consequências danosas desta prática, sem sucesso, pois a mãe preferia acreditar em sua experiência pregressa para cuidar do bebê. As Agentes que estavam a par desta história ajudaram a contá-la, e as demais se espantaram com a situação que as colegas estavam enfrentando.

Aqui vemos verdades e reflexividades em conflito. Ao mesmo tempo em que as Agentes têm suas práticas fluídas por suas experiências e redes de interdependência, assumindo que cada criança exige um tipo de cuidado diferenciado, a valorização de sua profissão está em maior escala quando se relacionam com a população. Tais profissionais poderiam ser agentes de tradução entre o saber especializado e a experiência das mulheres, mas em suas narrativas separam amplamente estas duas coisas, justificando suas próprias práticas, e exigindo das mulheres atendidas por elas uma prática coerente com a norma, veiculada por elas.

Também atribuíram à “falta de paciência” da mãe que acaba por oferecer a mamadeira antes do recomendado por elas, quando o bebê chora muito, ou quando incomoda à noite. Disseram que as mães explicam a interrupção do aleitamento materno dizendo que não têm mais leite, que o leite é fraco e que a criança não quis mais; mas que “provavelmente o que falta é paciência”, e então as mães “logo começam a dar

mamadeira”. Na opinião das Agentes, atualmente, tudo é mais fácil no cuidado de uma criança. O uso da fralda, o acesso ao leite em pó, a chupeta, fazem com que a mãe se sinta segura em interromper a amamentação. A palavra “paciência” foi reiteradamente pronunciada pelas Agentes, que atribuíam sempre à falta dela o insucesso com a amamentação, culpabilizando a mãe, sem trazer a tona as novas dificuldades, que não existiam no passado, e as exigências externas que invadem a autonomia da mãe. É uma forma de renaturalização do papel de mãe, e os fatores externos apenas demonstram o que seria uma falta de virtude materna. Constroem desta forma um sujeito incapaz e estigmatizado – a mãe preguiçosa.

Outra mudança temporal apontada por elas foi o cuidado das crianças pelas avós, o que não teve uma conotação positiva, ignorando as redes de cuidado familiar e comunitário que se fazem e as necessidades de diversas mulheres e famílias. Consideram que as mães estão ‘deixando’ ou ‘abandonando’ seus filhos e filhas com as avós, ao invés de cuidarem elas próprias, o que é comentado como crítica à “preguiça” da mãe, e não necessidade de se recorrer a uma rede de apoio. Desta forma estão na contramão dos arranjos de cuidado que hoje se vê em muitos contextos, e não se sentem parte, elas mesmas, desta rede de apoio que se faz.

As Agentes dizem que atualmente as avós estão responsáveis pelas crianças, fato que não acontecia antigamente. Uma das Agentes, entretanto, disse que isto era inevitável, pois as mães tinham que trabalhar, por isso deixavam seus filhos com as avós. Contrariando esta colocação, outra Agente disse que a maioria não precisava trabalhar, pois não utilizavam o dinheiro para comprar comida, e sim para comprar supérfluos, como roupas para elas mesmas e roupas para os filhos, portanto, podiam ficar em casa ao invés de trabalhar. Esta visão extremista da divisão sexual do trabalho não foi compartilhada pelas demais colegas, mas que, longe de defender o direito igualitário da mulher no mercado de trabalho, discordaram com a definição de ‘necessidade de trabalhar’ dada pela colega. Pontuaram que se a mulher trabalha fora é porque precisa. Se não fosse a necessidade, a mulher ficaria em casa com as filhas e filhos.

Desta forma, a mulher precisa recorrer a uma rede de solidariedade para auxiliá-la no cuidado com a criança. Segundo as ACSs, o mais comum de acontecer é a avó ou a tia da criança ajudar quando a mãe precisa, o que é visto com naturalidade pelas Agentes, ou seja, o cuidado é ‘tarefa de mulher’. Instigando um pouco, perguntei sobre o auxílio dado pelo pai, e as Agentes concordaram que “são as mulheres, mesmo, que cuidam disso”.

Uma ACS, mais velha, disse que seus filhos, que são pais, auxiliam suas esposas. Segundo ela, “são pais, *mesmo*. Trocam fralda e tudo”, mas que na população coberta por ela, isto não acontece. Os homens não auxiliam, ou auxiliam nos primeiros 7 dias, “até cair os pontos, depois a mulher tem que se virar sozinha” – evidenciando o cuidado, do bebê e da casa, como ‘tarefa de mulher’, e a participação masculina como ‘ajuda’, e que, quando ocorre, é um ato valorizado.

Na UBS Lilás, do grupo com 14 ACSs, no momento da pesquisa, 3 estavam em férias, uma em licença e uma em curso. As outras 9, em exercício, participaram da reunião no dia em que foi marcado para a conversa. Nesta Unidade, as Agentes preferiram conversar neste dia, e completar as listas com as informações nos próximos dias da semana, marcando comigo um novo momento para que eu pudesse coletar estas listas de informações.

Começaram contando que naquela área a maioria das gestações não são planejadas, e de mães que não trabalham e não estudam, o que configuraram como “cultura de não estudar”. Contaram que ali há muitas mães adolescentes, e que não amamentam porque têm vergonha, e porque adolescentes “não estão preparadas para sofrer o que tem que sofrer [com a amamentação]”. Discutiram, portanto, o sofrimento como inerente à amamentação, da mesma forma com que as representações construíram uma imagem de obrigatoriedade da mesma, pois a construção social e médica primordial a respeito do aleitamento materno é que amamentar é bom. A necessidade de amamentar e o sofrimento com a prática estão, portanto, ligados à maternidade intrinsecamente, e devem ser acolhidos (ou tolerados) pela mulher desde a gestação (ou antes da mesma).

Declararam ter a impressão de que quanto mais pobre a família – em que a mãe deveria amamentar para diminuir os custos com fórmula infantil – menos ocorre o aleitamento materno. Disseram que adolescentes não escutam, não acreditam que o leite materno é suficiente para a criança até os seis meses de idade. As mães contrapõem com argumentos como “o leite não sustenta” e “meu leite secou”, o que, na opinião das Agentes é preguiça, pois “ninguém quer dar de mamar de duas em duas horas”. Embora tenham considerado que é mesmo muito difícil dar de mamar conforme este preconizado de “duas em duas horas”, contaram histórias do quanto o leite materno é importante, e deixa a criança forte, dando exemplos de conhecidos que mamaram ao seio até os 4 ou 5 anos de idade, e até mesmo uma criança que mamou até os 13 anos (o que, imediatamente, todas as Agentes consideraram “estranho” e “feio”).

Justificaram que, para a mãe que trabalha fora, é muito difícil atender ao recomendado. Contaram que na área, as poucas mães que trabalham fora, introduziram rapidamente a mamadeira, pois “não tem como”, não dá tempo porque trabalham longe. Ao mesmo tempo, elogiaram a colega presente que continua a amamentar seu filho tendo recentemente voltado de licença maternidade, e utiliza seus horários vagos para ir até sua casa amamentar.

Embora enfatizem a importância do aleitamento materno conforme o preconizado pela saúde, problematizaram um pouco mais as questões pessoais, a individualidade da mãe e as características da criança. “A gente não segue a risca o que o médico fala, porque cada criança é uma criança”. Durante toda a conversa citavam a teoria com muita propriedade. Falavam sobre leite anterior e posterior, sobre as recomendações por faixa etária, sobre o estímulo do bico do seio, entre outras recomendações, mas arremataram: “não depende da gente, depende da criança”. Outra Agente disse que tem mãe que não tem leite, mesmo, o que não foi contrariado pelas colegas. Esta afirmação, entretanto, é altamente combatida pela ciência médica, que prega que toda mãe é fisiologicamente capaz de produzir o leite necessário à criança que gerou.

A todo momento estas Agentes estão invocando o sentido que se faz necessário para a situação. Se elas estão falando de seu trabalho, da relação com as mães enquanto profissionais de saúde, dão importância ao conhecimento institucionalizado e ao que as valoriza como trabalhadoras e inseridas em um sistema hierárquico validado. Se estão contando suas experiências, e sentimentos e opiniões, a reflexividade leva a experiência para outra esfera, em que as possibilidades são revisadas pela necessidade, e a tomada decisão fica mais livre do que norma.

Assim como o relatado pelas Agentes das Unidades Verde e Azul, as Agentes da Unidade Lilás contaram que as mães adolescentes e as mães que trabalham fora deixam seus filhos com as avós, ou com as tias. Algumas pagam para vizinhas. Poucas conseguem creches para crianças até 2 anos. Disseram que já viram casos de mães que deixam as crianças sozinhas, “sem comida, sem nada”. Uma Agente explicou: “tem mãe, e tem parideira”, diferenciando o momento biológico das obrigações que são colocadas com a maternidade, não eximindo, no entanto, a mulher de culpa pelo abandono da criança, quando se trata da “parideira”. De qualquer forma, apontaram as dificuldades das famílias monoparentais, o que é maioria na área, e as poucas possibilidades de sair desta situação: a mãe “não trabalha, não estuda e não tem marido. Quer dizer, não tem perspectiva”. Uma

das Agentes disse que as famílias que ela atende são diferentes: “graças a Deus, que na maioria a família é completinha: pai, mãe...”. Novamente o tema da divisão sexual do trabalho aparece na fala das Agentes, aliado à conformação tradicional de família, no sentido de que a família é ‘normal’, “completinha”, quando composta por pai que trabalha e mãe que cuida das filhas e filhos.

Embora tenham falado sobre sofrimento, sobre as dificuldades enfrentadas pela mãe que amamenta, principalmente quando trabalha fora de casa, e problematizado a dificuldade de seguir a recomendação médica, a falta de paciência foi várias vezes levantada como a causa da interrupção do aleitamento materno. Também consideraram que tirar do peito não é fácil. As mães recorrem a uso de chá de boldo, passam rímel no peito, dizem para a criança que o seio está machucado, entre outras estratégias.

Na Unidade Laranja, onde meu acesso às Agentes foi negado, equipe de ACS estava com 10 Agentes em exercício, das quais 7 completaram a lista com as informações solicitadas por mim, por intermédio das enfermeiras. Esta é a segunda maior Unidade com ESF em número de crianças menores de dois anos do município, e as listas de mães fornecidas pelas Agentes foram as mais extensas e com informações mais completas, comparadas às demais Unidades.

Na UBS Amarela, das três enfermeiras, apenas uma conversava comigo durante as visitas na Unidade, e ela preferiu não se envolver no agendamento para a conversa com as Agentes. As duas outras enfermeiras encontraram-me posteriormente, quando eu ia buscar as listas de mães com as Agentes. Todas sabiam da pesquisa, e não se opuseram à participação, mas também não facilitaram meu acesso às ACSs. Apresentei-me às Agentes, e marquei um horário propício para elas, para a conversa.

No momento da pesquisa, estavam em exercício 10 Agentes, havendo grande discrepância entre as diferentes equipes. Uma das enfermeiras relatou que uma das equipes estava com apenas uma Agente há um ano, e outra área foi considerada por ela como muito organizada, pois atuava na mesma região há 4 anos. Relatou vários problemas, como ACSs que “ganham mesmo sem trabalhar”, e do excesso de trabalho, pela região ser muito extensa.

Na conversa com as Agentes, contaram que as principais orientações que passam para as mães de crianças pequenas são dar o peito por no mínimo 6 meses e a importância das imunizações e pesagens regulares, para que a criança cresça saudável. Disseram que, de qualquer forma, as imunizações e pesagens são mantidas em dia pelas mães, pois, do

contrário, perderiam o benefício do Programa Bolsa Família. Então, a orientação mais enfática tem que ser sobre a importância do aleitamento materno. Na percepção das Agentes desta Unidade, a interrupção precoce do aleitamento materno não se configura em um problema, já que a maioria das mães desta área não trabalha fora, então tem tempo para amamentar, e não tem outras preocupações. Disseram que o aleitamento é realizado normalmente até os 8 ou 9 meses da criança, sendo que muitas mães chegam até os dois anos.

A introdução da mamadeira, segundo as Agentes, acontece quando a mãe quer ter mais tempo, o que ocorre por dois motivos. Ou precisam de mais tempo para limpar a casa, ou querem mais tempo livre, porque tem preguiça. Em contraposição, ponderaram que os primeiros meses cuidando de uma criança “são terríveis”, pois é muito trabalho, a mãe enfrenta muitos medos, e a criança pode ficar acostumada com o colo, o que dificulta a vida da mãe, para a realização das suas atividades domésticas. Neste sentido, uma das Agentes, que é avó de um bebê, contou sobre sua filha, mãe da criança, que ela considera que “não nasceu para ser mãe”, pois não quer fazer tudo o que ‘uma mulher precisa fazer’. Contou que enquanto o bebê dorme, ao invés de aproveitar para limpar a casa, ela dorme junto com a criança. Além disso, a filha se recusa a permanecer em casa, quer sair passear, dizendo que não vai deixar de ser feliz por causa de um filho. Estas atitudes de sua filha deixam a Agente desconcertada, pois a mãe não está ‘cumprindo seu dever’, além de não entender a não realização dela na maternidade, pois “pra quê felicidade maior que um filho?”.

Na Unidade Vermelha, a enfermeira apresentou-me ao grupo de ACSs, e eu pude combinar com as próprias um momento adequado para conversarmos. Elas preferiram que eu já deixasse as folhas para que completassem as informações das mães, e no momento em que marcássemos a reunião, as listas estariam prontas. A UBS Vermelha contava no momento com 10 Agentes, sendo que as três áreas consideradas piores pelas Agentes estavam sem cobertura há 2 anos.

Igualmente ao que foi relatado em outras Unidades, por ACSs e enfermeiras, as Agentes desta Unidade iniciaram a conversa contando a diferença que sentem ao visitar mães que foram atendidas pelo SUS, ou por serviços particulares, pois nestes últimos, a fórmula infantil é introduzida nas primeiras horas de vida da criança, desestimulando o aleitamento materno. Disseram que em uma das clínicas particulares, o comum é a mãe escutar que “não adianta dar [o peito], [o leite] não vai descer”.

Contam que a maioria das mães alega ter leite fraco, que não sustenta, ou que o seio racha, como explicações para não amamentar. Consideram uma grande vantagem o Hospital Público oferecer palestras sobre aleitamento materno para as mães no puerpério, pois “o teórico dá certo, é só ter paciência”. Disseram que quem escuta a ACS agradece, mas algumas mães não consideram as informações como importantes. Em uma formulação muito parecida à outra escutada na UBS Azul, contaram com felicidade a história de uma mãe com os seios rachados, que chorava de dor, mas que com o incentivo da Agente conseguiu voltar a amamentar. Esta é uma das situações em que as Agentes consideram ter feito um ótimo trabalho, e merecem agradecimento. Em nenhum momento preocuparam-se em relatar qual era a vontade da mãe, pois o que importava era a recondução do aleitamento.

Quando contavam outras histórias, inclusive suas próprias, as Agentes oscilavam em suas opiniões, ora dizendo que “tem casos e casos, cada um tem uma experiência”, e ora dizendo que se insistir, se tiver paciência e se seguir a teoria, a criança pega o seio, e a lactação será bem sucedida, evocando elementos-símbolos culturalmente disponíveis, com representações múltipla, e neste caso, contraditórias.

Em relação ao cuidado das crianças pequenas, o mesmo relatado nas outras Unidades foi ouvido destas Agentes, no sentido de que, quando a mãe trabalha, quem cuida da criança é a avó ou uma tia. Pensando na situação das mães atendidas por elas, e também na realidade das próprias ACSs, disseram ser inviável pagar alguém para cuidar de seus filhos. Alia-se a isto a parca oferta de creches no município, o que as obriga a recorrer a estas redes de solidariedade, sempre compostas por mulheres. Porém, ponderaram ainda que atualmente as pessoas estão “pensando mais pra ter filho”, o que, segundo elas, traz um bom resultado para a organização da família.

Nas falas das ACS, observa-se que elas estão em um papel de representar uma Instituição, ao disseminar saberes institucionalizados, os quais são tidos como os mais adequados, e devem ser seguidos de maneira estrita, transportados inalterados da teoria à prática, pois são valorativamente mais adequados do que os conhecimentos tradicionais e do que as experiências delas próprias ou das mulheres atendidas por elas. Não tratam de um conhecimento emancipado, agem em nome da Instituição, em uma ação estruturada, e algumas vezes chegam a agir com violência, em nome deste saber institucionalizado. Deixam transparecer insatisfação quando não são valorizadas em seu trabalho, isto é, quando as mães não seguem suas recomendações, e também com a hierarquização dos

profissionais da área da saúde, como quando ficam sabendo que estes outros profissionais (médicos, em sua maioria) dão outros tipos de orientações, como a indicação de uma fórmula infantil.

Na vida pessoal, entretanto, verifica-se que a experiência da Agente a coloca em outro lugar, que possibilita a flexibilização da norma e a percepção de que cada pessoa tem um lugar diferente, e cada criança colocará desafios diferentes às diferentes famílias. A reflexividade sobre sua maternagem segue o adequado para elas, na vida pessoal. Esta percepção fica invisibilizada quando falam com as mães como profissionais, a partir do conhecimento instituído, e a partir de um saber previamente compartilhado na concepção de saúde e nutrição.

As Agentes representam, desta forma, a discrepância de discursos e a impossibilidade de diálogo, pois foram formadas para um discurso que suas próprias práticas não corroboram. Há um descolamento do discurso médico da realidade social, na figura da ACS. Os saberes estão em conflito nas próprias condições em que as normatizações se dão, em cuja construção as ACSs também são parte, retratando a complexidade dos processos de negociações contínuas das pressões externas e resistências internas.

As falas das ACSs transparecem também que compartilham de algumas lógicas culturais de divisão sexual do trabalho, de cuidado como tarefa feminina, de essencialização da mulher e de realização pessoal apenas quando a mulher se torna mãe. Estas e outras questões serão tratadas em cotejo com as análises das entrevistas.

Dentre as seis UBS visitadas, contava-se com 59 ACSs em exercício no momento da pesquisa. Destas, 43 completaram as listas de mães de crianças entre 6 meses e dois anos de idade. Além destas, as duas enfermeiras da Unidade Verde complementaram as listas de mães, pois apenas duas ACSs deste local haviam concordado em repassar tais informações. Procedeu-se a escolha das casas a serem visitadas, de forma randomizada, a partir dos critérios já descritos acima, para as entrevistas em profundidade com as mães de crianças entre 6 meses e dois anos de idade, das seis UBS integrantes da ESF. Os capítulos que se seguem fazem a análise de conteúdo destas entrevistas.

3.3 IDENTIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES E SEUS FILHOS E FILHAS

Foram visitadas 12 mulheres, mães de crianças entre seis meses e dois anos, sendo uma da Unidade Verde, três da Unidade Azul, uma da Unidade Lilás, três da Unidade Laranja, duas da Unidade Amarela e duas da Unidade Vermelha. Para se conseguir o momento de conversa, em algumas casas foram necessárias visitas prévias, para apresentação da pesquisa e da pesquisadora, e agendamento de um horário conveniente para a mulher. Em outras casas, a entrevista ocorreu já no primeiro encontro. Para a realização da entrevista, o número de visitas em cada casa foi de uma a três, e o tempo de entrevista foi variável de 35 minutos a 3 horas. Em alguns locais a conversa ocorreu em local privado, apenas com a pesquisadora e a mãe; em algumas, a criança permanecia presente; e em outras, havia outros parentes, como avós, bisavós, tias, irmãs e irmãos, filhos e filhas menores. As especificidades de cada entrevista estão descritas a seguir.

Todos os nomes das entrevistadas, suas filhas ou seus filhos e seus/uas familiares citados foram trocados, a fim de garantir o anonimato de todas as pessoas envolvidas na pesquisa. A criança de seis meses a dois anos, buscada para as reflexões acerca do aleitamento materno, será tratada pelo nome codificado, mencionado a seguir. Os demais filhos das mulheres entrevistadas são descritos por sua ordem de filiação ([primeiro filho], [segunda filha], [filho do meio], e assim por diante), e não por nomes, para evitar confusões com a criança em destaque para a pesquisa. As avós e bisavós nomeadas foram as que participaram ativamente da entrevista. As demais pessoas citadas nos relatos das entrevistadas são mencionadas a seguir como “mãe”, “sogra”, “avô”, “avó”, “pai”, “tia”, “irmã”, “prima”, entre outros, conforme a presença destas pessoas no cotidiano da mulher entrevistada.

- Laís, 25 anos, mãe de Ana Cláudia, de 1 ano e 1 mês. Além dela e da filha, moram na mesma casa seus pais e um irmão. Uma de suas irmãs mora na casa ao lado, e sua sobrinha permanece a maior parte do dia na casa de Laís, e a ajuda a cuidar de Ana Cláudia. Laís ainda amamentava Ana Cláudia. No momento da pesquisa não trabalhava nem estudava fora. Já no primeiro contato Laís concordou em participar da pesquisa e me atendeu, na sala da sua casa, onde permaneceram sua mãe e sua

sobrinha, mas elas não participaram da conversa. Quando me dirigi à mãe de Laís, ela respondeu rapidamente, e se calou em seguida.

- Suzana, de 21 anos, mãe de Ricardo, de 1 ano. Estava temporariamente morando na casa de sua mãe, Margarida, porque havia recém rompido o relacionamento com o pai de Ricardo. Neste domicílio moravam a mãe e o padrasto de Suzana, seu filho e quatro irmãos, um adolescente de 17 anos, uma menina de 5 anos e gêmeos de 3 anos. No mesmo terreno mora também a família de sua tia, que possui dois filhos, sendo um recém-nascido. No momento da pesquisa não trabalhava nem estudava fora. Esta entrevista foi feita em vários momentos, pois na primeira vez que fui até a casa, Suzana estava muito emotiva com o término do relacionamento. Conversamos um pouco, iniciei a entrevista, mas algumas perguntas poderiam ser respondidas por ela sob o prisma daquele momento, então combinamos uma outra data. Em sequência, continuei a entrevista em outro dia, em que ela estava visitando sua mãe, pois havia voltado a morar junto com o pai de Ricardo. Na terceira visita para finalizar a entrevista, Suzana estava novamente morando com sua mãe. As conversas ocorreram na sala da casa da sua mãe, e algumas vezes Margarida estava presente, e participava da conversa, e contava também sua experiência, de mãe de sete filhos, com diferença de vinte anos do primeiro para os últimos. Suzana ainda amamentava Ricardo, e durante todos os momentos de entrevista ela oferecia o seio inúmeras vezes ao filho.
- Andréa, de 39 anos, mãe de Pedro Augusto, de quase dois anos, e também de três meninas de 20, 17 e 16 anos, e outros dois meninos de 15 e 7 anos. Os cinco primeiros filhos são de um relacionamento anterior, e Pedro Augusto de um outro relacionamento, passageiro, segundo ela, que acabou quando ela descobriu que estava grávida. Moravam com ela apenas os dois meninos menores e a filha mais velha. As meninas de 16 e 17 anos moravam com seus companheiros, sendo que uma delas estava grávida, e o filho de 15 anos morava com o pai. Ela ganhava pensão pelos dois filhos menores e trabalhava como operadora de caixa. Foram necessárias várias visitas à Andréa até que ela estivesse segura de me receber em sua casa. Quando concordou, foi bastante receptiva e aberta para contar sua história. Conversamos na cozinha de sua casa, enquanto os filhos pequenos e duas

das filhas ficaram no outro cômodo da casa, que servia de sala e quarto. Pedro Augusto foi amamentado até os 10 meses de idade.

- Joana, 25 anos, mãe de Marco Antônio, de 6 meses recém completos, com seu atual marido, e de uma menina de 6 anos, da qual não teve a presença do pai, desde a gestação. Joana, o marido e os dois filhos moram na casa dos sogros. Joana não trabalhava nem estudava fora no momento da entrevista, mas pretendia voltar a estudar e terminar o curso de técnico de enfermagem. Marco Antônio foi amamentado ao seio até os dois meses e meio de idade. Joana recebeu-me na primeira visita. Segundo ela, seu trabalho é cuidar de Marco Antônio, e o da sua sogra é cuidar da casa; por isso ela podia conversar comigo, já que o bebê já havia mamado e estava dormindo. Seu marido trabalhava fora de casa e seu sogro era aposentado.
- Melissa, de 31 anos, é mãe de Olívia, de 1 ano e meio, e de outras duas meninas, uma de 8 anos, de um primeiro casamento, e outra de 2 anos e 4 meses. O pai das duas meninas menores disse para Melissa que era vasectomizado, então ela engravidou sem querer. Ela está na justiça por pensão das filhas e por reconhecimento de paternidade de Olívia. Além dela e das três meninas, o pai de Melissa mora na mesma casa. Ele é aposentado, e ela trabalha como diarista. Melissa não amamenta Olívia. Foram necessárias várias visitas à casa de Melissa para conseguir um momento de entrevista. Ela marcou e desmarcou várias vezes, devido ao seu serviço com dias e horários variáveis, e a sua indisposição a conversar depois de um dia de trabalho. Finalmente, consegui encontrá-la em casa em uma tarde, e conversamos na cozinha de sua casa, enquanto as três meninas assistiam televisão na sala.
- Valentina, 39 anos, mãe de Adão, de seis meses, de um casamento recente. Do primeiro casamento, tem dois meninos de 15 e 9 anos, e uma menina de 7 anos. O atual esposo de Valentina também possui outros três filhos de um relacionamento anterior. Valentina planejou a gestação de Adão, por considerar que precisava de um filho que unisse definitivamente sua família com a família do marido. Ela é técnica em contabilidade, e contou sua vasta experiência trabalhando com Recursos

Humanos em empresas. Mas, desde que casou e foi morar no município de realização da pesquisa (há dois anos) não trabalha fora. No momento da pesquisa, estava começando a fazer salgados para vender; na primeira ida à sua casa, Valentina não me atendeu porque estava preparando uma massa, mas marcou comigo para o próximo dia. Quando cheguei, todos os filhos estavam em um cômodo com o marido de Valentina, e foram orientados por ela a manterem o silêncio, o que seguiram estritamente, enquanto conversávamos na cozinha. Valentina não amamenta Adão.

- Gabriela, 30 anos, mãe de Caio de 1 ano e dois meses, e outras duas meninas de 6 e 3 anos. No momento da pesquisa morava temporariamente com o marido e os filhos na casa de seus pais, onde também morava sua irmã com mais dois filhos, de 13 e 6 anos. Estava reformando uma casa que havia alugado, próximo à casa da sua mãe, sendo que na segunda visita Gabriela já havia se mudado para a casa nova. A filha mais velha é de um “relacionamento rápido”, e a menina mais nova e Caio são do atual marido. Gabriela trabalha como diarista três dias da semana, e seu marido trabalha por escala. Caio ainda recebia aleitamento materno no momento da pesquisa.
- Bruna, de 18 anos, é mãe de Vanessa Thaís, de 1 ano e 3 meses. Moravam com elas, seu marido, sua mãe, Kátia, um irmão de 19 anos e duas irmãs, de 12 e 4 anos. Estavam morando naquele local a pouco tempo, pois Kátia havia rompido o relacionamento violento em que estava, com o pai de Bruna, e elas receberam ajuda para alugar a casa de três cômodos, onde fui recebida. Bruna e Kátia não trabalhavam ou estudavam fora, e o marido de Bruna havia conseguido um emprego naquele mês, que passaria a ser a única fonte de renda da família. Bruna não amamentava Vanessa Thaís. Após um agendamento, Bruna me recebeu, juntamente com sua filha e a irmã mais nova. Após um tempo, Kátia chegou em casa e participou da entrevista, contando também várias de suas experiências.
- Simone, 24 anos, mãe de Danilo José, de quase dois anos, e de outro menino de 5 anos. Moravam na mesma casa o pai dos meninos e sua avó, isto é, a bisavó de Danilo, Noemia. No momento da pesquisa, Simone estava construindo uma casa

para ela atrás da de Noemia, pois ela e o pai dos meninos estavam se separando. Ela não estava mais amamentando Danilo no decurso da pesquisa. Simone trabalha com limpeza, por mês, em um asilo. Cheguei à casa no fim da tarde e Noemia me recebeu, pois Simone ainda não havia chegado do trabalho, e esperamos na sala, conversando. Quando Simone chegou, concordou em me receber imediatamente, e não se importou em conversar até de noite, enquanto Noemia ora participava da conversa, ora cuidava das crianças.

- Ana Rosa, de 37 anos, é mãe de Gustavo, de 1 ano, de dois outros meninos de 6 e 18 anos, e uma moça de 20 anos, casada, que estava com um filho de poucos meses no momento da pesquisa. Moravam na casa Ana Rosa, o marido e os três filhos menores. Ela não trabalhava ou estudava fora, conta que sempre foi dona de casa. No primeiro contato com Ana Rosa, ela disse que não poderia me atender no momento, pois estava aproveitando que Gustavo estava dormindo para limpar a casa. Quando estávamos agendando uma próxima visita, Gustavo acordou, e então ela disse que não conseguiria mais limpar a casa, e então poderia conversar. Ela trouxe duas cadeiras para a área, e conversamos ali, enquanto Gustavo pedia para mamar ao seio e para descer do colo, seguidamente, por várias vezes.
- Luana, 26 anos, mãe de Camila, de 9 meses, e de outra menina, de 2 anos. Na casa moram as três e o marido de Luana. Ela me atendeu prontamente, na primeira vez que a visitei, e me recebeu na sala de sua casa, onde também estava presente um vizinho que brincava com a menina mais velha. Luana não trabalhava ou estudava fora; deixou seu trabalho como manicure para cuidar das filhas. Seu marido trabalha em escala e procura fazer ‘bicos’ para ganhar um dinheiro extra. Ele paga pensão para outros quatro filhos de relacionamentos anteriores. Luana ainda amamentava Camila, e a menina permaneceu no colo da mãe o tempo todo, pedindo para mamar frequentemente.
- Fernanda, de 21 anos, é mãe de Joaquim, de 1 ano. Moram apenas ela e o filho, mas visita sua mãe todos os dias, com quem passa as tardes. Trabalhava em uma padaria, que faliu, então ficou desempregada duas semanas antes do momento da entrevista. Estava começando a trabalhar por dia, com faxina nas casas de pessoas

conhecidas. O pai de Joaquim, de quem havia se separado a pouco tempo, pagava pensão, e a mãe de Fernanda oferecia outros tipos de auxílio, como alimentação para ela e Joaquim durante o dia. Joaquim não era mais amamentado ao seio no momento da pesquisa.

No Anexo IV consta um quadro com as informações sobre as mulheres participantes, de forma resumida, para facilitar a consulta durante a leitura dos próximos capítulos, onde as menções às mulheres e suas falas serão frequentes.

Nos capítulos a seguir apresentaremos as categorias de análise que emergiram das entrevistas, a partir das falas das mães, e sua discussão em profundidade. Os pontos foram organizados em dois grandes temas: 1) Aleitamento Materno e Cuidado: Experiências, Necessidades e Urgências; e 2) O Trabalho do Cuidado e as Relações de Gênero.

O primeiro tema trata das falas sobre o aleitamento materno (a valorização e os conflitos com a recomendação médica, a experiência e outras falas, o aleitamento materno como organizador da rotina e o desmame) e da maternidade como lugar na família e o aleitamento materno como sentimento (abarcando as representações sobre as necessidades de uma criança e de uma mãe). O segundo grande tema trata sobre o cuidado de crianças (o cuidado como trabalho gendricado e as redes de solidariedade) e as relações entre o pai, a mãe e a divisão sexual do trabalho do cuidado (a participação do pai e a divisão sexual do trabalho).

4 ALEITAMENTO MATERNO E CUIDADO: EXPERIÊNCIAS, NECESSIDADES E URGÊNCIAS

O “conhecimento vivido” das mulheres é [...] o reconhecimento de que sua subjetividade lhes vem sendo negada, de que sua identidade vem sendo invalidada de diferentes formas.

(Flávia Biroli)

As experiências das mulheres com o aleitamento materno e o cuidado possuem relação de interdependências, conexões e conflitos com a recomendação médica, com as experiências prévias e atuais, e com as relações com outras pessoas e familiares, que são levadas em consideração para a tomada de decisão acerca da amamentação, seu modo de praticá-la ou interrompê-la e seus modos de exercer a maternagem.

A maternidade se constitui como um lugar possível para muitas mulheres, na família e na sociedade, limitante de sua autonomia como ator social e político, mas que abarca a extração de prazer, no reconhecimento do bem cuidar e em algum tipo de poder na relação com os filhos e outros membros da família, quando assumem suas próprias decisões na maternagem, em conflito ou concordância com as normas médicas, culturais, sociais ou familiares.

Decorrente da medicalização do parto e da naturalização da maternidade, o setor saúde encontra-se atualmente atrelado à maternidade e às formas de cuidar e amamentar. Neste capítulo discutiremos as formas com que as mães acolhem ou rejeitam as normas médicas frente às dificuldades da realidade cotidiana, criando um mosaico de possibilidades quando conecta com seus saberes, e seu empoderamento, com as dinâmicas culturais e familiares, conforme sua necessidade e/ou subjetividade.

4.1 AS FALAS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

4.1.1 Valorização e conflito com a recomendação médica

Uma das formas de interação pelas quais passam as de mulheres que serão mães se dá com o setor saúde. Sendo as participantes desta pesquisa incluídas na ESF, as recomendações padronizadas deste setor chegam a elas pelas ACSs, pelos profissionais de saúde da UBS e pelo médico que faz o pré-natal. Na maternidade, no pós-parto, as informações sobre cuidado da criança e aleitamento materno são lembradas para as mães pela equipe de saúde.

A recomendação biomédica sobre o aleitamento materno (aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementar até os dois anos ou mais, e as formas de se alcançar isto), em teoria, é aceita e reproduzida por muitas das mulheres entrevistadas, que reconhecem sua importância, e referiram gostar de receber informações sobre cuidado e aleitamento materno.

Eles falam sobre como que tem que amamentar, que o leite materno é essencial, né, até os 6 meses, que não precisa dar mais nada, que é bom pra tudo, pra infecção... (...) [e] que a gente tem que amamentar até os 2 anos. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

Referiram que receber estas informações é “aproveitar” e “aprender” o que estes profissionais sabem, e verbalizam que o aprendido faz parte de um ideal. Joana diz que “ia sempre no postinho, porque tinha palestra das gestantes, daí eu sempre estava lá, para ver a amamentação, como que era o ideal. Na verdade eu me sentia aproveitando do que eles sabiam para eu aprender”. (Joana, 25 anos, 2 filhos).

Duas das entrevistadas haviam passado pelo curso de técnico de enfermagem; uma concluiu o curso, e outra paralisou para cuidar do filho mais novo quando ele nasceu. Ambas relatam o saber institucionalizado como importante e fonte de experiência para o cuidado de seus próprios filhos.

A minha sorte é que eu tenho um curso técnico de enfermagem, então aí fiz estágio, fiz estágio na área de pediatria, então eu já sabia cuidar bem do bebê nesse sentido, não porque eu tinha experiência com bebê, mas porque eu tive que aprender, pelo fato do curso, né. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Anteriormente à vivência como mães dentro de uma estrutura de Saúde, estas mulheres pertencem a uma cultura onde a amamentação é valorizada em princípio. Amamentar é bom. E é algo que as mães fazem. A partir disto, escutam e tentam apreender a teoria de quem tem o conhecimento socialmente válido a respeito do tema. A reprodução do discurso biomédico teórico, de caráter abstrato, tal e qual é veiculado, não é rara, bem como o reconhecimento verbal da importância do saber institucionalizado. Mesmo quando sinalizam que estão dando suas opiniões, as frases demonstram a colonização do discurso médico no imaginário sobre o ideal em aleitamento materno.

Eu penso que [o leite materno] é excelente, né, para as crianças, é excelente. Eu continuaria dando, porque é muito bom, excelente, já assisti a palestras que [diziam que] **até os seis meses** é muito bom dar só o leite materno. (Joana, 25 anos, 2 filhos, grifo nosso)

No mínimo, eu acho assim... no mínimo, no mínimo, no mínimo, **seis meses**, que é o importante, assim. Depois o bebê já tem que comer... já vai se alimentar, né. Daí **até seis meses não é necessário dar água**, né, **não é necessário nada**, de tão importante que é o leite, né. Seis meses o bebezinho não precisa de nada! Então eu acho no mínimo seis meses, mas eu acho que o ideal, se a mãe pode, quem pode e não trabalha, tem todo esse tempo para o bebê, para a criança, eu acho que dá para **amamentar até os dois [anos]**, tranquilo. (Melissa, 31 anos, 3 filhas, grifos nossos)

até os dois anos a criança ainda depende, né, de leite, e a criança fica imune a outras doenças, porque o leite do peito, ele ajuda um pouco, né, e até dois anos a criança é meio fraquinha, né. (Andréa, 39 anos, 6 filhos, grifo nosso).

A colonização da vida das mulheres mães pelo discurso médico está presente no discurso e, pelo menos em parte, na prática destas mulheres, como uma parcela das técnicas de biopolítica dos corpos. A colonização faz parte do modelo de ciência que organiza quem está dentro e quem está fora do conhecimento hegemônico, quem pode falar sobre o que, pois detém o conhecimento verdadeiro. (SANTOS, 2000). A ciência médica desta forma vive e se desenvolve de forma circular e autorreferida, mantendo o conhecimento destas mulheres, e suas experiências, fora do reconhecido como importante.

Ao mesmo tempo, os médicos são profissionais com competência técnica organizada socialmente da maneira a que Giddens (1991) conceitua como “sistemas peritos”, que detém um conhecimento que as outras pessoas não possuem, mas requer a necessidade de confiança, que se baseia também na expectativa prévia em relação ao funcionamento do sistema perito, ou na consciência geral sobre como se espera que ele

funcione. O sistema joga com suas fichas simbólicas para que seja reconhecido como conhecimento confiável, utilizando-se do não conhecimento pleno dos procedimentos a serem empregados pelo perito. O leigo, neste caso as mães, possuem sua agência reflexiva ao assumir riscos na escolher pela confiança na orientação do perito. (GIDDENS, 1991).

Giddens (1991) ainda afirma que a defesa das reivindicações da razão, como o saber científico da medicina, e o conhecimento reflexivamente aplicado são constituintes das instituições modernas. É desta forma que a medicina também colonizou a vida cotidiana, com a democratização de conceitos que, embora não possam ser precisamente definidos, foram apropriados por membros leigos da população, que os utilizam implícita ou praticamente.

Esta democratização não ocorre da mesma maneira para as diferentes pessoas, e no caso dos conceitos da medicina, são utilizados para arrancar a confiança e capturar a experiência das mulheres. Mantém-se a importância do discurso da medicina, que coloniza a vida cotidiana, desvalorizando o saber prático destas mulheres. Em uma primeira análise, vemos que na verbalização, elas reproduzem as normas de aleitamento materno providas da instituição saúde, considerando, a princípio, como as mais adequadas.

Também foi verificado o reconhecimento de importância do discurso médico na sensação de se estar cumprindo o dever, pelo menos externamente:

Eu fui uma vez só na palestra lá no [hospital] sobre amamentação também. Eu fui porque elas [técnicas de enfermagem] falaram, insistiram pra eu ir, porque estava no horário, ele já tinha mamado, né, daí: “Vai lá mãezinha, vai lá, tirar alguma dúvida”, “Tá bom, eu vou”, mas eu já sabia alguma coisa, já. Fui, assim, mais porque elas pediram. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Se as orientações não se fizeram presentes na prática, a valorização daquelas está implícita em atos como o de Joana, que faz o que lhe pediram no hospital, mesmo com a percepção de que não seria tão interessante para ela, pois ela tinha o conhecimento institucionalizado por ter frequentado um curso de técnica de enfermagem. Externamente, entretanto, considerou que seus atos deviam condizer com o de “boa mãe”, que no caso, englobava receber as informações adequadas em relação ao aleitamento da criança.

A nomenclatura médica acaba por povoar as explicações das mulheres em relação ao aleitamento materno, e a medicalização do processo também pode ocorrer, como no caso de Melissa, que relata não ter produzido leite suficiente no puerpério das três filhas.

Da Olívia, ela foi a que mais amamentou, consegui amamentar até três meses. Mas eu tenho um **problema fisiológico** assim com... não consigo produzir leite, então, das minhas gestações... os bebês nunca passam de três meses. Isso porque eu tomo remédio, vou ao médico, pego, tomo remédio pra produzir, né, o leite... e não tenho. (Melissa, 31 anos, 3 filhas, grifo nosso)

O uso da linguagem médica também é usada como forma de se reapropriar de sua experiência, e de tentar buscar sua agência (EUGENI, 2011). Melissa relata um pouco sobre estes problemas fisiológicos, e conta como eram as conversas com o médico, que a incentivava a utilizar medicamentos, beber muito líquido e se alimentar bem, para produzir leite.

ele [médico] me deu um remédio, “Olha, esse aqui. Vai continuar tomando os dois litros de água... toma três. Você está amamentando, toma três”. E eu, dá-lhe água, água, água... Aí eu tomei o Plazil[®], ele produz a prolactina, né. Plazil[®], né? Esse pra enjoio, bem simples, remédio simples, daí melhorou, consegui amamentar mais um mês. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Melissa termina concluindo que tais estratégias não funcionavam, e que provavelmente não produzia leite suficiente por “questão emocional”, pois ela ficava muito nervosa e cansada cuidando de cada uma de suas filhas. Explica-se, portanto, de duas formas diferentes. Uma utilizando a colonização pelo discurso médico (“problema fisiológico”, “produz a prolactina”), e outra baseada nas suas percepções e sentimentos (“questão emocional”), sem que para ela estas explicações sejam contraditórias ou excludentes, ou ainda fora de seu corpo.

Além do uso do repasse de informações para as mães, em diferentes formas – como visitas domiciliares, consultas e palestras –, a busca pela adesão ao ideal de aleitamento materno pode abarcar outras estratégias, como por exemplo, quando o discurso médico é demonstrado na prática, como forma de ensinar o recomendado¹⁸. Suzana reconhece a importância de profissionais terem ensinado na prática como amamentar seu filho, porém não tem recordação das recomendações faladas, embora tenha participado de palestras e tenha recebido Agentes Comunitários de Saúde em sua casa durante a gestação.

Suzana – A doutora já ensinou como dar mamá, né, porque eu não sabia também. Ela pegou, pôs o peito na boca dele, e ele já pegou o peito na hora... não quis saber de chupeta, mamadeira, nada (...). Ela pôs ele no peito ele começou a chupar. Aprendeu na hora.

¹⁸ Nota-se que o médico, homem, fica responsável pela teoria, valorizada. A prática acontece a partir das “auxiliares” do setor saúde, neste caso enfermeiras e técnicas de enfermagem, mulheres.

Pesquisadora – E alguém te falou mais alguma coisa sobre o leite do peito, te ensinou mais alguma coisa?

Suzana – Não, não falaram nada sobre isso. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Laís ouviu, concorda e tenta seguir a recomendação sobre aleitamento materno que recebeu de profissionais, muito embora tenha sanado suas dúvidas com sua mãe, a respeito de queixas de dor no seio, pelo volume de leite produzido, em contraste ao pouco que a filha mamava enquanto estava internada. À tal queixa, sua mãe respondeu que “é assim mesmo”, o que parece ter feito Laís se convencer que é um sacrifício comum a todas as mulheres, pelo bem da criança.

[O aleitamento materno] é bom, né. Ela mamou... está mamando ainda, né... até os 6 primeiros meses foi só o leite materno só, depois que a gente começou a dar outras coisas pra ela. Porque quando eu estava no hospital, eles fizeram palestra de que até os 6 meses é necessário, tipo, dar, que se a criança mamar mais, até os 2 anos, vai da mãe. Dá pra passar, até um ano é bom pra criança, porque previne de bastante coisa né? Deram bastante palestra, assim, previne de doenças, um monte de coisa, dá imunidade pra criança o leite, né, na verdade, mas eu vou ir [dar o peito], até quando ela não quiser [risos]... (Laís, 25 anos, 1 filha)

A biopolítica dos corpos se estabelece a partir dos mecanismos de conhecer, organizar e controlar a vida, neste caso, da mulher que amamenta, engajada no discurso de verdade sobre aleitamento materno. O setor saúde torna-se o local legítimo da administração dos corpos e da gestão calculista da vida, abrindo espaço ao desenvolvimento das práticas políticas em saúde pública que visem manter e disseminar a proposta de aleitamento materno como função obrigatória da mulher que é mãe.

O engajamento ao saber institucionalizado, entretanto, é apenas parte de uma rede de interdependências que se faz para a prática do aleitamento materno. A reflexividade pode ter levado a um caminho de confiança no sistema perito, mas ele não é o único. A forma como estas mulheres compartilham, traduzem e ressignificam estes saberes com sua cultura local e sua história dá origem às suas experiências, analisadas a seguir.

4.1.2 Relações, interdependências e experiências das mulheres

Por fazer parte de um tema do cotidiano, relacionado à história e a cultura de um local, a maternidade, o aleitamento materno e as formas de se cuidar de uma criança

aparecem em diversas formas e por diversas vozes, assim como retratado por Fernanda: “Sempre vai ter alguém que vai dar um palpite, sobre o filho, sobre a gravidez, se é a roupa passada, se é o cabelo, sempre vai ter alguém para dar um palpite [risos]. Sempre tem! Sempre tem!” (Fernanda, 21 anos, 1 filho). A forma como as mulheres gestantes e mães recebem, acolhem e ressignificam estas falas variam na sua rede de interdependências para a prática, de acordo com suas experiências.

O pertencimento ao grupo social como mãe não pode definir isoladamente sua posição, mas marca sua sociabilidade em relação aos profissionais e outros membros da família, especialmente outras mulheres. As vantagens e constrangimentos específicos do ser mãe são elementos das suas trajetórias, mas não são os únicos; a interação entre diferentes elementos, em cada contexto específico, caracteriza o indivíduo socialmente, em sua trajetória e pertencimento, e sua subjetividade. (BIROLI, 2013a).

Embora todas as mulheres entrevistadas tenham, em maior ou menor intensidade, e com variadas expressões de importância, referido o aconselhamento de profissionais sobre o aleitamento materno, outras falas dão maior segurança às mulheres, principalmente às provindas das mulheres mais experientes da família, como suas mães, tias, irmãs e primas.

Não conversei com ninguém. Mais com a minha mãe, porque ela entende. Ela tem acho que 7 filhos ao todo. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

A minha mãe fala até hoje: “Dê mamá pra ele, dê mamá pra ele”. Ela também é a favor do aleitamento materno, ela fala: “Eles têm que mamar até quando eles quiserem”, ela fala isso. Só que ela fala que a gente tem que dar comida, tem que dar comida certinho: almoço, janta, café da tarde, café da manhã, né, tem que dar. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

Daí também tem a minha sogra, que já teve três filhos, já teve um monte de netos, então ela me ajuda [...], daí eu tenho ela pra me guiar, né, nas coisas para eu fazer com ele. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

A proximidade linguística também se torna um obstáculo para estas mães, no contato com profissionais de saúde. Além da ligação afetiva com as mulheres de sua família, e a confiança na experiência – em detrimento dos livros –, estas mulheres entendem-se com seus pares, podendo tirar dúvidas e seguir suas recomendações.

[Minha mãe] me explicava o jeito que era, né, tudo ela me explicava, o que ela sabia ela me explicava, o que ela podia passar ela me passava. (...) Melhor do que do médico, ela me orientava mais, ela que me cuidava, eu falei pra ela: “Você foi minha médica”. Ela que me ajudou mais. (Bruna, 18 anos, 1 filha)

No posto, lá, eles querem mais explicar do jeito deles, né. Agora, a mãe explica mais do jeito dela, o que ela viveu. Agora, o do posto, eles querem explicar mais o que eles estudaram. (...) tem mulher que “Ah, sente dor pra ganhar, mas é pouca”, daí minha mãe perguntava “Você já tem filho?”, “Não, não tenho nenhum, e nem quero ter”. Então acho, assim, que falta um pouco de... Certo, os livros ensinam muito, mas você tem que também viver a experiência pra saber. (...) acho que eles deviam explicar mais de um jeito natural pra gente e não tanto, tanto como de livro, livro... ah, as palavras... complicam, acho que é isso. (Bruna, 18 anos, 1 filha)

Bruna explicita em sua fala que a dinâmica da relação é mais importante para a tomada de decisões sobre o como fazer. Sinaliza que os conhecimentos que circulam na estrutura do Setor Saúde, e portanto, pelas profissionais da Unidade de Saúde falham em traduzir o conhecimento para a rede familiar e para as necessidades e especificidades do vivido por ela com a filha.

No diálogo entre pessoas leigas e profissionais da saúde existem interrupções, desencontros de interpretações e de entendimentos, que dificultam a interação. A tradução, porém, não se refere a uma simples troca de palavras, mas sim a uma sensibilidade em relação aos significados que aproximem as categorias médicas e as categorias nativas. (GOOD, 1994). Trata-se de compreender as relações que perpassam práticas e ordens simbólicas do fazer das mães, e entender a experiência mediada por estas categorias.

A fronteira entre o saber técnico e o social poderia assim ser reconhecida como complexa e fluida, onde a pluralidade de conhecimentos seria intrínseca à ciência (SANTOS, 2005). Separados e hierarquizados, os saberes não se encontram, ao contrário, por muitas vezes se chocam, em uma disputa de legitimação da verdade, que, simbolicamente, vem privilegiando o discurso médico em detrimento da experiência, mesmo quando o primeiro está totalmente descolado da realidade prática. Mas se simbolicamente ele é tido como verdadeiro, quando gera um conflito frente a um outro saber mais adequado a ela, a reflexividade se volta ao saber não técnico, e às informações e ajuda de suas relações pessoais e familiares.

Laís, por exemplo, demonstra que o discurso institucionalizado não foi adequado para ela. Não se recordava do que foi dito a ela na Unidade de Saúde e no hospital, demonstrando que não lhe pareceu importante ou não foi compatível ao seu entendimento. As explicações da mãe e da tia, no entanto, bem como a ajuda objetiva com o cuidado da filha, ensinaram a Laís o que era necessário para se sentir segura.

[Minha mãe e minha tia] estavam me ajudando ali, tipo, se elas não me falassem, eu ficava sem entender, né, porque não sabia... era o primeiro filho. [...] Se elas não me explicassem nada eu ia ficar igual um peixe fora d'água, sem saber fazer nada, porque minha tia e minha mãe que deram banho nela durante o primeiro mês, porque ela era bem pequenininha, deste tamanhinho assim... bem pequenininha.. daí eu tinha medo, né. Quando ela estava com quase dois meses que eu fui dar banho nela. (Laís, 25 anos, 1 filha)

Da mesma forma, as recomendações institucionalizadas não fizeram sentido para Suzana, que não reproduz em discurso as recomendações fixas, porém oferece o peito em livre demanda para seu filho, não porque aprendeu desta forma pela teoria – embora em algum momento ela possa se inter-relacionar aos conteúdos subjetivos –, mas pelo que observou em sua prática a forma como “o peito sustenta”:

Quando ele chora eu sei que ele quer mamar. Ele sente fome, né, daí eu acho que o peito sustenta, porque ele mama e depois fica quietinho. Ou ele sente sede ou fome. Não sei se o leite mata a sede ou mata a fome. Daí quando ele chora, eu coloco ele no peito. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Gabriela seleciona o que acolhe do discurso médico e o que, ao contrário, se conflita com ele, e decide seguir sua própria experiência e o aconselhamento de sua mãe. Para iniciar a introdução dos alimentos para seus filhos, escolheu seguir o recomendado por sua mãe:

Então, no postinho, a médica dizia que era depois dos seis meses. Mas só que aqui na casa da minha mãe – ela é, assim, do tempo antigo – então ela achava que com três meses já podia dar. Então ela começou a dar com três meses. Começou a dar água, dava suco, dava papinha. Então com seis meses ele já estava comendo de tudo. No postinho eles diziam com seis meses, mas eu comecei a dar com três. [...] [as informações do postinho] é de se aproveitar, algumas coisas, porque já outras, eu já... [...] Só isso que eu não levei a sério, mas o resto eu levei tudo a sério, o mamá, o cuidado, né, as vacinas que têm que estar todas em dia... (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

Pode haver ainda uma convergência entre o aconselhamento médico e a experiência passada de mãe pra filha. As experiências bem sucedidas no seguimento de recomendações médicas fazem com que estas sejam mais bem aceitas pela geração seguinte. A mãe de Suzana tem sete filhos, com variação de 20 anos entre o primeiro e o último, portanto já ouviu muitas recomendações (provavelmente até diversas, visto que as recomendações e/ou a percepção de importância das práticas flutuam ou se modificam com o tempo), e as confrontou com sua experiência.

As mais novas recomendações médicas, desconhecidas também para a mãe de Suzana, devido ao ineditismo da situação corrente, podem também parecer boas, e julgadas como corretas, o que não necessariamente será incorporado na prática. Sobre isto, Margarida, mãe de Suzana, compartilhou sua experiência com um dos filhos, que, por nascer com baixo peso, ficou em internamento médico após o nascimento, e recebia leite no copinho, ao invés de mamadeira. Ela foi aconselhada neste sentido, pois o bebê não deveria fazer esforço para obter alimento, o que foi considerado intrigante pela mãe de Suzana:

Daí eu tinha que tirar e dar, dava num copinho, tomava no copinho... eu não sabia, tenho tanto filho e não sabia! No hospital, lá, pra não usar o bico, não dar mamadeira, a gente dava no copinho, eles tomavam no copinho, igual a gente! Achei tão bonitinho, eles tomam! Eu não sabia... (Margarida, mãe de Suzana)

Tal aconselhamento médico foi seguido durante o período de internamento, e considerado adequado. Porém, ao retornar para casa, passou a oferecer o seio para o filho, em conjunto com um complemento oferecido em mamadeira. Portanto, mesmo considerando interessante e adequada a prática hospitalar, sua experiência com os outros filhos foi mais relevante na hora de cuidar e amamentar seu filho em casa, longe dos olhos das enfermeiras, e passou a conduzir de forma mais coerente à sua experiência prévia.

Demonstra-se que não necessariamente há uma discordância no fundamento do que é recebido como aconselhamento vindo da teoria médica. E também a transgressão destas normas não é sentida como discordância. A prática, no entanto, baseia-se na experiência, que tem várias formas de conjugar o vivido com as novidades aprendidas pela teoria.

Para Joana, a oferta de chazinho para seu bebê, encorajada pela sua sogra, não é incoerente ao discurso do aleitamento materno exclusivo. A confusão entre este tipo de alimentação e a alimentação artificial é resolvida pela sua própria percepção, concluindo que o aconselhamento de sua sogra trouxe melhores resultados do que a recomendação de sua médica.

Daí ela [médica] dizia: “Até os seis meses, só leite do peito, não dê água, não dê chá, não dê nada”. Daí agora eu estou dando, porque eu acho que com o leite [fórmula infantil] ele sente sede, daí alguma coisa eu sempre dou pra ele. [...] Daí eu acho que agora ele está se alimentando mais. Eu acho, né, não sei se isso é verdade. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Para Suzana, ouvir de sua mãe e ser aconselhada pelo médico a caminhar mais para facilitar o parto teve um efeito em relação a sua prática. A concordância entre os dois discursos não deixa mais dúvidas para Suzana, que incorporou este aconselhamento para sua prática.

Minha mãe queria que eu andasse mais. O médico receitou também, né. Os médicos faziam eu andar bastante, pra nascer rápido o nenê. Minha mãe falava: “Ande bastante pra se exercitar pra nascer o nenê”, né. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Objetivamente, Suzana não pode comprovar se tal recomendação funcionou para ela ou não, mas ainda assim ela tem a convicção de que é adequado. Devemos, entretanto, considerar que trata-se de uma recomendação de mais fácil seguimento do que o aleitamento materno, tanto por não ter regras fixas (não há recomendação de tempo ou distância, por exemplo; a gestante caminha o quanto subjetivamente ela acha que “está bom”), quanto por não ter tantos percalços e dificuldades quanto ao ato de amamentar (cansaço, dores, fissuras, engurgitamento da mama, sucção e produção incompatíveis, entre outros). As boas experiências com o aleitamento materno na família encorajam o seguimento da recomendação.

A minha madrastra, ela amamentou meu irmão até 2 anos, 2 anos e pouco, ele mamou. E ela deu até 6 meses só o leite materno, né, aí minhas tias falavam que tinha que dar mamadeira, e eu sempre falava que meus filhos iam mamar até os 6 meses só o peito, não vai tomar água, não vai tomar nada. E eu fiz isso, com os dois sabe, até os 6 meses, até dar o dia lá de 6 meses, só o peito. Daí que eu dei, assim, por causa que eu vi, assim, que meu irmão era forte, gordo assim, bem gordão, né, então só o peito, entendeu? (Simone, 24 anos, 2 filhos)

As trocas de experiência fazem parte das relações destas mulheres, com suas mães, tias, irmãs e filhas. Porém, quando é necessário confrontar o vivido por seus pares e a experiência, é o vivido pela própria mulher, no cuidado de outras crianças, e na amamentação de seus primeiros filhos, que é considerado mais importante.

Andréa, por exemplo, em seu sexto filho, considerou que sua prática dispensa aconselhamentos, relatando não ter conversado com ninguém sobre gestação, parto e cuidado de recém nascidos, na última gestação. Ao ser questionada sobre uma possível conversa com sua filha de 17 anos, que estava grávida de 5 meses no momento da entrevista, sobre amamentação e cuidado do bebê, Andréa respondeu em negativa, explicando que sua filha já auxiliou no cuidado de seus irmãos e cunhados, então “ela já

sabe [...], acho que ela está tranquila”, demonstrando que é a experiência e a prática cotidiana que são relevantes, e não os aconselhamentos.

Gabriela, que relata ter sempre se aconselhado com sua mãe, e ter experiência com o cuidado de sua sobrinha antes de ter seus filhos também confia na sua prática, frente ao discurso institucionalizado:

Eles falavam coisas sobre o leite materno, que a gente tinha que dar mamá de três em três horas, do jeito que a gente tinha que dar de mamar, depois pôr para dormir de lado¹⁹, essas coisas que eles ensinavam. Mas essas coisas que a gente já sabe, né. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

De fato, verifica-se que é a própria experiência, atual ou anterior, que faz com que estas mulheres confrontem ou confirmem o discurso médico, e estabeleçam seu próprio ideal de aleitamento.

[...] mas daí depois [quando fiquei grávida] eu não conversei mais. Porque eu já sabia das coisas, porque daí eu já tinha duas [filhas]. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

Quando a gente ganha o bebê lá eles fazem uma palestra sobre aleitamento materno. [...] É uma palestra boa, é bom, né, pra mãe de primeira viagem, assim, que é o primeiro filho, é muito bom. [...] Eu já tinha um pouco de experiência, então... já não... aquilo dali foi mais, mesmo, pra estar ali, junto com elas. Mas foi muito bom. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

Eu não acreditava muito, por que eu não imaginava que um leite podia ter tanta coisa. Uma coisa que é branquinha, que não tem nem cor direito, pudesse ser rico em tanta vitamina, pudesse sustentar. Até, a princípio, fiquei com medo que o leite não pudesse sustentar ela, mas depois que fui vendo que estava engordando, que estava tendo um desenvolvimento bom, aí comecei a parar com a neura de... de que o leite não adiantava. (Luana, 26 anos, 2 filhas)

As representações sobre o leite também fazem parte da rede de interdependências, e pode ser um dos fatores que influenciam decisões. Luana (26 anos, 2 filhas) caracteriza o leite materno como “Uma coisa que é branquinha, que não tem nem cor direito”. A categoria “leite fraco” surge de outras formas nas falas das mães, que consideram o leite “muito líquido” ou que “não sustenta”, embora normalmente falam sobre o “leite fraco” no sentido de negar sua existência. Isto se justifica pelo esforço intenso do setor saúde, desde os anos 1980, quando da emergência de estudos científicos sobre os benefícios do

¹⁹ Nota-se aqui uma discrepância da norma, mas que Gabriela toma como tendo ouvido do setor saúde. A recomendação é de amamentação sob livre demanda, e para colocar a criança para dormir de barriga para cima. As conversas com sua mãe e com outras mulheres trazem outras informações, borrando as fronteiras do que provavelmente foi ouvido e aprendido de cada pessoa.

aleitamento materno, para disseminar esta categoria como mito e tentar excluí-la como motivo justificável de desmame.

Curiosamente, a categoria “leite fraco” foi mais presente no discurso das ACSs do que das mães entrevistadas, por vezes expressando opinião própria de que acreditam que existem mulheres que produzem leite que não sustenta a criança: “eu acho que existe sim leite fraco”, contrariando a hierarquia de saberes sobre aleitamento materno na área médica.

As representações tradicionais sobre o leite materno já foram mais disseminadas e influentes nas decisões sobre amamentação e desmame, tanto para mães quanto para médicos. (FINE, 2003). Na presente pesquisa, o “leite fraco”, ou “branquinho”, “liquidozinho”, foi citado por mães e ACSs, porém, a colonização de que “não existe leite fraco” já é quase unânime no discurso, mas não na prática, em que as mães se perguntam se seu leite realmente sustenta ou se seria suficiente para o desenvolvimento da criança.

Joana credita valor à recomendação médica, e o reproduz conforme a norma da necessidade de se oferecer o seio exclusivamente até os seis meses de idade da criança, confiando nas palestras a que assistiu no puerpério e nos conhecimentos adquiridos no curso técnico de enfermagem. Na prática, no entanto, cotejou com sua rotina e decidiu por interromper o aleitamento materno exclusivo pouco antes de seu filho completar três meses de idade, e reconheceu vantagem nesta prática, com base em sua observação.

Eu intercalava quando comecei a dar [fórmula infantil]. Eu dava uma mamadeira, daí depois de três horas eu dava o peito. Daí eu e a [sogra] começamos a contar. Quando ele pegava no peito demorava uma hora ele já queria mamar de novo, e [a fórmula infantil], a gente dava, ele demorava mais. (...) Daí eu acho que agora ele está se alimentando mais. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Assim, Joana, mesmo considerando o leite do peito o melhor para uma criança, refletiu e confrontou a recomendação com sua prática. Verbalizou que “o leite materno é excelente”, mas ponderou que seu filho “só chora”. A médica a aconselhou a dar “até os seis meses, só leite do peito”, mas com a mamadeira ele ficou “bem tranquilinho”, chora menos e dorme mais.

Por se engajar no discurso médico, Joana passou por um período de dúvida para introduzir a mamadeira, mas depois observou que o não seguimento da recomendação melhorou seu cotidiano e parece ter sido benéfico ao filho:

eu pensei, quando eu comecei a dar o [fórmula infantil], eu falei: “Ah, eu vou dar o [fórmula infantil]”, só que daí eu fiquei pensando “se ele pegar...”, porque eu já sabia que se ele pegasse mesmo o [fórmula infantil] ele iria largar o peito. Então eu sabia esse lado, mas mesmo assim eu queria dar o [fórmula infantil]. Acho que foi o momento que eu pensei que ele iria largar do peito. [...] Eu fiquei, assim, em dúvida: “Será que eu dou ou não dou [fórmula infantil]?” E optei por dar mesmo, porque ele, olha, está bem tranquilinho aqui. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Da mesma forma, Melissa, ao encontrar dificuldades no manejo da amamentação, começou a fazer negociações consigo mesma a respeito do tempo que amamentaria sua filha. Da consideração de no mínimo seis meses, pela importância do aleitamento materno para a criança, Melissa passou a ponderar que deveria amamentar pelo menos um mês, quando começou a ter fissuras que não cicatrizavam, e lhe causavam muita dor. Ao ser auxiliada pela irmã, que lhe aconselhou uma pomada cicatrizante específica, Melissa chegou ao terceiro mês de amamentação. O conflito com a norma médica, a relativização de sua subjetividade e posição de reflexividade levam Melissa a tomar decisões a todo momento, que se adequassem ao vivido na experiência com a filha.

Então, mesmo conhecendo a norma médica, e verbalizando inicialmente concordância, existe uma reflexão com base na experiência, naquilo que se verifica em sua família e em sua rede de relações. Com isto, para considerar a prática do aleitamento materno, as mães contrapõem os prós e contras verificados na experiência concreta. Isto também foi expresso por Andréa, que reconhece a individualidade de cada criança, e portanto a diferença no cuidar de uma ou de outra, e também que as repercussões de um mesmo ato, como amamentar, não necessariamente são as mesmas para duas crianças diferentes.

Ah, tem bastante criança que não mamaram no peito e é saudável [risos]. Eu acho que não tem muita diferença em dar de mamar na mamadeira ou no peito, né. Tem criança que mama na mamadeira e são mais saudáveis que as que mamam no peito [risos]. Depende também de cada organismo da criança também, né. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Mas acho que não fez tanta diferença, assim, não, o peito e a mamadeira, por que ela [irmã] é uma criança saudável. (Luana, 26 anos, 2 filhas)

Com base nesta individualidade da criança, observa-se também, que esta experiência prévia é bastante influente mas não é absoluta para o cuidado e amamentação do filho mais novo, pois uma criança é diferente da outra. Joana conta que “vê a diferença hoje em dia”, entre os dois filhos. Diferente da sua primeira filha, Marco Antônio queria

mamar frequentemente, o que tornava inviável a recomendação de aleitamento materno sob livre demanda, bem conhecida por Joana. Ao contrário do que está observando de sua experiência, a recomendação é fixa, e Joana, mesmo considerando a importância do que aprendeu nos cursos na área da saúde, seguiu até quando considerou adequado para si mesma.

Eu estava amamentando, agora, como estava demais que ele estava mamando, de quinze em quinze minutos, daí eu comecei a dar o [fórmula infantil] para ele. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Valentina, por exemplo, possuía uma percepção pessoal sobre a necessidade das crianças diferente da que é veiculada pela ciência médica, e é bastante convicta de que sua prática é a melhor para seus filhos, além de facilitar sua rotina.

Por exemplo: “De água para a criança só depois de seis meses”, nunca fiz isso [risos]. “Comece a dar comida pra ele a partir dos seis meses”, também nunca fiz isso. Com dois meses eu já estava dando água para a criança, ainda mais se era quente. Não pode! [risos] Eu nunca concordei nessa questão porque também eu nunca fiz isso, né. Então não tem como eu concordar com uma coisa que eu nunca fiz, né. [...] Eu acho que quem faz esses seis meses teria uma dificuldade maior de agregar outras coisas. Eu acho, porque a vida da mulher hoje está muito corrida, então quanto mais fácil puder, melhor. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Bruna declara ter seguido a norma apenas enquanto era ‘obrigada’ pela política de pós-parto do hospital, que só autoriza a alta da mãe quando considera que o aleitamento materno está estabelecido. Contou que lhe diziam: “Se você não aprender a dar de mamar pro nenê você não vai embora”. Assim que possível, iniciou a alimentação conforme considerou melhor para ela.

Pesquisadora – Daí você estava dando só o peito?
Bruna – Lá no hospital, né, era obrigada. [...] Daí, depois, [no primeiro dia em casa] eu pus na mamadeira. (Bruna, 18 anos, 1 filha)

Da mesma forma, Gabriela se aconselhou com a mãe, que tinha outra opinião em relação ao aleitamento materno exclusivo. A experiência da mãe é predominante para a prática de Gabriela, mas a recomendação médica transgredida fica escondida, para evitar desgastes, utilizando desta forma o silêncio como um jogo estratégico, mas onde prevalece sua decisão, tomada a partir de outras relações. Na consulta, ouvia as recomendações na médica, mas fazia em casa conforme era coerente à sua percepção.

Gabriela – Quando eu ia na médica: “Ah, agora você comece com a água, com o suquinho”, e eu já estava dando suco a tempos, né, mas o resto não...

Pesquisadora – E você falou para a médica que você já estava dando?

Gabriela – Não [risos]. Não, porque ela brigava. Porque uma vez que eu fui, que tinha palestra, sempre que a gente ia, todas as mães que iam consultar tinham palestra sobre o nenê. Daí ela começou a falar disso, que era pra dar comida depois dos seis meses, e a menina falou: “Ah, eu já dou comida para o meu filho”, ele já tinha quatro meses, ela pegou e brigou com a menina, né, falando que dilata o estômago... falou um monte de coisas lá, mas só que... Daí eu não falava pra ela, mas eu dava comida pra ele. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

No caso de Valentina, sua percepção sobre o que é mais adequado para um bebê e para ela mesma em termos de amamentação e alimentação é vista como uma transgressão do aconselhamento médico, e lhe rendeu um desconforto frente à consulta médica, e relata que “era chamada a atenção algumas vezes pelos pediatras” quando contava que antes dos seis meses oferecia água, frutas, papas e sopas.

Pesquisadora – E como você se sentia quando o médico chamava a tua atenção?

Valentina – Ah, muito segura da minha posição [risos]. Muito segura, não me traz confusão aquilo que eu tenho certeza que não está fazendo mal. [...] E na questão do pediatra teve, inclusive, um episódio, que foi um episódio que foi mais marcante, que a pediatra era mãe também, e eu falei pra ela: “Olha, eu estou dando sopinha...”, na época era para a [terceira filha], “...já, de batata, cenoura...” ela já tinha cinco meses. [...] a pediatra bateu na mesa assim, quando eu terminei de falar, ela disse que eu estava louca [risos] disse que iria me processar, que iria me levar no conselho tutelar [risos] porque eu estava sobrecarregando o estômago do bebê. Mas ela estava dentro do peso normal, ela estava feliz e contente, você viu ela ali, né, feliz e contente. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Uma ciência médica que parte apenas do abstrato e invisibiliza as representações da mãe sobre o corpo e a alimentação de seu filho torna impossível um diálogo entre os dois saberes. A separação mente/corpo feita pela medicina ocidental reduz a pessoa a parâmetros bioquímicos, e esta base estatística, objetiva e quantificável não permite espaço de comunicação entre as duas realidades, das mulheres e da medicina, reiterando a superioridade do conhecimento médico.

Além das representações prévias, na prática cotidiana, a partir de experiências, a confiança pode ser quebrada, gerando a transgressão da norma. A falta de confiança pode não necessariamente ser pessoal; ela pode estar na relação com a medicina em si, quando se trata do cuidado de crianças no município. Além de contar com apenas um local de atendimento para crianças, o que já é sentido como descaso pelas mães entrevistadas, a

falta de resolutividade em experiências anteriores mina a confiança nos atendimentos e tratamentos médicos dispendidos a seus filhos.

Eu acho que não tem nenhum médico que presta ali. O médico só olha pra criança, chega pra gente e pergunta: “Mãe, o que que a criança tem?” Se a gente soubesse, a gente ia direto na farmácia, né! [risos] (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

E a desconfiança passa a abarcar outros aspectos sobre a saúde e o crescimento e desenvolvimento das crianças, inclusive o aleitamento materno:

Mas [o aleitamento materno] é bom por causa da saúde deles também, né. Ficam menos doentes, apesar que hoje em dia, né, está tão forte essas doenças, né, que nem o aleitamento do peito adianta [risos]. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

A transgressão da norma médica também pode estar em práticas que combinem com o entendimento do que a criança gostaria de receber, importando-se menos com as regras de alimentação saudável e com o aleitamento materno exclusivo. No caso de Suzana, foi a mãe do pai da criança que ofereceu alimentos pela primeira vez, e logo passou a dar alimentos que entendia como preferidos ao neto.

Suzana – Na verdade ele novinho minha sogra, minha ex-sogra, começou a dar chocolate pra ele, a mãe do pai dele. Já deu chocolate, sorvete pra ele, tudo. Ele começou a comer novinho já.

Pesquisadora – Você lembra quantos meses ele tinha?

Suzana – Uns 2 meses acho, três meses... começou a dar chocalatinho pra ele. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Para Melissa, ocorreu o oposto. Não concordou com a alimentação proposta pela médica, por não considerá-la saudável, e decidiu introduzir o que lhe parecia mais adequado a um bebê.

eu perguntei para a doutora, né, falei assim “Olha, doutora, eu não tenho condições de dar o [fórmula infantil], o que a senhora me recomenda?” [...] Então daí ela falou “dá leite com açúcar”. [...] eu coloquei o [cereal infantil] porque eu nunca dei açúcar para elas na mamadeira. Sempre tive um pensamento, assim, de que isso incentiva elas a gostarem muito de doce. Não precisa, né, já tem no leite. Por exemplo, no [fórmula infantil] já tem açúcar, no leite materno já tem o açúcar. Eu dando o [cereal infantil], o [cereal infantil] também já tem o açúcar dele. Já aconteceu de eu não ter [cereal infantil], eu dava o leite puro, mas nunca coloquei açúcar. [...] eu achei que a médica foi assim um pouco... “Por que dar o [cereal infantil]? O [cereal infantil] não tem nada, não tem nutriente nenhum!”, mas você pega aí a lata, tem um monte de vitaminas, né. Eu dei o [cereal infantil]! (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Em alguns casos, o aconselhamento e as coordenadas em que se pautam as mulheres são múltiplas, sendo que a escolha para a prática se acomoda onde está mais coerente e conveniente a elas.

Valentina conta que, além do auxílio no cuidado objetivo aprendido com sua mãe no nascimento do primeiro filho, atendeu a cursos pré-parto, cursos pós-parto, realizou pesquisas na internet e ouviu aconselhamentos “do pessoal antigo” e também de amigas.

então para aumentar o leite eles falavam muita coisa: “Ah, toma água inglesa, come muito doce de goiaba, doce de banana, que faz aumentar o leite”, isso são ditados de pessoas mais antigas. [...] Já no curso eles não falam assim, eles já falam de uma boa alimentação, falam de tomar muito líquido, muita água, independente do líquido que seja, né. No curso eles falam: “Olha, tome muita água, você tem que tomar muito líquido, muito suco”, não falam de líquido específico. Mas, no entanto, depois eu descobri pesquisando que o suco de soja era ótimo, justamente porque, querendo ou não, já passa proteína, porque o leite já sai de dentro da gente, então quanto mais você absorver mais você vai liberar [risos]. Isso é fato. Mas são coisas que nesses cursos que eu fiz não foi me passado, eu fui pesquisar depois para saber. E, assim, às vezes uma vizinha me falava alguma coisa, alguma amiga sempre me dava alguma sugestão. (Valentina, 39 anos, 4 filhos).

Sem contato com sua mãe biológica, e tendo sido adotada por uma senhora de oitenta anos que nunca teve filhos, Luana também utilizou a internet como fonte de informação e resolução de dúvidas sobre gestação, amamentação e cuidado de crianças: “Eu ia pesquisando na internet”. Sua fonte secundária de informação era “a moça do postinho que vinha dar alguma instrução” (Luana, 26 anos, 2 filhas).

O seguimento da orientação médica, a transgressão de tal orientação, a escuta das falas experientes de outras mulheres, as próprias experiências e a individualidade da criança formam arranjos para o aleitamento materno que geram um caleidoscópio de possibilidades, gerenciados de acordo com as possibilidades, saberes e empoderamento de cada mulher. “A singularidade da trajetória dos indivíduos e seu investimento criativo na sua própria vida não estão em contradição com o reconhecimento dos constrangimentos estruturais à sua agência”. (BIROLI, 2013a, p.61).

Estas mulheres atuam articulando a cultura e sua posição frente às necessidades e estratégias de conhecer, mas não necessariamente assumir. Decidem suas práticas a partir de uma interdependência com outros saberes, trocados com mães, amigas, mães desconhecidas que encontram na Unidade de Saúde, bem como com as profissionais de saúde.

As relações podem ser concebidas como a formação de um tecido por uma teia que está em constante mudança e movimento, com diversos polos interligados. As representações abstratas e simbólicas sobre cada situação vivida posicionam estes polos e os movimentam; a cada ação em uma direção, todo o tecido se reorganiza, reposicionando os polos e originando as novas tomadas de decisões. (ELIAS, 1993). Os polos de interdependência desta teia se formam na relação com outras mulheres, com as representações prévias, com a experiência em curso, com profissionais da área da saúde, com a estrutura da saúde e com outros fatores da vida cotidiana.

O entrecruzamento entre elas ainda pressupõe uma reciprocidade. Entretanto, não é uma reciprocidade com isonomia ou equilíbrio destas relações. A maior ou menor dependência a um ou outro polo da teia puxa a tomada de decisão para uma ação. (ELIAS, 1993). Deste modo, as mulheres que necessitam de suas mães para o cuidado dos filhos tendem a considerar mais seus conselhos; as que se inseriram como profissionais no setor saúde podem dar mais valor a estas informações; e as que dependem da manutenção de seu emprego para o sustento da família podem considerar mais os horários de seu cotidiano para decidir sobre a alimentação dos filhos. Porém, ainda que estes fatores reorganizem toda a teia, nenhum é decisivo para a tomada de decisão final, que depende da situação concreta. É a partir dela, vivida no cotidiano, que a mulher aciona os polos que forem mais convenientes para o momento, e organiza sua rotina.

4.1.3 O aleitamento materno como organizador da rotina

O aleitamento materno exige, além de esforço físico e emocional, empenho de muito tempo, a depender também das características de cada criança em relação à fome e saciedade e necessidade de atenção – relatada como “manha”, “ficar brincando no seio”, “fazer o peito de chupeta” e “só dorme no peito”. Estas questões são definitivas para a rotina adotada pela mulher, adaptando-a ao aleitamento materno, ou o oposto (adequando as mamadas à rotina), ou decidindo-se pelo desmame.

Como em sua rotina Laís permanece cuidando de crianças, e não apresentou dificuldades para manter o aleitamento materno, considera que o desmame deve ocorrer quando a criança já tem idade suficiente para isso, muito embora esta idade seja subjetiva,

a hora que ela vê que “já dá pra parar”. Citou a recomendação, de passar de dois anos, mas disse que é bom chegar a um ano, e por fim citou uma conhecida que considerou o filho com idade suficiente para o desmame aos 5 anos de idade. Outras mães também citaram a idade como fator de desmame (“criança grandinha”; “quando já está forte”), mas também não consideraram uma idade fixa, como o discurso biomédico quer precisar.

O aleitamento materno, para Laís, é na verdade um facilitador do seu cotidiano, pois acalma a criança. Quando ela chora, a solução mais rápida e prática é oferecer o peito, se não “vou entreter ela com o quê?”. Neste caso, portanto, a manutenção do aleitamento materno está à serviço da mãe, facilitando sua rotina.

Para Suzana, da mesma forma, a continuidade do aleitamento materno parece ser um facilitador do cotidiano, pois, embora ela tenha que oferecer o peito “o dia inteiro”, ela troca o peito pela comida e também o acalma e o coloca para dormir assim.

O peito? O dia inteiro [risos]. Daí à noite pra dormir só no peito, pra dormir só no peito. (...). Por isso que eu amamento ele, porque ele chora. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Desta forma, o aleitamento materno, aparece como a opção “menos pior”. Suzana prefere amamentar “o dia inteiro” a ouvir o filho chorar por muito tempo, e demorar a fazê-lo dormir.

só consigo fazer ele dormir no peito. Eu não tenho paciência de pegar o Ricardo, colocar ele aqui, e ficar balançando até dormir [...]. Eu coloco no peito ele já cai dormindo. [...] Quero tirar ele do peito, daí não dá. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Outras formas de praticidade foram descritas por Andréa, Simone e Melissa. A dificuldade para se conseguir uma noite de sono é uma das principais queixas nas casas com crianças pequenas, principalmente para a mulher que amamenta. Andréa (39 anos, 6 filhos) conta que gostava de amamentar porque “não precisa levantar de madrugada pra fazer mamadeira”. Com a mesma opinião, Simone (24 anos, 2 filhos) diz que a mamadeira tem que ser fresca para oferecer para a criança, o que exige “levantar, procurar, fazer a mamadeira”, então “é mais fácil quando você amamenta, por que você põe ali do teu lado, mama e dorme”.

O gasto com a alimentação da criança pequena foi lembrada por Melissa, que conta que se esforçou para manter o aleitamento materno pelo maior tempo que conseguiu por não ter condições de comprar o ‘substituto do leite materno’.

Até por questão financeira, né, porque as outras [filhas] eu podia dar [a fórmula infantil], essa eu já não podia. “Essa eu tenho que dar, porque essa eu não vou poder dar [a fórmula infantil]”, [a fórmula infantil] é um leite caro... Então aí foi [amamentando ao seio]... foi até três meses, pelo menos. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

A medicina se utiliza destas experiências bem sucedidas para a invisibilização da diversidade que esta experiência pode apresentar. Como o recomendado é valorizado como ideal, em conjunto a um discurso biológico de que toda mulher produz leite em quantidade e qualidade suficiente para seu filho, as experiências positivas com a amamentação, como a de Laís, não deixam espaço para se pensar que existem outras realidades. Ao contrário, são usadas como exemplos confirmatórios de que o aleitamento materno pode ser bem sucedido, só depende da “força de vontade” e da “paciência” da mãe.

O da [primeira filha], por ter sido o primeiro filho, talvez faltou um pouco de paciência da minha parte. Aquela época eu tinha bastante leite, não tive fissuras, não tive nada nesse sentido que prejudicasse a amamentação. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Acho que com 15 dias eu comecei a dar [fórmula infantil], por que ele mamava, sugava muito o peito. Eu acho que... não é que não sustentava, por que eles falam que sustenta, só que tinha que ficar muitas horas amamentando, muitas horas, sabe? Então me cansava. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

Daí eu nem usava carrinho, não usava berço, não usava nada, ele só ficava no colo mamando [...] porque o leite materno, o do peito, não tinha intervalo, era toda hora, toda hora. (Fernanda, 21 anos, 1 filho)

Em outros casos, a amamentação também aparece como dificuldade na rotina das mulheres, que ficam com poucas possibilidades de escolha, tendo em vista as atribuições tomadas para si, como o cuidado de crianças, a amamentação e a administração da casa. Neste aspecto, Joana optou por introduzir fórmula infantil na alimentação de seu filho, mesmo considerando que isto poderia acarretar em desmame, que foi verbalizado como contra a sua vontade. Neste caso, precisou escolher entre duas opções disponíveis a ela: continuar amamentando continuamente ou realizar suas outras atividades de cuidado, limpeza da casa e alimentação da família.

Eu gostava de dar mamá pra ele, mas ele era direto, muito guloso, por isso que eu comecei a dar o [fórmula infantil], só que daí acho que é mais fácil... Elas tinham me falado: “Se você começar a dar a mamadeira ele vai largar o peito, porque é mais fácil”. Só que eu não aguentava mais, era direto, direto. Ele

chorava, e queria mamar, vomitava um pouquinho, queria mamar de novo, então eu não tinha tempo de fazer nada. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Ana Rosa também sente as dificuldades de amamentar seu filho ao mesmo tempo em que precisa realizar seus afazeres domésticos.

É difícil. É difícil. É muito difícil, mesmo. Por causa que toma tempo, né, cuidar de uma criança, amamentar, toma tempo. Tipo assim, você vai fazer almoço, daí já tem que parar pra amamentar. E criança que mama no peito, não tem... as enfermeiras lá até falam que você tem que amamentar de 2 em 2 horas, mas é difícil. Eles não ficam 2 horas sem... [...] Daí já é mais difícil, daí você... tipo assim, “Ah, vou lavar roupa”, a roupa demora pra você lavar, daí tem que parar pra amamentar, tem que parar pra pegar, daí começa a chorar. Como agora, comecei, desde manhã a limpar a casa, e até agora não terminei ainda. Por que eu paro pra fazer almoço, já parei pra dar de mamar, já parei pra dar banho, já parei pra fazer dormir. Então não tem como você pegar, assim, e terminar logo. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

Joana encontrava prazer no aleitamento materno (“é um momento maravilhoso”), porém isto tornou-se exaustivo, devido as frequentes mamadas de Marco Antônio, que “estava demais que ele estava mamando, de quinze em quinze minutos”. Reflete-se sobre sua real vontade e seu poder de decisão, pois se por um lado existia prazer ao amamentar seu filho, por outro, Joana decidiu por abandonar a amamentação não apenas por ser um trabalho exaustivo, mas porque também precisava dar conta de outras atividades domésticas.

A dificuldade do processo, sentida pelas mães, nem sempre é suficiente para diminuir a tristeza de não manter o aleitamento. Bruna expressa que “Foi dolorido”, contando que toda vez que dava uma mamadeira para sua filha, “chorava junto”. Gabriela conta que devido ao seu internamento no pós-parto da primeira filha, teve dificuldades no aleitamento materno, o que também a trouxe tristeza: “eu dava pra ela, e não saía nada, eu ficava até triste, chorava”, situação que se agravou ao ver sua irmã estabelecendo o aleitamento materno com o sobrinho nascido no mesmo mês, mas que a fez buscar auxílio médico para reestabelecer a lactação²⁰.

E nessa época, essa daí, que está aqui [irmã que mora na mesma casa], tinha ganhado o menino, que são da mesma idade. [...]. E ela dava mamá pra [primeira filha], e eu via e ficava triste com aquela situação, porque eu queria dar mamá

²⁰ A relactação é uma técnica ensinada pelos profissionais de saúde que consiste em colocar a criança ao seio para, com a sucção, estimular a produção de leite. É uma técnica bastante demandante, pois a criança deve ser colocada ao seio mais de doze vezes por dia, por muitos dias consecutivos. No caso de Gabriela, ela conta que demorou em torno de vinte dias para reiniciar a produção de leite.

pra minha filha, sabe. Daí eu falei: “Ah não, não vou me conformar com essa situação”, e dava pra ela [o peito], eu dava, sabe. Daí quando saiu o meu [leite] eu fiquei muito feliz, tipo, “Meu Deus!”, falei: “Ah, graças a Deus!”, daí ela mamou bastante. Mas eu fiquei bem triste quando ele [médico] falou que tinha secado, que eles foram tirar e tinha secado, mas agora eu estou feliz. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

Melissa lembra que este sonho da amamentação para quem quer fazer, tem seus percalços:

Querer amamentar não é fácil, né. Tem que acordar de duas em duas horas, você está cansada, começa aquele... você acorda todo dia, todo dia, tem dias que está acumulando... Você vê um leite ali que vai te dar seis horas de sono! Então foi assim... (...) Chegou um mês e quinze dias, daí falei “Ah, não dá mais, não dá mais”, daí a gente começou a dar o [fórmula infantil] pra ela. Mas eu sofri, eu lembro que eu sofri bastante, assim, de querer amamentar e não conseguir, assim. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Com outra percepção sobre as necessidades das crianças, Valentina conta que introduzir alimentos, que não o leite materno, mais precocemente na alimentação de seus filhos, facilita a rotina de sua casa e a execução das tarefas domésticas, pois os filhos aprenderam a comer de tudo, comem bem, e nos horários estipulados por ela, inclusive suprimindo com poucos meses de vida da criança a alimentação noturna (“a gente não acorda a noite para comer, então o bebê não precisa acordar a noite”), justamente por alimentá-los mais durante o dia. Mesmo sofrendo retaliações vindas dos médicos, manteve-se convicta de suas decisões.

Ninguém teve essa participação nessa decisão, eu fiz por conta própria. Então quando eu levava no pediatra: “Ah, de até os seis meses...”, “Olha, doutor, desculpe, mas se eu falar que estou fazendo isso eu vou estar mentindo, então eu não posso fazer isso. Então eu estou dando assim, estou fazendo assim”. Era chamada a atenção algumas vezes pelos pediatras [risos]. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Valentina considera que sua prática é tão eficiente que ensina para outras mães, em geral suas amigas e conhecidas, para que os filhos delas passem a comer bem também, facilitando suas vidas. A Unidade de Saúde, portanto, não é lugar apenas do institucionalizado. É lugar onde mulheres na mesma situação se encontram e podem trocar experiências, auxiliando umas às outras a aumentar a rede de conhecimentos que vai fazer parte das interdependências que levam à sua tomada de decisão em relação ao aleitamento materno e ao cuidado.

Valentina – Eu acho que quem faz esses seis meses teria uma dificuldade maior de agregar outras coisas. Eu acho, porque a vida da mulher hoje está muito corrida, então quanto mais fácil puder, melhor. Então as mães hoje, quanto mais mamadeira, quanto mais peito... assim, as mães não estão com muitas paciência, que eu vejo, de fazer uma papinha... [...] Então as mães não têm paciência para fazer isso, né, para dar uma água... Quanto mais facilidade tiver, elas vão concordar com a facilidade.

Pesquisadora – E o que que você acha que é o mais fácil?

Valentina – Assim, elas acham que o mais fácil seria por o peito, mas aí, elas acham assim... mas vamos supor, uma criança no peito, ele fica o dia inteiro no peito se deixar. Porque tem a temperatura ambiente, não precisa aquecer... mas acaba te tomando maior tempo ainda, porque uma criança... por exemplo, o meu... o Adão tem 10 quilos, com seis meses. Imagine ele no peito agora, nesse momento, e daí eu tendo que fazer almoço, com aquele peso todo no braço, e fazer isso, fazer aquilo, né. [...] Se ele acostumar a dormir no peito, nem por questão de fome, eu já vou ter mais dificuldades, sofre os dois, sofre a mãe e sofre a criança. [...] Porque eu converso com as outras mães, as amigas, a gente está no postinho esperando a consulta e acaba trocando alguma informação, então é uma coisa que elas falam. Então eu já penso: “Meu Deus!”.

Marcela – E você fala alguma coisa?

Valentina – Eu comento: “Olha, eu faço assim, assim e assim”, “Com os meus filhos eu fiz assim e assim”, já chego a compartilhar algumas informações nesse sentido. Algumas me retornam que começaram a fazer, que deu resultado e que realmente se libertou do peito [risos]. “Eu me libertei”, porque ela chega a cansar, tipo assim, eu converso com pessoas, às vezes, que elas falam assim: “Meu Deus, eu fico com dor de cabeça, porque eu acordo de noite e ele só quer peito”. As mulheres, assim, dependendo da situação, se elas não se posicionarem... porque eu acho que isso é uma questão de posicionamento, né, a gente que é mãe, a gente já tem que impor. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Outro ponto que chama a atenção é o fato de Valentina relacionar a independência da criança do seio – que se consegue com o fornecimento de outro tipo de alimentação – com liberdade. A amamentação pode ser fonte de prazer, mas pode ser fonte de aprisionamento – em uma rotina, em um papel, em um doar seu corpo e na alimentação e nutrição de outra pessoa.

São muitas as relações que influenciarão o modo como estas mães irão cuidar e amamentar seus filhos, e suas decisões sobre como proceder com o aleitamento, quando oferecer outro alimento, que alimento será este e quando pararão de oferecer o seio são múltiplas, a depender destes fatores e da realidade do contexto social em que se inserem. Se as escolhas se dão por preferências que são socialmente construídas, ainda assim, quem está fazendo estas escolhas são estas mulheres mães, que tomam decisões a partir do que se coloca em sua realidade. A complexidade do que poderíamos supor como ‘escolha livre’ é assim deslocada, uma vez que não podemos aqui posicionar uma dualidade entre autonomia e coerção, mas sim compreender que as escolhas se dão nas matizes entre elas. (BIROLI, 2013b).

A vida assumida pelos indivíduos é socialmente limitada, mas individualmente vivida. Isto é, as motivações são legítimas, mesmo que se reconheça a dimensão estrutural que restringe as escolhas no exercício da autonomia. (BIROLI, 2013a).

A decisão por uma prática ou outra varia com a fluidez das interdependências, e o que precisa ser acionado a cada momento, dada a situação. Por vezes a mulher aciona sua autonomia para fazer de acordo com sua experiência ou representações prévias ou que são compartilhadas de e com outras mulheres, e por vezes aciona a confiança no sistema perito, representada pelos médicos, enfermeiras e ACSs, perdendo parcialmente sua liberdade, o que não deixa de ser outra forma de escolha, diante das opções possíveis para ela.

4.1.4 O desmame

As falas sobre o desmame, para as mulheres entrevistadas, versam muito sobre as necessidades e condições fisiológicas da mãe, ao que é atribuída a sensação de triste destino, algo sem causa justa ou aparente, algo que a mãe não tem como controlar, mas acontece na vida dela e seu bebê.

Quando uma pessoa tem alguma coisa no sangue, alguma coisa assim. Ou está doente, Daí não pode. Eles falam, quando a mulher está doente não pode dar o peito, a criança pega, né, se tiver com alguma coisa assim... doente. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Tem umas [mulheres] também porque não tem bico, daí a criança não pega realmente. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Eu tinha uma prima [...] que parou de amamentar porque o peito dela estava ficando todo cheio de ferida. Daí ela não quis amamentar, ela ficou com pavor de amamentar. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Tem casos de mulher que não produz leite, daí já é um caso a parte. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

Seguem-se também explicações sobre a necessidade de interromper o aleitamento materno para que a mulher possa voltar a trabalhar, o que é considerado justificável pela maioria das mulheres entrevistadas.

Ah, eu tenho uma prima que ela precisou trabalhar, né, daí teve que tirar o nenê do peito. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Depende da necessidade da pessoa né? Tipo, minha tia, vou dar um exemplo, minha tia era cabeleireira, né, então ela não teve salário maternidade, essas coisas, assim, né, licença, tudo, né, então já faz diferente, ela precisava dar mamadeira, né. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

Algumas, entretanto, consideram que mesmo o trabalho não é justificativa suficiente, pois entre o trabalho fora de casa e a saúde de seu filho, uma mãe deveria escolher a saúde de seu filho, ou esforçar-se para ambas as coisas funcionarem. Compartilham uma lógica cultural de maternidade como definidora e objetivo da vida da mulher, exigindo sacrifícios quando se insere na dupla jornada de trabalho, que só existe porque a maternidade não pode ser deixada de lado.

Luana – Mamando, estando mamando elas... não tem como largar das tuas crias, deixar com uma outra pessoa, porque elas vão ter que estar com você 24 horas.

Pesquisadora – E essas mães que trabalham?

Luana – Ah sei lá, isso é uma opção. Mas elas têm a opção de tirar o leite do peito, pra deixar. Não precisa trocar o leite do peito pela mamadeira. (Luana, 26 anos, 2 filhas)

Nesta questão, Joana mostra-se bastante engajada no discurso médico. Mesmo que ela não tenha seguido as orientações conforme preconizado, pois sua prática exigiu assim, não considera uma justificativa de outra pessoa para o desmame. Reproduzindo o discurso médico, indica uma solução para cada dificuldade, e não dá voz à experiência de sua prima, que sentia dor ao amamentar.

o meu [peito] não rachou, assim. Mas eu cuidei bastante, eu usei a conchinha [...]. Essas coisas... daí eu fui me cuidando, e não rachou, foi tranquilo, assim, o meu peito. O dela [prima] eu acho que ela não fazia tudo isso. Eu assisti à palestra e fui fazendo o que eles disseram. O que era bom, o que não era bom... eu fui fazendo. Daí acho que ela não teve esta informação. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Para a sua prática, o descumprimento da norma médica é justificável e válido, mas quando se trata de uma experiência de outra pessoa, o discurso institucionalizado, abstrato, parece que deveria ser aplicado pelas outras mulheres.

Outras decisões, da ordem do desejo da mulher, não são bem vistas pelas mulheres entrevistadas, que fizeram alguns julgamentos em relação a estética ser colocada acima da necessidade do filho, e o egoísmo da mulher que não se sacrifica pelo bem da criança.

Disseram não ser verdadeira a informação de que o “vai cair o peito” mas que as mulheres falam isto porque “não gostam muito de amamentar”. (Andréa, 39 anos, 6 filhos). Referiram ser preciso “coragem” (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos) ou “ser louca” (Luana, 26 anos, 2 filhas) para decidir não amamentar o filho sem uma justificativa inteligível para elas, como doença, necessidade pelo trabalho ou vergonha.

[...] quando eu ganhei, tinha uma moça lá que falou – porque nós estávamos no mesmo quarto –, que ela não queria dar de mamar porque ela tinha colocado silicone. Eu acho isso uma coisa ridícula, porque, a criança não mamar... por causa de um silicone! Daí o médico falou: “O teu peito vai produzir leite, mesmo com a prótese”, né. Daí ela pegou e falou: “Ah, eu não quero, porque [o peito] vai cair”. Mas tudo que está no corpo da gente um dia vai cair [risos]. Porque um dia a gente vai ficar velha, não é? [risos] (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

Agora tem mãe que já, tipo ganha neném, tem dinheiro pra comprar, daí compra. Besteira! É pra ‘se achar’, entendeu? “Ah, a criança está com fome”, não tem essa... a criança chora, mas teu leite sustenta ele, teu leite já é forte o suficiente pra sustentar ele. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

Nas suas práticas, entretanto, as decisões sobre o desmame pouco seguem o discurso médico. Algumas mães verbalizam a regra médica de se amamentar até os dois anos ou mais, mas ao serem questionadas sobre o tempo de parar de amamentar, a maioria versa sobre sua percepção em relação ao aleitamento materno como fornecedor de nutrientes (“saúde”, “imunidade”) para as crianças pequenas e outras características da criança.

Andréa, por exemplo, considera a necessidade de se amamentar uma criança até os dois anos pois “até dois anos a criança é meio fraquinha”, porém, cada criança é única, e com base em sua experiência, afirmou que “não tem muita diferença dar de mamar na mamadeira ou no peito”, pois “tem criança que mama na mamadeira e é mais saudável que as que mamam no peito”.

A idade subjetiva como fator de desmame é uma percepção da mãe, que também se vale aos seus objetivos, de quando desejar parar.

Eu acho que é até quando eles quiserem. Mas também acho esquisito as crianças grandonas puxando pra mamar. Eu acho esquisito, mas acho que o ideal, eu acho que é até um aninho, já está bom, o ideal. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

O médico fala que até mais ou menos 2 anos, mas não precisa só peito até os 2 anos [...]. Ele já está rapazinho, já fez 1 aninho, né, filho? (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

Dá uma agonia, a criança já está grande, teu peito fica sensível, o bico fica sensível, você fica incomodada com aquela criança imensa ali mamando. (...) eu gosto de amamentar só que até um tamanho, uma idade, quando vejo que já não está precisando tanto, que está mamando por... a criança comeu um prato de comida, agora... daqui a pouco ela vem no teu peito, não há necessidade disso. (...) Eu acho que até uma idade está bom... 2 anos ou mais, sou contra 2 anos ou mais. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

Gabriela inicia sua fala sobre o desmame dizendo que o que importa é a vontade da criança, sendo que o aleitamento materno deve perdurar “até a criança querer”, no entanto, com a mesma percepção de Joana e Simone, considera que “fica feio” uma criança grande mamando, e isto é maximizado no caso de seu filho Caio por ser menino, porque “ele vai querer brincar [...] na areia, se suja e daqui a pouco vem querer mamar”, e então esta é a hora de tirar do seio. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

Outro motivo justificável, para as mães, para o desmame é o trabalho fora de casa, que dificulta muito a rotina de amamentação, então o desmame torna-se necessário, para elas mesmas e para outras mulheres, quando ela não trabalha. Andréa, que considerava o aleitamento um facilitador, por não precisar “levantar de madrugada para fazer mamadeira”, quando voltou a trabalhar, viu sua vida dificultada pela amamentação ao seio, pois deixava o bebê na irmã e tinha que ir e voltar do trabalho, de bicicleta, para amamentar, percorrendo 6 Km ida e volta.

Nos primeiros dias que eu comecei trabalhar foi difícil, eu tinha que vir de lá do meu serviço correndo, tinha que ir lá na casa da minha irmã, porque ele ficava na minha irmã pra eu trabalhar. Eu saía daqui seis horas da manhã, a pé com ele, [ia até] lá na Vila Guarani, voltava trabalhar. Ela me emprestava a bicicleta dela pra eu ir trabalhar, daí na hora do almoço eu tinha que vir na casa dela, lá na Vila Guarani, pra dar de mamar. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Este formato é compatível ao discurso médico, mas obviamente é uma rotina com sacrifícios, a qual Andréa só não abandonou antes porque o filho “não pegava na mamadeira de jeito nenhum, leite nenhum”. Deste modo, a mulher pode desejar, tentar ou sentir a necessidade de parar de amamentar para voltar a trabalhar, ou iniciar este processo quando volta ao trabalho.

Decidi parar... o Danilo foi por eu ter que trabalhar, né. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

Ele mamava [fórmula infantil] de dia e [...] ficava a madrugada inteira com ele no peito, e isso durou uns dois meses. Aí eu comecei a ficar ruim, não conseguia dormir, eu trabalhava ruim, sabe, porque cansada, cansada, ficava a madrugada

inteira acordada e tinha que trabalhar no outro dia. Daí um dia eu saí tarde do serviço e a minha sogra deu o leite pra ele, daí nunca mais ele quis peito. Nunca mais quis. (Fernanda, 21 anos, 1 filho)

A experiência de Fernanda demonstra o cansaço advindo da amamentação e a impossibilidade de conciliar amamentação, sono e trabalho. As ressignificações sobre as necessidades nutricionais da criança ou a idade correta de desmame ocorrem também em função dos contextos que aparecem nos outros aspectos da vida das mães.

Da mesma forma que para Fernanda, Melissa sentiu a sobrecarga que a amamentação de uma criança pode trazer. Embora reforce a importância do leite humano para o desenvolvimento da criança e também manifeste que desejou amamentar por mais tempo porque “o [fórmula infantil] é um leite caro”, relatou se sentir muito cansada com as frequentes mamadas da filha, além de continuar trabalhando fora de casa em alguns dias da semana, com diárias, para manter suas filhas. Desta forma, o desmame, ou pelo menos a intenção de diminuir as mamadas para que Melissa pudesse dormir e descansar, foi a solução sugerida por sua tia, que comprou a primeira lata de fórmula infantil.

Então daí como minha tia estava preocupada com essa situação de que eu não estava dormindo, que eu estava a toda hora acordando para amamentar, a minha tia comprou uma latinha de [fórmula infantil]. [...] aí ela [tia] falou: “vai, filha, vai intercalando”. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Melissa, que, ao desmamar sua primeira filha, sentiu-se “muito mal, eu chorava muito”, e pensou que havia lhe faltado “paciência”, desta vez não se culpou por parar de amamentar, pois precisava trabalhar, o que considera um motivo justo para o desmame. Desta forma, tratou como algo que acontece, algo da vida, sofrendo menos por isto, também porque precisava considerar que “tinha mais coisas para fazer, tinha mais outras crianças” (Melissa, 31 anos, 3 filhas).

No meu caso, assim, né, eu sabia que aquele dia que ela [a tia] trouxe o [fórmula infantil], eu já sabia que ela ia sair [do peito]... E eu precisava também voltar a trabalhar, né. Daí o dela foi mais fácil aceitar, assim, nesse sentido. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Bruna, que também relatou chorar muito por não poder amamentar sua filha, conta que nos períodos de maior escassez econômica, em que não consegue comprar leite para a mamadeira, o aleitamento materno teria sido útil:

Nessas horas que a gente sente um pouco de culpa, de não ter o que podia dar pra ela, mas, não tendo... fazer o que, né? (Bruna, 18 anos, 1 filha)

Porém, também cotejam com o lado bom da sua experiência, como Fernanda, que relata ter ficado triste quando seu filho não quis mais ser amamentado ao seio, “embora por um lado eu fiquei alegre, ‘Agora vou poder dormir’, né, pra poder trabalhar” (Fernanda, 21 anos, 1 filho).

O desmame ainda pode ser necessário porque a amamentação prejudica as demais atividades domésticas, que ficam também sob sua responsabilidade. As obrigações com a casa e com os filhos são entendidas como das mulheres, embora reconhecidamente seja muito trabalho para uma pessoa só.

Um pouquinho de sossego, é o que eu preciso. É um pouquinho de sossego. Um dia, um dia só, um dia de tranquilidade. Só isso. Pra mim, só isso, só isso. Um dia em que eu pudesse contar assim “Nossa, vou poder limpar toda a casa, porque meu marido vai me ajudar, ou alguém vai me ajudar”. (...) Por que eu não consigo... eu mal consigo lavar minha roupa, que é só jogar na máquina e estender, né. Eu não consigo. (Luana, 26 anos, 2 filhas)

Tem criança que mama meia hora já basta, mas ele não, ele queria mamar uma, duas, três horas direto, assim, sabe? Então me cansava. Me cansava. E também tinha minha outra menina que eu tinha que cuidar, tinha que fazer almoço, então eu já dava um pouquinho [de fórmula infantil], pra ele sustentar um pouquinho. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

Outras justificativas, da ordem da própria experiência também aparecem, e relacionam-se à interação da mãe com a criança. O desmame se torna a única alternativa viável, para a mãe e para a criança, em muitos casos, quando se contrasta sua experiência concreta com uma recomendação genérica, mesmo quando considerada “correta” e “importante”.

Amamentei ele até os dez meses, daí eu tirei ele, porque começou a morder o bico do meu peito e machucava, e eu não quis dar mais, fiquei com medo [risos]. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Eu fiquei assim em dúvida: “Será que eu dou ou não dou [fórmula infantil]?” E optei por dar mesmo, porque ele, olha, está bem tranquilinho aqui. Ele não ficava assim, não ficava, era direto mamando, mamando, mamando. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Então, você veja... ela acordava, duas, três vezes na madrugada para mamar nos seios, daí quando eu dei [a fórmula infantil], eu dava meia noite, ela ia comer o mamã só seis horas da manhã. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Eu quero tirar pra eu engordar um pouco [...]. as pessoas falam que eu estou emagrecendo [risos], e é por causa dele, né. (Suzana, 21 anos, 1 filho).

Outra forma de se perceber a relação com a amamentação, desmame e introdução de alimentos com seu filho é o “leite fraco”, uma categoria amplamente combatida pelos profissionais da saúde, que foi elencado como mito também pelas entrevistadas. Porém, está presente de outras formas no entendimento / imaginário das mães, que até verbalizam que “não existe leite fraco”, mas dizem ser difícil acreditar que uma coisa “branquinha”, “liquidazinha” contenha todas as vitaminas, gerando desconfiança sobre a capacidade deste leite de sustentar. Soma-se a isto a experiência de que os bebês choram mais vezes quando mamam apenas no peito, comparando-se à mamadeira.

Desta forma, algumas mães utilizam esta categoria, como forma compartilhada de alegação válida para interromper o aleitamento materno, em uma tentativa de diminuir sua “culpa”, e em um movimento de discordância do discurso médico. Não se trata, portanto, de uma auto-cupabilização pela concordância com o discurso, mas sim o uso comum da categoria, entendido entre as mulheres como motivo justificável para inserção da mamadeira na alimentação da criança, deixando a normatização de fora. A culpabilização da pessoa por sua condição, assim como argumento desenvolvido por Kleinman e colaboradores (1994), é originária da estrutura médica quando esquece que as situações em saúde (doenças, eficácia do tratamento e também o estabelecimento do aleitamento materno) envolvem fatores sociais.

Outras reflexões, da ordem da necessidade do desmame, surgem neste contexto. Muitas são as técnicas e recomendações em relação ao estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, porém, não há um suporte na mesma lógica para o desmame, que pode ser também bastante difícil. Suzana considera que seu filho já tem idade suficiente para o desmame, mas neste momento surgem dúvidas quanto ao seu manejo, questionando-se: “será que seca o peito se tirar? [...] Eu não entendo, assim, né”.

Apesar de relatar que para ela a continuidade do aleitamento materno é interessante, principalmente porque é seu modo de acalmar o filho, ficou pensativa quanto ao desmame, e chegou a perguntar para sua mãe, após a entrevista, porém, ainda em minha presença, “se tirar ele do peito, seca o leite?”, ao que obteve como resposta de sua mãe: “o meu foi secando sozinho”, demonstrando a relação de troca de experiências entre estas mulheres.

Na segunda entrevista, Suzana contou que sua mãe a aconselhou sobre o desmame, dizendo que “está na hora já”. Embora tenha dúvidas sobre a questão, alegando “eu não sei até quantos anos ele pode mamar”, entrou em concordância com a percepção de sua mãe, e lembrou da experiência de desmame de sua prima, cogitando fazer da mesma forma, deixando o filho em outra casa (no caso, com sua sogra), para “ver se ele esquece o peito um pouco [...], daí ele larga, né”.

Com a mesma dificuldade, Andréa conta que gostaria de introduzir a mamadeira na alimentação do filho assim que começou a trabalhar, mas não teve sucesso e permaneceu amamentando por mais tempo do que gostaria, o que a exigia mais idas e voltas do trabalho, porque seu filho não aceitava a mamadeira.

Tentar eu tentava, mas não adiantava [risos]. Eu chegava em casa e ele vinha direto no meu colo já. Mas nunca tentei tirar ele do peito, eu queria que ele mamasse na mamadeira e no peito também, sabe. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Tendo feito diferente desde o início, Valentina conta que introduzia alimentação precocemente para que o desmame fosse mais tranquilo para ela e para o bebê.

agregava algumas coisas, mas continuava no peito. Mas eu tinha hora de dar o peito. Então sempre de manhã e de noite eu dava um aconchegozinho no peito, né, um mimozinho, um carinhozinho, todo aquele processo que eu também considero muito importante. Eu só não deixava aquilo ser excessivo, porque eu acho que tudo que é demais é prejudicial, tanto para a mãe como para o bebê. Depois para separar eu acho mais difícil, né, para outra pessoa cuidar é mais difícil, porque a criança vai ficar irritada, ela vai querer aquele carinho e vai ser mais difícil. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

O processo de desmame parece ter reflexividade mais livre por parte das mães, sendo as maiores influências para esta decisão o seu cotidiano doméstico e de trabalho remunerado, considerando e adotando o que é mais adequado para elas, e ressignificando as percepções sobre as necessidades das crianças.

Sua escolha e autonomia para o desmame parecem estar mais longe da normatividade da medicina do que no estabelecimento do aleitamento materno no pós-parto, embora em alguns momentos elas sintam necessidade de justificar um desmame mais precoce do que a norma. A decisão para o desmame é tomada com seu corpo e sua agência, a partir do que a mulher considera mais adequado para ela.

4.2 A MATERNIDADE COMO LUGAR NA FAMÍLIA E O ALEITAMENTO MATERNO COMO SENTIMENTO

O lugar de mãe é valorizado socialmente e a maternidade relacionada com a mulher e o papel esperado para ela, o que nos leva a refletir sobre a construção da identidade da mãe e questionar o desejo de ter filhos como desejo de se adequar ao modelo. As atividades de cuidado com as crianças e a casa são bastante trabalhosas, demandam tempo e energia física e mental, porém, Tânia da Silva (2016) discute que o discurso crítico ao modelo de maternidade não pode ser sustentado na biografia pessoal, e a mãe acaba por retrazer conceitos que valorizam a maternidade e ter filhos como a melhor coisa da vida de uma mulher, como se ao apontar as dificuldades da maternidade elas se tornassem “traidoras da espécie”. (SILVA, 2016, p.7).

A mesma autora desenvolve que, apesar da expressiva diminuição da natalidade no Brasil, nos estratos mais empobrecidos a maternidade é uma idealização que não é facilmente abandonada, pois está ainda fortemente vinculada à identidade feminina. Esta idealização perdeu força para as mulheres com maior grau de instrução e com maiores possibilidades na vida profissional, que obtinham novas formas de gratificação pessoal ao mesmo tempo em que pensavam na maternidade como opção, e não obrigação. (SILVA, 2013).

Na presente pesquisa, as mulheres entrevistadas tinham poucas possibilidades de emprego remunerado e baixo grau de instrução. Para Tânia da Silva (2013), a maternidade continuou muito mais vinculada à identidade das mulheres pobres, que encontram muitas dificuldades para trabalhar e estudar, e assim voltam-se para a adequação da representação social esperada, a maternidade como um dos únicos projetos de vida que são realizáveis, ou, como chama a autora, de “ideal desistido”. Muito jovens estas mulheres observam perspectivas de vida pouco atraentes, e a vivência da maternidade as permite um lugar social. A obtenção de prazer estaria relacionada a algum tipo de poder na relação com os filhos, a sensação de ser boa mãe e boa dona de casa, e no orgulho das dificuldades vencidas, embora admitam que filhos dão trabalho, problemas e gastos. (SILVA, 2013).

A contraposição a este lugar seria o da mulher que trabalha, é independente financeiramente e tem condições subjetivas e objetivas de optar ou não pela maternidade, e também melhores condições de exercê-la, caso desejar. A fala de Bruna, que relatou

desejar ser mãe desde seus 14 anos, demonstra que há uma análise destas duas construções de vida quando relata que “as pessoas que estudaram mais acham que tem mais valor do que a gente que não estuda, que tem filho cedo” (Bruna, 18 anos, 1 filha), tentando justificar e valorizar sua própria escolha, negando que a outra opção seria melhor.

Laís não é casada, não trabalha e não estuda. Seu lugar na família, de inserção e reconhecimento, é de “mãe” e de “cuidadora”. O aleitamento materno garante que ela seja imprescindível no cuidado de sua filha, e é ela quem se mantém em casa cuidando da filha, da sobrinha e da irmã menor, para sua irmã trabalhar e sua mãe fazer algumas diárias esporadicamente, o que auxilia na renda familiar. Ao mesmo tempo, também encontra prazer na “troca de carinho”, e este é um sentimento que imagina ser compartilhado por todas as mulheres que amamentam.

Eu acho que é como se fosse uma troca de carinho assim, né? Com ela, né. Às vezes estou dando de mamar pra ela, meu pai fala: “Olha, olha a cara dela”, e ela está bem assim, olhando pra mim... bem séria, olhando (...). Eu acho que [todas as mulheres] se sentem bem, que é, tipo, uma das melhores sensações que todas sentem, né. (Laís, 25 anos, 1 filha)

Já Gabriela pensa que a decisão é da mulher, “vai pela mãe”, pois existem mulheres que gostam de amamentar e mulheres que não gostam, mas afirma que para ela dar de mamar é uma coisa muito boa, “é quando a criança está mais perto de você, você sente mais a criança” (Gabriela, 30 anos, 3 filhos).

Suzana considera que poder alimentar seu filho com seu corpo é “coisa de mãe”. Se sente “como mãe” sabendo que o filho tira o sustento de seu corpo. Como já abordado, “o corpo é uma forma simbólica, na qual se inscrevem normas e hierarquias, [...], o esquema resultante para a vida social e política. O corpo é, portanto, “um lugar *prático* direto de controle social”. (BORDO, 1997, p.19). Suzana vê a possibilidade com seu corpo físico de exercer a maternidade de acordo com a norma. Ao relatar que se sente “como mãe”, Suzana está falando de uma concordância com as normas que a tornam “boa mãe”, e que com seu corpo coloca em prática. Não demonstrou sentimentos positivos quanto ao ato de amamentar em si, mas se orgulha com o fato de que isto o faça ficar “grudado” com ela, a chamando o tempo todo.

Chora se eu não der mamá pra ele, aí ele chora. Ele que ficar no meu colo. Daí ele vai com minha irmã, né, daí ele me vê, gruda na minha roupa e me puxa assim, quer ficar no meu colo [risos]. (...) Ele é grudado comigo, nunca vi... eu

acho até estranho, nem com o pai dele ele gruda assim. “Mãe, mãe, mãe!” Ele me chama de mãe e tudo... (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Há uma adequação ao que é esperado para ela como mãe, um engajamento em ser mãe como projeto de vida a partir de práticas cotidianas, mantendo o corpo “dócil” e regulado, acostumado e a serviço das normas. Sua identidade fica relacionada à estrutura que organiza e regulamenta, acessando o engajamento da subjetividade, à medida que ela deseja ser – e passa a ser – o que se propõe para ela, extraindo prazer e felicidade na maternidade, vivida ou idealizada. (FOUCAULT, 1984).

O prazer de amamentar por si só é relevante para a prática, independentemente de outras falas. Se por um lado Andréa, por exemplo, é concordante ao discurso médico que diz que o leite materno é bom para a saúde das crianças e que é mito a repercussão estética nos seios, por outro desconfia da proteção das doenças promovida. Mas em sua prática, gostava de amamentar e sentia-se única para a filha.

É bom, eu gostava dar de mamar a ele. Tem mulheres que não gostam né, porque dizem que o peito cai, que não sei o que [risos] Ah, mas eu gostava de dar de mamar pra ele, é gostoso. Eu me sentia tão bem, é tão gostosinho ver ele mamando... é bom. É ruim quando a mulher opta por não dar porque vai cair o seio, né, porque isso é uma mentira, né. Mas é bom por causa da saúde deles também, né. Ficam menos doentes. Apesar de que hoje em dia, né, está tão forte essas doenças, né, que nem o aleitamento do peito adianta [risos]. [...] Ah, é uma satisfação pra gente que é mãe, né, ver o filho da gente ali, crescendo saudável. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

A sensação de viver algo exclusivo com seu filho também é relatada por Joana e Melissa, como fonte de bem estar, e por Bruna, como fonte de frustração ao dar mamadeira a sua filha:

Ah, eu me sentia super bem [amamentando]. Era aquele momento só eu e ele, só eu poderia dar [o leite materno] pra ele. Eu me sentia super bem. [...] Aquele momento que só mãe e filho podem sentir, né. De ele olhando, assim, pra gente, dando de mamar, ele olha pra gente bem fixo, mamando. É um momento maravilhoso, muito gostoso. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Hoje eu olho pra ela, eu sinto falta dela no meu peito. Porque esse é um momento único, e um momento só seu e do bebê. Isso é inexplicável. Só quem amamenta sabe. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

[a filha] mama olhando nos teus olhos, assim, né, tem um contato de olhos. [...] [A mamadeira] é uma coisa gelada, bem fria. [...] Pode dar pra quem quiser segurar ela. Agora, o peito não, é só eu mesmo. Agora, a mamadeira, não, dá pra outra pessoa, ela mama... outra pessoa pode dar. (Bruna, 18 anos, 1 filha)

Os sentimentos de ser “boa mãe”, estar fazendo o que é esperado para ela, e ser imprescindível com seu corpo para a alimentação de seu filho são fontes de prazer na experiência da maternidade. Mesmo sendo construído socialmente, e uma perspectiva limitante da liberdade de escolha, o ideal de maternidade acessa um engajamento destas mulheres que as faz justificar, desejar e encontrar prazer neste exercício, na sua experiência vivida. Suas motivações são legítimas e elas tomam decisões sobre o que consideram ser melhor para seus filhos e filhas.

4.2.1 O lugar da criança na família

A criança é colocada no centro da família, e a preocupação com seu bem estar passa a ser prioridade. É vista como frágil e vulnerável, por isso, deve receber cuidado objetivo e segurança física continuamente. De maneira objetiva na rotina e também de maneira subjetiva e mental as mulheres entrevistadas demonstram ocupação constante com seus filhos e filhas e outras crianças pequenas sob seu cuidado.

Com carinho né, com atenção, né, porque se não tiver atenção, criança qualquer coisinha já se machuca. (Laís, 25 anos, 1 filha)

Criança tem que ter cuidado no geral, em tudo. Essa aqui precisa de um cuidado, a outra precisa de outro, a outra precisa de outro cuidado [falando do cuidado diferenciado para as três filhas]. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Ah, precisa de vigilância vinte e quatro horas. Cuidado, né, amor e carinho, acho que é tudo o que uma criança precisa, mas nessa fase que ele está, de mexer em tudo, ele precisa de cuidados, né, ficar vinte e quatro horas em cima dele, vinte e quatro horas. (Fernanda, 21 anos, 1 filho)

Joana, por exemplo, também expressa preocupação com a geração de crianças que está sendo criada enquanto tanto os pais quanto as mães trabalham. Disse que é imprescindível que se permaneça em casa com os filhos, para que eles sintam “a proteção da gente”, e se sintem seguros e amados. (Joana, 25 anos, 2 filhos).

O cuidado subjetivo, o amor e o carinho, não ficam em segundo plano para estas mães, e são vistos como igualmente importantes para o bom desenvolvimento da criança.

Algumas vezes estas duas formas de cuidado com a criança são relatadas como interligadas pelas mães.

Acho que [uma criança] precisa de **amor**, assim e atenção, tendo isso ela é uma criança feliz eu acho, tendo carinho das pessoas que estão junto com ela, acho que daí... tendo **saúde**, né... (Laís, 25 anos, 1 filha, grifos nossos)

Ah, de amor, bastante **amor**, bastante amor. Tem que ter **educação**, criança precisa de muita educação, eles são terríveis, né. (Joana, 25 anos, 2 filhos, grifos nossos)

tem que dar **carinho**. Você é única pessoa que está olhando, que ele confia naquele momento, então tem que passar **segurança**, dar carinho. Cuidar com amor, se não for pra cuidar, não ter amor com uma criança, então, não cuida. Por que vai ter momento chato, eles vão fazer cocô, eles vão chorar... nem sempre o choro deles é **fome**, às vezes o choro é só pra um **colinho**, às vezes é só uma manhinha mesmo... (Melissa, 31 anos, 3 filhas, grifos nossos)

O lugar de mãe as coloca em uma posição de doação daquilo que uma criança precisa. Em muitos casos, vemos que as mulheres se sentem responsáveis por todas as coisas que lhe pareçam necessárias para o filho, culminando na felicidade da criança. Pode haver ressentimento, e sensação de incapacidade, impotência ou fracasso quando não estão contentes com o que conseguem dar a seus filhos.

Ah, na minha vida nem eu sei o que eu preciso [risos]. Tantas coisas... Eu queria dar uma vida melhor para os meus filhos, uma casa melhor, uma vida melhor pra eles, melhor que essa aqui, que Deus até hoje me deu, né. Se eu pudesse eu daria uma vida melhor pra eles, melhor do que a minha [choro, emocionada]. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Eu acho que... não vou dizer que sou uma mãe, assim, perfeita, né, aquela mãe perfeita, mas eu dou o melhor de mim, entendeu? Eu dou o melhor de mim, assim, acho que o dia que eles ficarem maiores eles vão reconhecer tudo o que eu faço por eles. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

O ideal de maternidade perpassa, deste modo, também o que elas não conseguem fazer, imaginando o que é melhor para a criança. A mãe é colocada em posição “em relação a”, e não prioritária no seu próprio pensamento de bem estar. Suas decisões, assim, são moduladas por suas representações sobre o que a criança precisa, e o que eu, com boa mãe, preciso fazer para que isto seja alcançado.

4.2.2 O lugar da mulher na família

A criança precisa de carinho, amor e atenção. A mulher que é mãe precisa de paciência, para poder dar tudo isso à criança. Nota-se a preponderância da necessidade da criança, enquanto que a mãe está apenas cumprindo seu papel predestinado. Ela precisa de paciência porque não é permitida sua livre expressão. É a vontade e o bem estar da criança que importam, e que estão no centro da família. Suas necessidades são vistas sob o prisma do que é necessário para que ela cuide da criança, e não do que ela, enquanto indivíduo, necessita.

Foram muitas, constantes e recorrentes as referências à necessidade de paciência e correlatos nas entrevistas com as mulheres mães, assim como tento demonstrar nos trechos a seguir:

Eu acho que de **paciência** [risos]. Porque algumas [outras mães], por estresse, alguma coisa, também param de amamentar. Eu acho que é, né, **paciência, sossego** um pouco, porque se estiver num lugar muito estressado, muito tumultuado, acho que... com problema assim, acho que aquilo preocupa né e vai... faz com que não tenha a mesma troca com a criança. (Laís, 25 anos, 1 filha, grifos nossos)

Paciência tem que ter bastante né. Porque às vezes a gente sai um pouco da **paciência**, mas depois a gente tem que ver que não é assim. Mas tem que ter **paciência**. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos, grifos nossos)

Cuidar é difícil. É muito difícil cuidar de um filho. Têm que ter **paciência**, você tem que ter tempo pra eles, mesmo você trabalhando você tem que ter tempo, e às vezes você não tem aquele tempo que eles querem pra eles. Daí você já chega do serviço **estressada, cansada**, querendo descansar. Sabe que tem horas que a criança tira a **paciência**, né? [risos] Acho que é mais tempo pra eles, né, que eu tinha que ter, e eu não tenho muito tempo pra eles. (Andréa, 39 anos, 6 filhos, grifos nossos)

Dizem... não sei, não aconteceu isso comigo, mas dizem que se ficar nervosa, essas coisas, o leite pode não descer, não sei, acho que tem que **ficar calma** [risos]. (Joana, 25 anos, 2 filhos, grifo nosso)

Não é difícil cuidar de uma criança, eu não acho difícil. O difícil é a **paciência**, tem que ter muita **paciência** com uma criança pequena. [...] Olhe, haja **paciência**, haja **paciência**, se você não tiver **paciência**, se você for desestruturada, você acaba judiando da criança, entendeu? (Simone, 24 anos, 2 filhos, grifos nossos)

Tem que ter muita **paciência**. Muita **paciência** por que ele fica reinando, daí você vai tentar dar uma bolacha, ele não quer... É muita **paciência**, tem que ter amor, primeiramente, e **paciência**. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos, grifos nossos)

É interessante notar que a palavra “paciência” também apareceu nas conversas com as Agentes Comunitárias de Saúde em todas as Unidades de Saúde acessadas. Elas relatavam de diversas maneiras, e reiteradamente, que “as mães de hoje em dia não têm paciência”, que “o que falta é paciência”, e que as mães “não amamentam porque falta paciência”.

A maioria das mães entrevistadas também relatou que uma mãe precisa de paciência, porém, no sentido de que é o que elas possuem para lidar com seus filhos. Os relatos são de cansaço, pelo montante de trabalho físico e emocional que um filho pequeno demanda, além de atender a outras necessidades da vida. Desta forma, percebem em si mesmas esta paciência necessária; caso contrário, os filhos se machucariam, ficariam sujos, mal cuidados e mal alimentados. Desempenham conforme o papel de “boa mãe”. Esta busca pela paciência a todo custo, se manter neste papel, é trazida por uma moralidade da maternidade que apaga a mulher e suas necessidades, vendo-a vinculada apenas à maternidade, em detrimento de outras esferas da vida e do que é considerado bom para a criança.

De fato, alguém terá que ter paciência para cuidar, pois uma criança precisa ser atendida. Mas ao homem é permitido desistir, não ter jeito ou dom. É da mãe que se espera paciência, o que obviamente é um sentimento trabalhado subjetivamente, em cada uma delas, pois de outro modo não relatariam tão espontaneamente e repetidamente a necessidade de paciência.

Foram poucas e vagas as referências sobre o que uma mulher, enquanto pessoa, precisa. Porém, nota-se que ainda são referências pensadas a partir do que ela precisa para ter condições de dar o que a criança precisa.

A mãe precisa se alimentar bem, né, senão fica fraca. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Precisa de uma boa alimentação, não sei... (Joana, 25 anos, 2 filhos).

Precisa de conforto, paz, sossego, uma boa alimentação, só isso. Se tiver tudo isso, paz e tiver bastante paciência ela vai amamentar. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Valentina foi a única entrevistada que cotejou a necessidade da criança com a rotina que organiza a vida da mãe.

tem situações que se ele está chorando, eu deixo ele chorar, porque eu sei que ele quer colo. E aquele querer colo naquele momento não é viável, porque se toda hora que ele chorar naquele horário vai querer colo, então, independente do que eu estiver fazendo eu tenho que largar tudo para pegar ele. Então eu crio essa disciplina, então naquele momento: “Olha, a mãe não pode te pegar agora, a mãe está ocupada”. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Considera que, ao fazer tudo o que a criança quer, as mães “se tornam escravas dos bebês”, e que apenas mantendo a disciplina, não cedendo para não perder o controle, consegue “descansar, consigo ter minha vida pessoal, consigo ter minha vida conjugal, consigo ter uma vida social, sem me sobrecarregar”. Considera que é importante que a mulher tenha boa autoestima e se sinta bem consigo mesma.

Eu acho que ela precisa estar bem com ela mesma. Eu acho que isso é extremamente necessário, eu acho que ela tem que se sentir bonita, ela tem que se sentir amada, ela tem que gostar dela mesma. Então ela tem que se amar primeiro, porque aí, a gente gostando da gente, a gente tem condições de receber o amor dos que estão em volta, independente que seja do marido ou dos filhos, né. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Em última análise, portanto, a reflexão de Valentina também se insere na necessidade de cuidar do outro, o que culmina em “se cuidar para poder cuidar”, e ainda, em estar bem para não se abalar com as cobranças em relação as atividades de “boa mãe” e “boa esposa”.

Porque eu acho que hoje em dia o que está atrapalhando as mulheres é a autoestima delas baixa. Então elas não se sentem suficientemente boas mães, por algum motivo ou outro, ou por uma criança ficar doente, ou por o marido chamar a atenção porque a comida não estava pronta na hora. Isso tudo são coisas que pesam no psicológico de uma mulher, então ela tem que se sentir bem ao ponto de que se alguém cobrar alguma coisa, ela vai ter firmeza. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Sobre esta firmeza, relatou que uma vez passou por uma situação em que seus quatro filhos ficaram doentes ao mesmo tempo, e, por terem idades diferentes, precisou se organizar e levar a todos em serviços de saúde diferentes. Seu marido ficou nervoso e não soube o que fazer, enquanto Valentina disse que teve “que manter a classe” no curso da situação, para depois ter “um ataque dos nervos” sozinha, quando “ninguém escuta”.

Depois que sai todo mundo, que vai pra escola e você fica sozinha, aí dá um ataque de nervos, você grita, morde a toalha [risos]... porque ninguém escuta [risos]... solta tudo pra fora. Porque você não precisa disso, porque ninguém é panela de pressão, uma hora vai estourar em alguém, mas que não tem nem culpa. Então você chora um monte quando não tem ninguém em casa. Depois, quando está perto de o marido chegar, faz uma maquiagem, e aí a vida vai indo, né [risos]. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

A maternidade realmente é uma fonte de prazer para estas mulheres, engajadas subjetivamente em ser o que se espera delas. Elas estão, em diferentes níveis, conscientes de que a relação com um filho não é apenas fonte de prazer; é também de preocupação e dissabores. A noção de que a maternidade é uma escolha, entretanto, não apareceu em nenhum formato, em nenhuma das entrevistas, com mães, ACSs ou profissionais.

Tânia da Silva (2015) também concluiu em seu estudo que muitas mulheres mães atualmente conseguem admitir que talvez vivessem melhor se não tivessem filhos, ou se tivessem um número menor de filhos do que têm, porém, a ideia de não ser mãe não é elaborada, e em sua biografia nunca desistiram de ser mães. “Elas se orgulham da maternidade e os filhos dão sentido às suas vidas feitas de poucas perspectivas e sonhos abortados”. (SILVA, 2015, p.2353).

O fato de se engajarem subjetivamente no projeto da maternidade, ou que ele seja o projeto possível, não exclui totalmente a posição de escolha estas mulheres. A autonomia e a opressão não são duas polaridades definitivas. Há nuances entre elas que permitem a escolha diante dos fatos da vida.

O fato de que são socialmente constituídas e motivadas não significa, no entanto, que os indivíduos não façam escolhas e que estas não tenham impacto na definição de suas vidas. Mas significa que elas são feitas em meio a pressões, interpelações e constrangimentos que não são necessariamente percebidos como tal. (BIROLI, 2013b).

As experiências femininas em atividades tradicionais resultam de estruturas opressoras de gênero. Porém, são experiências importantes para a vida destas mulheres, subjetivamente engajadas na maternidade e posicionadas em um lugar onde lhes foi possível extrair algum poder. O problema está na continuidade desta estrutura social e política, que dificulta a escolha autônoma por roubar opções como a livre escolha pela maternidade e o acesso a educação e renda. A valorização da maternidade responde a uma parcela da estrutura social que mantém a mulher neste papel. A estrutura política precisa de

uma abordagem de gênero para combater definitivamente as desigualdades e aumentar o leque de opções para todas as pessoas.

5 O TRABALHO DO CUIDADO E AS RELAÇÕES DE GÊNERO

Precisamos pensar na democracia como a distribuição das responsabilidades no cuidado.

(Joan Tronto)

As relações que se fazem socialmente e que demarcam o trabalho do cuidado fazem deste um trabalho gendricado, baseado na responsabilização diferenciada de homens e mulheres nesta atividade, com prejuízos sociais e democráticos para as últimas. As soluções nas menores esferas de relação, a família, engendram a necessidade da instauração de uma rede de solidariedade de cuidado da criança, que se forma quase que exclusivamente por mulheres. Esta estrutura diminui as possibilidades de mulheres, desde jovens, na busca por educação e emprego, limitando seu leque de escolhas na vida, e sua autonomia.

As discussões deste capítulo abordam o trabalho do cuidado das crianças pequenas, a necessidade da criação e constituição de redes de apoio para este cuidado, e a que se refere a participação do pai nesta divisão sexual do trabalho, conforme as experiências das mulheres. Reflete sobre o trabalho gendricado também na relação com o estado e com as políticas públicas, e de que forma isto se estende nas necessidades da vida cotidiana das mulheres responsabilizadas pelo cuidado de crianças.

5.1 O CUIDADO DE CRIANÇAS

5.1.1 O cuidado como trabalho gendricado

As relações de cuidado que se formam são determinantes nas possibilidades de acesso a recursos, bem como um fator de organização das relações afetivas, configurando-se, nos padrões atuais, como reprodutor das desigualdades de gênero. As mulheres são as

mais responsabilizadas pelo cuidar, e por isso, as mais afetadas pela desvalorização social do trabalho do cuidado. Ser mulher permanece como motivo organizador da esfera privada, de forma desvantajosa para as mulheres, que continuam as principais responsáveis pelo trabalho cotidiano de reprodução da vida, naturalizando este processo e mantendo-as em uma tarefa tida como natural, pré-política, e portanto longe do acesso à igualdade. A responsabilização desigual pelos atos de cuidado, portanto, está no cerne de várias questões que perpetuam a desigualdade de gênero. (BIROLI, 2015).

A partir do conhecimento do curso de uma gestação, às mulheres é exigido o comportamento de proteção de sua cria. Suas ações não dizem respeito ao seu corpo, à sua saúde e sua liberdade; remetem-se agora ao bem estar dos filhos. As mulheres entrevistadas nesta pesquisa, por muitas vezes, expressaram-se responsáveis pelos filhos a partir de um reconhecimento de que seria natural a mulher fazer sacrifícios quando se torna mãe, apenas por ser mulher e mãe.

O cuidado das crianças remete à sua importância, à sua centralidade na família, que fica posta desde o momento em que a mulher se descobre grávida.

Ah, eu cuidava dele. Desde a barriga eu já estava cuidando. Comia as coisas certas que tinha que comer. Não fazia muita força, né, não pegava peso. Eu andava um pouquinho pra ele nascer rápido, assim. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Como o cuidado está naturalizado na figura da mulher e essencializado na aptidão para cuidar, engloba sacrifícios que devem ser feitos por seu/sua filho(a), como parte de sua função de mãe, e na busca pelo auto intitulação e prazer de se reconhecer como “boa mãe”. Quando ficou grávida, Laís conta que parou de sair, “ficava mais dentro de casa”, por medo dos riscos que o bebê poderia correr, mesmo não tendo experienciado nenhum problema durante a gestação.

Eu tinha medo de sair e passar mal, assim, né, de se sentir mal por causa da gravidez. [...] Me preocupava, né. Vai que se eu passasse mal, assim, né, não conseguisse mais... vai que acontecia alguma coisa com ela, tipo aborto, alguma coisa, por causa do calor, muita gente, alguma coisa assim. (Laís, 25 anos, 1 filha)

Joana, da mesma forma, conta que “amadureceu” quando soube que estava grávida, e passou a agir da forma que considera coerente a alguém que será solicitada pela necessidade de um bebê.

eu gostava muito de sair, essas coisas. E eu falo sempre pra ela [primeira filha]: “Oh, você que me deu juízo, você é meu juízo” [risos], eu falo pra ela. Daí a gente sabe que vai criar alguém que precisa da gente, e tá aí. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

No puerpério o cuidado de si é mantido pensando no bem do recém nascido, principalmente porque a mãe está alimentando a criança com seu corpo, e percebe uma relação entre seu corpo e o cuidado de si com a saúde de seu filho.

Depois que eu ganhei eu segui tudo certinho, comida sem cebola, sem sal, sem alho. Tanto que o meu bebê nunca teve cólica, e daí quando os dentes dele estouraram, né, porque está estourando ainda, ele não teve febre, diarreia, nem nada. Acho que por tudo que eu segui, certinho a alimentação depois do parto. Daí eu acho que trouxe uma boa consequência, porque ele não sofre quando os dentes dele estouram, ele não chora, não dá dor de cabeça, não dá diarreia, nada, se alimenta direitinho, nunca teve cólica. (Fernanda, 21 anos, 1 filho)

A normatização dos corpos se dá, no curso de uma gestação, de uma forma em que a mulher não é mais vista como uma pessoa, livre e autônoma de suas decisões e responsável por si mesma. O autocuidado tem caráter obrigatório pois, por seu corpo, uma criança está sendo cuidada. A gestação, na esfera do social e do cuidado médico, tem como objetivo a saúde da criança, em detrimento das escolhas, subjetividade e corporalidade da mãe. O sacrifício, se tiver que existir, é visto como parte natural deste processo, e deve ser encarado pelas mulheres pelo bem do bebê.

O sacrifício em prol da criança pode também gerar uma satisfação que é utilizada para amenizar os dissabores da maternidade, como o imaginado para o parto, as dores e as demais dificuldades no cuidado dos filhos. Suzana (21 anos, 1 filho) imaginava o parto como algo que traria uma “dor horrível”, mas consolava a si própria pensando que, pelo filho, iria aguentar.

Este lugar possível da maternidade é o projeto de vida realizável para muitas mulheres, especialmente dos estratos mais empobrecidos, onde a realização de outros projetos de vida tem acesso mais dificultado. Embora constrangida estruturalmente, a escolha pela maternidade é uma realidade vivida por estas mulheres, que extraem prazer na relação com os filhos, na satisfação de ser boa mãe e no enaltecimento de suas capacidades para vencer as dificuldades da vida. (BIROLI, 2013a; SILVA, 2013).

O pensamento de que elas são as responsáveis prioritárias pelas crianças faz com que estas mulheres mães ganhem forças para a tarefa do cuidado e mesmo encontrem

valorização de sua capacidade para o trabalho e em detrimento do que um homem poderia fazer.

eu sentia que alguém iria precisar de mim, por isso que eu reagia. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

eu tive as duas [filhas mais velhas] e sempre corri sozinha, quando elas ficavam doentes, eu ia sozinha para o médico, quando elas ficavam internadas eu ficava com elas, eu não abandonava elas em nenhum momento. Porque eu penso assim, a gente que é mãe, a gente nunca pode abandonar os nossos filhos, né. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

Não é fácil, a gente, mãe, sofre mesmo. Por isso que eles até falam... que a mulher... o homem não aguentaria o que a mulher aguenta. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

O próprio aleitamento materno é uma forma de sacrifício com o corpo. Ele é demandante de tempo e energia, e as intercorrências podem agravar o sacrifício exigido.

dessa [primeira filha] que fez [...] fissura, de ela por assim [a boca], e eu chorar de dor, mas tinha que amamentar. [...] Acho que ficou uns vinte dias assim. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

O sacrifício pela filha ou filho e a relação biológica com a criança também são fontes de diferenciação entre mãe e pai, suas aptidões e amor pela criança, conforme explicitado nas falas de Bruna e Simone:

Aquele amor, aquela coisa que a mãe tem... 9 meses, passar aquela dor. Eu passei por tudo isso pra ter esta criança. Agora o homem não, ele faz, ali, pelo prazer na hora, não por que ele vai fazer filho, o homem é mais pelo prazer de homem. Depois ele acompanha o que a mulher diz, né, então ele não sente, né. (Bruna, 18 anos, 1 filha)

[...] a partir do momento que você vê aquela coisinha ali, que saiu de você, você ficou 9 meses ali... da tua carne, estava dentro de você, saiu de dentro de você, saiu de dentro de mim, é minha carne, é meu sangue, é um amor assim que, sabe, é uma coisa, assim, quando você ganha o nenê bota no teu colo, é uma coisa maravilhosa, muito bom, muito bom. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

A aptidão para o cuidado é vista de forma diferenciada para homens e mulheres, conforme o relatado pelas entrevistadas. As mulheres cuidam, os homens não têm paciência, isto é, são inaptos ao cuidado. Quando ficam um pouco com as crianças, é para

brincar, mas quando começam a chorar, as crianças são entregues para quem “tem o dom” (Joana, 25 anos, 2 filhos).

Já ele [o marido] não tem muita paciência para ficar com ele, ele começa a chorar aqui, daí ele não consegue acalmar ele, daí a gente sempre fala: “Ó, é só nós duas que sabe acalmar ele”, pra ele ficar quietinho, ou ele está no colo dela ou no meu colo. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Daí eu deixo com ele, ele joga no colo da mãe dele. [...] Eu deixei com ele, fui lá, e estava com a mãe dele. “Ah, ele chorou deixei com a mãe” (Suzana, 21 anos, 1 filho)

[...] se eu não cuidar, quem é que vai cuidar? Eu que tenho que cuidar. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

A participação do pai será tratada mais à frente no texto.

Valentina considera o cuidar de uma criança como um trabalho comum, que exige organização, disciplina e cumprir metas e objetivos.

eu não acho que seja difícil, eu acho que exige disciplina, né. Se a gente conseguir fazer uma organização e disciplinar isso, é como se fosse um trabalho comum. Acho que se te exige como um trabalho secular, metas e objetivos, e você tem que cumprir aquilo. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Poder-se-ia supor que são atividades a serem cumpridas por qualquer pessoa. Porém, ao ser questionada sobre sua prática com o filho mais novo, observa que o pai não é o mais adequado ao cuidado enquanto o filho é pequeno. Valentina conta sobre quem leva Adão ao médico em outra cidade, quando necessário:

Valentina – E se for para ele levar, o bebê precisa de mamadeira, a criança chora, o homem não... pra essas coisas não funciona, tem que ser a mãe mesmo. Não adianta, quando ele for maior pode ser que... se ainda tiver a necessidade de fazer o tratamento, fica mais fácil, já sabe falar, né, mas enquanto bebê...

Pesquisadora – Ah, daí pode ser o pai?

Valentina – É, daí já fica mais fácil [risos], mesmo porque ele já entra em desespero. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

O auxílio de mulheres nas atividades de cuidado inicia desde cedo, como no caso das sobrinhas de Laís, que passam o dia com ela cuidando da bebê, e Joana, que incentiva sua filha a cuidar do irmão pequeno, solicitando sua ajuda nas trocas de fralda, e explicando que ela “tem que cuidar do seu irmãozinho, ele precisa de você” (Joana, 25 anos, 2 filhos). Gabriela também explica que “quando eu era nova eu sempre trabalhei de

cuidar de criança” (Gabriela, 30 anos, 3 filhos), adquirindo experiência para hoje cuidar de seus próprios filhos.

Além disso, Melissa, que cuidou de seus irmãos quando era criança para sua mãe trabalhar, pensa no cuidado em termos de projeção do futuro, e conta com suas filhas para cuidar dela na velhice, refletindo que “ser mãe é reeducar-se como filha”, pois passou a entender a jornada dupla de sua mãe e valorizar o enfrentamento das dificuldades, com “tudo que ela fez, tudo que ela passou”. No entanto, desta forma, reproduz o modelo vigente, mantendo o cuidado na esfera do privado, e um trabalho de mulheres.

eu penso assim, o meu futuro, né, mais uma filha com que eu tenho que dividir o meu tempo, talvez. Eu comento com elas: “Quando eu estiver velhinha, vocês não vão me jogar no asilo, né?”. Aí a outra fala: “Não, mãe, capaz”, falei “Então tá bom. Então eu quero passar três meses com uma, três meses com outra e três meses com outra”. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

É compreensível que, diante das ineficazes políticas públicas para a velhice, principalmente para Melissa, que não possui um trabalho formal, as filhas sejam vistas como um investimento futuro, para sua velhice, como uma das estratégias de enfrentamento da pobreza. Ter três filhas mulheres é motivo de maior confiança neste futuro, uma vez que é esperado que elas cuidem dos mais velhos. Se tivesse filhos homens, pondera que a segurança quanto ao futuro diminui, pois as noras nem sempre tem a obrigação de acolher as sogras. Os filhos homens não são cogitados para este trabalho.

Na família, o cuidado claramente é visto como uma atividade das mulheres, que se unem, se revezam e se ajudam nesta tarefa. Foram citadas prioritariamente as mães como fonte de ajuda, mas também tias, irmãs, sogras, primas, filhas mais velhas, vizinhas e amigas. Algumas das mulheres entrevistadas relataram não ser muito próximas afetivamente de suas mães. Neste caso, “não dá para contar” com elas no cuidado dos netos. As que, mesmo geograficamente longe, são próximas das filhas, auxiliam no cuidado subjetivo e no aconselhamento.

Com exceção do [primeiro filho], que minha mãe estava junto, mas do [segundo filho], da [terceira filha] e do Adão, eu cuidei deles três sozinha. Sem ajuda de alguém perto, então fralda, umbigo, gases, toda aquela coisa de recém-nascido, de cuidado, de cuidar do ouvido, quando estava amarelinho, toda aquela coisa. Então sempre tive de me virar sozinha nesse sentido, mas como eu passei com o [primeiro filho] eu acredito que eu fui uma boa aluna [risos], que minha mãe me ensinou muito bem nessa parte. Então alguma dúvida que eu tinha eu ligava pra ela. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Para Melissa, cuja mãe faleceu antes de suas filhas nascerem, ficou uma lacuna, pois ela seria a primeira pessoa com quem se contar neste momento, então conta que gostaria de ter tido esta ajuda.

Pra mim, por exemplo, eu não tive mãe, né, minha mãe faleceu eu já tinha... eu não tinha nenhuma das filhas, então pra mim foi bem difícil, assim, senti muita falta da minha mãe. Então sempre tive que fazer tudo sozinha, sair da maternidade... [...], no outro dia levantar da cama e fazer as coisas e sozinha. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

O cuidado objetivo, em fazer e oferecer comida, dar banho, tomar conta, também fica com as mulheres da família, que se ajudam mutuamente em formação de redes de solidariedade, principalmente quando já possuem suas próprias experiências, isto é, seus próprios filhos.

a **vó** dele vinha e ajudava, e as **sobrinhas** dele [do pai], né, vinham aqui ajudar, **minha mãe** ajudava, todo mundo ajudava, assim. (Suzana, 21 anos, 1 filho, grifos nossos)

Tinha essa minha **prima**, ela já estava com dois filhos já. Então o que eu não sabia, assim, porque a Lara era a primeira, ela daí dizia: “Jo, olha, não é assim”, “Faz assim”, então ela me ajudava um pouco nessa fase que eu não sabia. (Joana, 25 anos, 2 filhos, grifo nosso)

Daí também tem a **minha sogra**, que já teve três filhos, já teve um monte de netos, então ela me ajuda, ela fala: “Olha, filha, é assim”, “Ó, dá o chazinho”, daí eu tenho ela pra me guiar, né, nas coisas para eu fazer com ele. (Joana, 25 anos, 2 filhos, grifo nosso)

Pra cólica, a **mãe** deu chazinho até os 6 meses [...]. Camomila, erva doce... Daí ela [filha] até dormia. (Bruna, 18 anos, 1 filha, grifo nosso)

Eu já tinha base assim né, por causa que minha prima teve neném antes de mim, né, daí eu cuidava do filhinho dela... eu gostava de cuidar... trocava fralda, dava comida, então já sabia como tinha que cuidar, né, cuidava bastante da minha prima, assim. Daí já sabia cuidar, assim, né, e **minha tia** ficou de licença 10 dias, do [primeiro filho], quando tive ele... a primeira vez, né, pra me ajudar, assim, né, cuidar porque eu estava ruim dos meus pontos, ela ficou 10 dias pra me ajudar... dava banho pra mim. E do [Danilo] não, do [Danilo] cuidei sozinha, sozinha, assim... (Simone, 24 anos, 2 filhos, grifos nossos)

A construção social da maternidade que se faz a partir do corpo coloca a mulher mais próxima à ideia de natureza, e ligada às questões de reprodução e cuidado. A mulher fica relacionada, e muitas vezes limitada, ao seu útero e a todas as atividades ligadas à reprodução, como naturalmente femininas, e ainda em um nível de hierarquia abaixo do

ocupado pelos homens. A visibilidade das funções da mulher na reprodução cria um vínculo com as atividades que precisam ser exercidas posteriormente ao parto, como a amamentação e o cuidado da criança. A responsabilidade foi dividida socialmente de forma não justa e igualitária, porque se cria esta percepção de que a natureza está influenciando na capacidade de cuidar. (ORTNER, 1979).

A confiabilidade destas mulheres em suas familiares e amigas nesta capacidade feminina torna-se bastante intensa, e raramente as práticas das pessoas com mais experiência são questionadas. Suzana conta que a única coisa de diferente entre seu trato com o filho e o de sua sogra é que “só o peito que ela não pode dar” (Suzana, 21 anos, 1 filho), e que a sogra ainda auxilia outras questões, que ela não saberia sozinha.

Ela [sogra] fala assim, né, quando falta alguma coisa. Uma coisa que eu não sei, ou está com febre, ou está doente, ou ela mesma dá o remédio, ou ela me ensina a fazer o remédio, comprar o remédio, assim, essas coisas. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

eu voltei para Goiás antes de ganhar o [primeiro filho], então eu tive o [primeiro filho] junto com a minha mãe. Então ali ela já me ensinou e já me instruiu muitas coisas, né. (Valentina, 39 anos, 4 filhos).

eu concordo com tudo o que ela [mãe] fala. Até agora não me deu nenhum motivo pra discordar dela... todos os cuidados... se minha filha está bem é por que ela me ajuda muito. Se eu ganhei foi por ajuda dela, se eu gerei bem é por causa dela. Eu concordo com tudo o que ela fala. (Bruna, 18 anos, 1 filha)

Minha madrinha foi fundamental nessas horas. Era de madrugada, eu ligava pra ela, ela já “Não, não deve ser nada, deve ser fome” ou “Aperta o ouvidinho pra ver se é dor de ouvido”, “Passa a mão na barriga pra ver se ela chora de cólica”. (Luana, 26 anos, 2 filhas)

O que se aprende com a experiência das mulheres da família é considerado de grande importância pelas mães entrevistadas, que passam a enxergar-se como experientes também, e muitas vezes aptas a compartilhar suas experiências com outras mulheres.

Tudo eu fui guardando, né, e hoje está aí o Ricardo. Mas mais ou menos eu sabia, né. Eu tenho um irmãozinho pequeno, sobrinho pequeno, primo pequeno... cuidava também. [...] Eu aprendi, né, cuidar das crianças. É assim, né. Agora eu sei mais, né, com o Ricardo, experiência de perto. Meu filho, né. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

A individualidade da criança também é importante no cuidado, e a experiência pessoal vai demonstrando que para cada filho, em cada fase, vive-se algo novo, inesperado, que não há como padronizar e normatizar.

sempre é um desafio novo, a gente nunca sabe como fazer corretamente a criação dos filhos, tudo é novo, oito anos é novo, daí vai fazer nove, nove anos é novo, mesmo que um já tem nove anos e vai ter, um outro filho que vai fazer nove anos, mas a natureza de um filho é diferente daquela, né, um é diferente do outro, então tudo é novo. Não tem uma apostila para você criar o seu filho: “você faz isso”, igual você estuda pra formar e tem uma cartilha que você vai tirar o diploma e vai passar em primeiro lugar, não existe isso, é o dia a dia que faz isso, né. E as experiências, a gente vai vendo aquilo que a gente acha que está certo. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Existe uma valorização subjetiva no trabalho do cuidado para estas mulheres. Um sentir-se bem com suas tarefas, e uma dignificação em ser “boa mãe” e “boa dona de casa”, alcançando assim seu projeto de vida realizável. As poucas perspectivas de vida em outras esferas trazem na maternidade um lugar social e uma sensação de valorização que teriam acesso muito mais difícil por outras vias. (SILVA, 2013).

O cuidado da casa, e a execução das atividades domésticas, também ficam sob a responsabilidade das mulheres, que se sobrecarregam fazendo tudo sozinhas ou encontram apoio nas outras mulheres da família.

Olha, eu não acho difícil [cuidar e amamentar uma criança]. Mas eu tenho uma ajudinha, né. A minha sogra me ajuda demais, ela fala: “Oh, vai lá e fique com ele, cuide bem dele”, então as coisas da casa, assim, é ela que faz. Só quando ele está dormindo daí eu venho, dou uma corridinha e ajudo. Mas se for assim, vamos colocar, em casa e filho, essas coisas, é difícil. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Daí o Ricardo ficava o dia inteiro lá com a vó dele, com as tias, com a vó dele. Ficava o dia inteiro com as gurias, lá. Só de noite que ele vinha comigo dormir. [...] [Eu] ficava limpando a casa, fazendo comida, lavando roupa. Essas coisas... só mexendo na casa só, o dia inteiro. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Quando está separada do marido, Suzana volta para a casa de sua mãe, e não encontra o mesmo auxílio com o cuidado do filho, pois sua mãe “tem os dela”. Desta forma, é ela que sozinha passa o dia inteiro cuidando do filho. Isto lhe dá a impressão de que quando está longe do pai, o filho “fica mais chato”. Isto se configura como uma sobrecarga para Suzana, que pede para sua sogra que “leve ele lá um pouco”, pois fica “sem paciência para cuidar dele”. Às vezes chega a ter pensamentos extremos:

Às vezes da vontade de largar ele, assim. Esses dias... eu até pensei em dar ele já, pensei até em dar ele pra alguém. Sério, esses dias eu pensei: “Vou dar ele pra alguém”, ‘meu’, ele não para! (Suzana, 21 anos, 1 filho)

As relações de parentalidade, com a biologização do parentesco, e a naturalização da maternidade criam uma moralidade que é diferenciada para as diferentes pessoas da família, e para homens e mulheres. A última pessoa a abandonar é a mãe, e ela não poderia abandonar (ou ela é “desnaturada” – não corresponde à sua natureza). A condenação da mãe relacionada ao abandono não está fora de nenhuma outra lógica imposta à mãe, ao contrário da paternidade, que tolera separações sem colocar em risco a moralidade ou o seu *status* de pai. (FONSECA, 2009). O trabalho é da mãe, mesmo quando as condições exteriores não são favoráveis e são injustas para quem permanece cuidando.

As desigualdades impostas pela divisão sexual do trabalho também passam pela maior vulnerabilidade da posição da mulher em um casamento e cerceamento de sua livre vontade, pois a decisão de rompimento tem custos diferenciados para homens e mulheres. A independência econômica das últimas é mais difícil ser alcançada, pela socialização diferenciada entre os gêneros e pela responsabilização desigual que sobrecarrega seu tempo e energia. Resulta em uma apropriação coletiva do trabalho das mulheres, liberando os homens. (BIROLI, 2015; 2016).

As desvantagens das mulheres para participar na esfera pública as tornam vulneráveis, e muitas vezes dependentes de um relacionamento, ou de políticas públicas que também se formam como reprodutoras das desigualdades, e não contribuem para o alcance da autonomia feminina. Isto ocorre porque elas estão sendo responsabilizadas por tarefas cotidianas que deveriam ser de responsabilidade de cada um e do coletivo, e como problema político tal desigualdade permanece invisibilizada.

Se às mulheres é permitido o divórcio, ou a maternidade sem casamento, esta escolha pode estar relacionada a constrangimentos materiais, a depender de sua dinâmica social. Não são as escolhas que geram constrangimentos. A exploração de seu trabalho na vida doméstica afeta as outras áreas de sua vida. Os movimentos feministas muito contribuíram para alargar as possibilidades das mulheres na vida pública, e na resignificação das relações de gênero. A família, no entanto, “permanece, ainda assim, como nexos na produção do gênero e da opressão às mulheres” (BIROLI, 2016, p.731), mantendo a posição desvantajosa para elas, revelando conexão entre a vulnerabilidade feminina e a divisão sexual do trabalho.

Ana Rosa, mãe de quatro filhos, considera como invariavelmente dela as atividades domésticas, mas observa que o cuidado do filho menor, incluindo o aleitamento materno fornecido a ele, é também uma tarefa extenuante, e que na combinação das duas, não resta muito tempo de organização ou para ela mesma:

Mas, agora, assim, de casa... pra fazer as coisas de casa, com ele, pra dar conta... daí não tem como. É muito complicado. Você tem que esperar ele dormir um pouquinho pra poder fazer as coisas, porque, tipo assim, eu não tenho ninguém que me ajude [...]. Você não tem tempo pra você, tipo assim... nem pra tomar banho, se você ficar dependendo dele, tem que colocar ele junto com você no banheiro pra poder tomar banho, sete, oito horas da noite. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

Luana deixou de trabalhar como manicure após o nascimento de sua primeira filha. Assim como Ana Rosa considera exaustiva a rotina de cuidado das crianças e da casa, dificultando a realização de todas as atividades.

[...] quando eu penso em fazer alguma coisa, a minha sapeca [primeira filha] vai e acorda a irmã, daí já não consigo fazer mais nada. [...] Não conseguir manter minha casa do jeito... limpa, né... sempre tem bagunça, mal consigo estender a minha roupa, a comida tem que ser feita rápida, correndo [...] Aí tenho que estar sempre com essa daqui [Camila] no colo, tendo que fazer as coisas... (Luana, 26 anos, 2 filhas)

Algumas das entrevistadas trabalham fora, ou pensam em poder trabalhar. Neste momento, lançam mão de estratégias para arranjos familiares que as permitam, ou que permitam outras mulheres da família, a procurarem emprego. Assim, vemos uma rede de solidariedade para o cuidado, formada exclusivamente por mulheres – mães, tias, avós, primas, irmãs – em que algumas trabalham, e outras cuidam dos filhos das que trabalham.

Por exemplo, Laís permanece em casa cuidando de sua filha, e também das sobrinhas e irmãs menores, para que sua irmã trabalhe e sua mãe possa fazer diárias para contribuir na renda familiar. Ela não tem condições de buscar um emprego, pois cuida de todas as crianças. Simone deixa seus dois filhos com a bisavó para manter um trabalho remunerado formal, muito embora o pai dos meninos tenha tempo disponível para cuidar.

Andréa considera que “depende” de suas filhas, em especial da filha mais velha, para o cuidado dos irmãos menores, pois a logística de levar os filhos à creche não se encaixaria em seu cotidiano, dificultando ainda mais, uma vez que o município não possui vagas suficientes, em lotações convenientes para as mães, próximas de seus domicílios ou trabalhos, e que aceitem crianças da idade de todos os seus filhos. Deste modo, a filha de

Andréa, que tinha 20 anos no momento da entrevista, permanecia em casa cuidando dos irmãos menores. Por precisar trabalhar, considera que não consegue cuidar bem de seus filhos, pois não possui tempo para aconselhá-los. Relaciona sua falta de disponibilidade para a família com as frequentes faltas de seus filhos à escola, culminando em sua perda do benefício do Programa Bolsa Família. Sobre isto, reflete:

Mas eu acho engraçado, se fosse Bolsa Família, então independente se estar na escola ou não estar, recebia do mesmo jeito. [...] No caso, eles são todos dependentes de mim, e aí eu perdi, não sei por quê. [...] você está vindo na minha casa, né... não tenho nada, e perdi o que mais me ajudava. O Bolsa Família me ajudava na renda de casa. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Desta forma, Andréa não enxerga outra solução, que não manter sua filha mais velha em casa para cuidar dos dois filhos menores, enquanto ela trabalha para o sustento da família. O modo como são ofertadas creches no município, não se adequa ao cotidiano, que estaria mais complicado sem a ajuda de sua filha. Vemos, entretanto, uma mulher sendo necessária ao cuidado, permanecendo em casa, para que outra trabalhe.

eu deixo [os dois filhos menores] com a minha filha, eu dependo dela. Porque, se eu não tivesse ela para cuidar dele, eu iria estar correndo atrás de creche pra ele, e minha vida iria ser uma correria também, né, imagine você ter que conciliar, levar na creche de manhã cedo, ir trabalhar, depois, de tarde, na hora do almoço iria ter que ter um horário pra levar o meu de sete anos na escola, e um horário também pra poder buscar, né, iria ser uma correria a minha vida. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

A desvalorização e despolitização do trabalho do cuidado geram enormes desvantagens para quem ocupa esta tarefa. Como são as mulheres as responsabilizadas, seu tempo será gasto em benefício dos outros membros familiares, gerando para elas maiores dificuldades de provimento da vida. Estas dificuldades serão maiores quanto menor for o apoio de instituições públicas. Atreladas à atividade do cuidado, as mulheres veem “reduzidas não apenas suas condições para o exercício de trabalho remunerado, mas também seu acesso a tempo livre e oportunidades de autodesenvolvimento”. (BIROLI, 2015, p.111).

A falta de apoio estatal é sentida também por Melissa, que não possui trabalho remunerado formal, mas recorre à ajuda de sua prima quando aparece uma diária, o que aumenta seu rendimento. Conta que recebe o benefício do Programa Bolsa Família, e assim pode permanecer em casa com suas três filhas. Se conseguisse um trabalho formal,

analisa que gastaria mais em creche para suas duas filhas menores do que o salário recebido em um emprego de acordo com sua formação, portanto, não possui condições objetivas para trabalhar fora de casa.

Eu precisava de creche, no caso. Porque pra eu trabalhar, familiares não tem ninguém. Minha irmã trabalha, os que poderiam ficar também trabalham, então eu precisaria de, agora, no caso, pra eu poder trabalhar, mesmo, o que está difícil é creche para elas, mesmo. Para as duas [menores], né, porque a outra [mais velha] é [escola] integral. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Nas ocasiões em que consegue trabalhar em regime de diária, paga para sua prima cuidar das filhas. Neste caso, Melissa tem seu pagamento subtraído, para pagamento do cuidado de suas filhas, e outra mulher também é subpaga pelo seu serviço de cuidado, propagando a vulnerabilidade econômica entre mulheres.

Nesta divisão entre mulheres que trabalham e mulheres que cuidam, na família de Melissa tem mais mulheres que trabalham ou estão procurando emprego, o que faz com que ela sinta mais a carência de políticas públicas que lhe deem este suporte, como a necessidade de vagas em creches municipais.

Esta condição limita as escolhas das mulheres, que ficam na responsabilidade de cuidar das crianças e só podem trabalhar quando contam com ajuda, que, permanecendo na esfera do privado, limita a escolha e oportunidade de outra mulher. A prima de Melissa, que cuida de suas filhas esporadicamente, assim colocou para ela a inviabilidade desta rede de cuidados:

Tem a minha prima, mas ela ficava, assim, porque era uma vez ou outra, né, uma vez por semana que eu trabalhava. Mas ela já me falou, eu perguntei: “se eu arrumar um serviço registrado, certinho, você fica?”. “Ah, não fico. Não fico porque ganha muito pouco pra cuidar de criança. Nem quero, não compensa”. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Valentina relata outro tipo de dificuldade para encontrar um emprego formal, que ela relaciona com o fato de possuir quatro filhos. Ela é técnica em contabilidade e possui experiência na área. Deixou um emprego que considerava bom para acompanhar o novo marido (pai de seu filho mais novo), mudando de município. Continuou prestando serviço remotamente por um tempo, mas quando acabou seu contrato de trabalho e também sua licença maternidade como autônoma teve que procurar alternativas para manter no mesmo

patamar a renda familiar suficiente para a família de seis pessoas, e pagar pensão dos três primeiros filhos do marido.

Mesmo sem familiares próximos para auxiliar no cuidado das crianças se fosse trabalhar fora, Valentina procurou emprego, pois considera que com sua formação, seu salário seria suficiente para compensar pagar alguém ou algum local para cuidar dos filhos menores, diferentemente do quadro imaginado por Melissa em suas possibilidades. A dificuldade, no caso de Valentina, foi sentida no que se refere à reação de possíveis empregadores frente à sua quantidade de filhos, sendo um deles ainda bebê.

eu creio que algo que atrapalhou... que vêm atrapalhando, eu acredito, além da quantidade de filhos, eu tenho um bebê, porque eles sempre perguntam: “Está amamentando?” Eu: “Não, não estou amamentando, têm creche, têm pessoas que cuidam”, né. [...] Mas mesmo assim eu achei tudo muito difícil, estou achando uma dificuldade muito grande nessa parte. [...] porque sempre as pessoas: “Ah, que pena”, eles falam logo assim, então existe esse termo, eles deixam bem claro, né. (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Desta forma, Valentina começou a fazer salgados em casa, para vender, pois após a perda do seu rendimento “já caiu metade, mais da metade da renda que entrava na casa, em seis pessoas. Então está bem complicado agora para nós, então só está o meu esposo trabalhando” (Valentina, 39 anos, 4 filhos).

Além da quantidade de filhos, Valentina credita à sua falta de titulação parte da dificuldade para encontrar emprego (“30% por não ter graduação”). Conta que não conseguiu terminar sua graduação, em contabilidade, “justamente devido a falta de recursos”. Valentina ficou muito tempo solteira, após a separação do primeiro marido, cuidando dos três primeiros filhos. Com um valor insuficiente de pensão, os recursos eram destinados à sobrevivência, a impossibilitando de concluir a graduação.

o meu filho mais velho não têm pensão, os dois menores têm pensão, mas é bem pouco, o valor da pensão é de trezentos reais, mas é para os dois. Então fica bem difícil, então eu sozinha, com os três, tinha que acudir... então tinha sempre aluguel... (Valentina, 39 anos, 4 filhos)

Para situações como a dela, acredita que deveria haver um recurso estatal, “por exemplo, programas para ajudar” na conclusão dos estudos, para mulheres com filhos, que não conseguem ter recursos disponíveis para criar os filhos e também poder pagar cursos profissionalizantes ou manter-se na graduação.

Mesmo sem negar o prazer da maternidade, existe reflexividade sobre sua experiência vivida, e as dificuldades que encontram as fazem refletir sobre a realidade da maternidade e do cuidado de crianças.

na verdade a gravidez, assim, ela é uma... é uma fantasia. Depois, ganhou, passou. É uma coisa bem esquisita, assim, você sente aquilo ali, os nove meses, está gerando, é especial, é diferente. Mas nasceu, acabou. É uma fantasia durante... enquanto está ali. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

[Na gestação] Só sentia dor nas costas, que nunca mais sarou. Minhas costas nunca mais voltou ao mesmo que era antes, sinto dor nas costas até hoje. Pra dormir é horrível. Eu vou fazer um livro “A realidade da gravidez”. [...] Verdade, por que todo mundo elogia “Ai, a mulher barriguda!”. Pra dormir, meu Deus do céu, nos últimos meses pra dormir é horrível, é estressante ficar grávida. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

Desta forma, ficam evidentes formas de resistência contra um modelo de maternidade, e a reflexividade em torno da vivência como mãe em comparação com a romantização da maternidade e seus padrões.

Em contrapartida, encontrando seu lugar social e enfrentando as dificuldades da vida, a responsabilidade pelo cuidado traz sensação de bem estar e de valorização para algumas destas mulheres.

eles são uma benção. Eu gosto demais de ser mãe, ah, eu sou a galinha com os pintinhos, que gosta de estar com os pintinhos do lado, eu sou desse jeito, sou muito cuidadosa. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Foi difícil, mas foi bom, é bom, sabe, muita coisa boa. Eu me virei sozinha, tive que fazer sozinha. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Automaticamente é assim, a gente vira mãe, a gente esquece da gente [...]. Não tem como explicar, não tem como explicar o amor de mãe, é uma coisa assim... eu daria minha vida por eles. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

Assim, vemos que a maternidade e o cuidado de crianças não emprega apenas extração de prazer, como a imagem comumente veiculada, mas também não é apenas sofrimento, sujeição e vitimização. Melissa exemplifica desta maneira:

eu não concordo com esse ditado assim: “Ser mãe é padecer no paraíso”, por que a gente nem padece, também nem é paraíso, né, nem sempre é um paraíso. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

A extração de prazer e os sacrifícios impostos pelo exercício da maternidade coexistem e não chegam a ser contraditórios na experiência destas mulheres. “[...] a ênfase nas experiências singulares dos indivíduos é um passo importante na atribuição de relevância social e política a suas perspectivas e interesses” (BIROLI, 2013a), tomando-se o cuidado da consideração de que as preferências socialmente aprendidas não se tornem dispositivos reprodutores de desigualdades e relações de poder, como ocorre na maternidade como valor positivo, mas que naturaliza a divisão sexual do trabalho. A experiência vivida pelas mulheres mães não está dissociada da maneira como representam a naturalização da maternidade.

O que vemos é a manutenção de relações de cuidado como problema para a democracia, pois mantém a mulher na responsabilidade do trabalho desvalorizado socialmente, natural, pré-político, mantendo a desigualdade. A divisão precisa ser vista como um gerador de arbitrariedades que restringem os indivíduos em suas possibilidades de escolha. A responsabilização diferenciada entre homens e mulheres para as atividades de cuidado é definidora de construção de alternativas e oportunidades. (BIROLI, 2015).

Ainda que não se configure em uma coação propriamente dita, o trabalho do cuidado é assumido pelas mulheres, que veem seu tempo e seu esforço despendido em prol de outros. Elas não são controladas, e não tem seu acesso à esfera pública negado, *a priori*. Porém, suas condições de exercer esse direito não são as mesmas de quem não é responsabilizado pelo trabalho do cuidado. O cuidado, portanto, atua como modulador da sua posição em outras esferas da vida. Não se trata de uma exclusão, mas como Flávia Biroli (2015) coloca, de “formas desiguais de inclusão”, e que, portanto, “A escolha do casamento e a reprodução das formas convencionais da família [...] pode ser explicada [...] pelo ônus imposto quando as mulheres procuram construir suas vidas de outras formas”. (BIROLI, 2015, p.91).

No caso do cuidado de crianças, é necessário considerar que quem está sendo beneficiado é uma pessoa que ainda não pode realizar vários tipos de tarefa sozinha. O cuidado de crianças, é, portanto, uma contribuição social, de responsabilidade de todos e que deveria pressupor igualdade na distribuição de tarefas, na esfera pública e privada. A necessidade é se estruturar oferta de serviços públicos de maneira suficiente (creches, escolas em período integral, Unidades de Saúde, ações de lazer) e alternativas sociais, como cozinhas coletivas, rodízio no cuidado, entre outras ações. (BIROLI, 2015).

A realidade, no entanto, é que mulheres e homens possuem responsabilizações diferenciadas no cuidado de crianças, de maneira desvantajosa para mulheres, que gastam seu tempo e sua energia neste trabalho invisibilizado, enquanto que suas oportunidades de autodesenvolvimento diminuem. São mães e mulheres relacionadas a ela as responsáveis, e uma ou outra, em cada relação, verá afetada sua possibilidade de participar igualmente da vida social e pública.

5.1.2 As redes de solidariedade

As redes de solidariedade para o cuidado das crianças se constroem ao redor das mulheres, nas diversas fases da gestação, puerpério e infância das crianças. Bruna relatou que sua mãe foi “sua médica”, orientando e cuidando com tudo o que podia durante a gestação. Gabriela precisou de auxílio no puerpério, também contando com a ajuda de sua mãe, que assumiu os cuidados com o bebê enquanto ela permaneceu no hospital por tratamento de saúde.

Só que o [parto] dela [primeira filha], depois que eu ganhei, a minha cesárea inflamou – porque foi cesárea o dela –, daí eu tive que ficar um mês no hospital, e ela ficou em casa um mês com a minha mãe, e eu fiquei no hospital. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

A rede de solidariedade de Gabriela na família também serviu de suporte financeiro, uma vez que os pais de suas duas primeiras filhas são de “relacionamentos rápidos”, conforme ela descreveu. Ora sua mãe cuidava das meninas para Gabriela poder trabalhar, ora ela obtinha suporte financeiro de seus pais para “sustentar as meninas”. Atualmente Gabriela fica a maior parte do tempo em casa, mas quando trabalha sua mãe, sua irmã e suas cunhadas se revezam no cuidado dos menores e para levar os maiores para a escola.

A solidariedade possui um componente material e outro afetivo, e isto constitui a base dos relacionamentos familiares. Uma grande parcela da população acima de 60 anos auxilia seus filhos, financeiramente ou com a prestação de serviços, estabelecendo-se muitas vezes como o único apoio existente, principalmente nos casos em que as políticas sociais falham. (PEIXOTO, 2007).

As atividades de cuidado das crianças são frequentemente assumidas pelas avós quando as mães trabalham fora de casa. Para as camadas populares, esse tipo de arranjo impede a superação da situação de pobreza, pois não atuam no sentido de promoção social, mas sim de suprir as necessidades cotidianas de sobrevivência. (PEIXOTO, 2007).

Não restritas às avós, as mulheres parecem se dividir na família entre as que trabalham e as que cuidam dos filhos de quem trabalha. Não é possível que todas trabalhem, pois não haverá quem cuide. Não dá para todas cuidarem, (especialmente as separadas), pois não haverá renda suficiente. A rede de solidariedade funciona como subsistência, mas não prevê superação da condição atual.

Ele ficava na minha irmã pra eu trabalhar. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

[quando eu era nova] cuidava da minha sobrinha, para minha irmã ir trabalhar. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

Daí ele [Danilo] eu deixo ali [na creche], antes de trabalhar né, ali já pego o meu ônibus já, e ele sai 5 horas da tarde, né. Daí o [primeiro filho] é [escola] só de tarde, não tem o dia inteiro, daí o [primeiro filho] de manhã fica com a vó, a vó dá o [achocolatado] dele, toma o café da manhã dele, almoça, toma banho, vai pra escola. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

As mulheres que trabalham também cuidam, nos horários que não estão trabalhando, e nos dias de folga.

Ela [a ex-sogra] ajuda, assim, mais no final de semana, porque ela trabalha o dia inteiro. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Esta rede de proteção, no entanto, não pode ser sempre eficiente e disponível. Suzana e o pai de seu filho se separam e reatam continuamente. Quando estão morando juntos, ficam na casa da sogra de Suzana, e ela passa as tardes na casa de sua mãe, e juntas cuidam do filho e dos irmãos menores de Suzana. Quando se separam, ela volta a morar com sua mãe, que é com quem pode contar. O pai de Ricardo argumenta não contar com a mesma rede de proteção, pois receia que se sair de casa algum dia, para morar com Suzana, sua mãe não o aceitaria de volta.

A rede de proteção de Suzana, todavia, é frágil e limitada, pois com Suzana e Ricardo a casa passa a contar com 14 moradores no total, com as rendas apenas do

padrasto e do tio de Suzana. Deste modo, a mãe de Suzana a incentiva a reatar com o marido, mesmo ela já tendo sido agredida fisicamente por ele.

Andréa também não conta com ajuda próxima da mãe. No cotidiano, quem a auxilia no cuidado dos filhos menores é a filha mais velha. Porém, em momentos de necessidade, situações não rotineiras, mas que são inerentes ao cuidado de uma criança pequena, recorre à sua mãe. Como o pai de seu filho mais novo paga como pensão um valor fixo, estas situações ficam a encargo de Andréa, que esclarece:

o menino fica doente às vezes não tem um dinheiro pra comprar um xarope às vezes, eu tenho que me virar, passar o cartão da minha mãe as vezes pra comprar as coisas pra ele quando fica doente. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Então, mesmo referindo ter pouca ajuda de outras pessoas, há sempre mulheres no entorno do cuidado das crianças da família, como verificamos na fala de Andréa:

eu só dependo das minhas filhas mesmo, se eu tiver que contar com outras pessoas, eu não tenho com quem contar. Tem a minha irmã, né, ela me ajuda, às vezes quando eu estou sem nada, ela me ajuda. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Ana Rosa demonstra ressentimento por não contar com uma rede de solidariedade eficiente para o cuidado de seu filho mais novo. Ao mesmo tempo, sua filha, que possui dois filhos e passa todas as tardes na casa de Ana Rosa, lhe cobra participação em sua rede.

Ela fala assim que não dá conta de cuidar dos dois, sozinha. Mas daí eu já não posso ajudar, porque ele [Gustavo] também... Quando eu posso ajudar, eu ajudo. Quando eu não posso... eu falo pra ela que é difícil pra mim... (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

As redes de solidariedade que se formam são femininas – e bastante relacionadas às avós maternas –, e estão funcionando como uma estratégia de manutenção da vida, da maneira conforme é possível. Há revezamento de mulheres que cuidam e trabalham, porém isto gera menores possibilidades de autodesenvolvimento em educação, emprego e renda para umas e/ou outras. Portanto, não há, desta maneira, expectativas de superação da pobreza, pois o trabalho do cuidado continua desvalorizado e tido como pré-político, invisibilizado e mantido na esfera privada. O cuidado de crianças é uma função social, e deve ser pensado como tal. A responsabilização diferenciada e a falta de apoio estatal são

as bases das desigualdades e estão no centro das questões de autonomia das mulheres que são mães.

5.2 O PAI, A MÃE E A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO DO CUIDADO

5.2.1 A participação do pai

São diversas as situações das mulheres entrevistadas e os pais de seus filhos. Algumas estão casadas com o mesmo companheiro, e possuem todos os seus filhos com eles. Algumas têm filhos de relacionamentos anteriores e no momento moravam com o pai do filho mais novo, ou ficaram solteiras após a separação do(s) pai(s) dos filhos. Mas em todos os casos – com exceção de Laís, que não citou o pai de sua filha nenhuma vez – as referências ao pai versam majoritariamente sobre a questão econômica.

Como são eles que possuem trabalho remunerado fora de casa, possuem o trabalho produtivo, que gera a renda econômica para a família, a atribuição como pai está intimamente ligada à questão financeira, e os homens são avaliados quanto à sua adequação à parentalidade pelo montante de dinheiro disponibilizado, desde o pagamento do teste de gravidez, até a qualidade e quantidade de bens e produtos comprados e destinados aos filhos. Desta forma, o “bom pai” é aquele que “não deixa faltar nada” ou que “compra tudo o que eu peço”. Isto gera consequências na vida, na autonomia e na liberdade destas mulheres.

A permanência na relação conjugal com o pai de algum dos filhos, bem como os acordos feitos em relação à pensão, são definitivos para a vida destas mulheres. No caso das mulheres entrevistadas, a impossibilidade de conseguir ou manter um trabalho remunerado fora de casa, principalmente formal, as aprisiona em uma condição de tuteladas pelo marido, que possuem o dinheiro, e este é compartilhado mais livremente enquanto estão casados, mas passam a fornecer ajuda financeira escassa (se existente) quando não participam mais da vida em família.

Andréa conta que quando estava casada com o pai dos seus primeiros cinco filhos, não tinha preocupações, pois “ele não deixava faltar nada nem pra mim nem pros meus

filhos”, e ela não precisava trabalhar. O pai de Pedro Augusto, seu filho mais novo, no entanto, de um relacionamento passageiro, a deixa em situação desconfortável em relação às possibilidades de cuidado com a criança. Desde a gestação possui gastos com o bebê, que não são divididos com o pai da criança:

nos meus nove meses de gestação ele não deu nada, nenhuma fralda, nenhum dinheiro pra nada. Eu tive que bancar sozinha, a minha gravidez todinha. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Após a criança nascer, a pensão definida na justiça, em acordo, não é sentida como correta por Andréa, que analisa os acontecimentos da vida cotidiana não abarcados pelo valor fixo definido:

A pensão do pai dele pra mim não dá pra nada. É cento e cinquenta, o que eu vou fazer com cento e cinquenta pra cuidar de uma criança? A pessoa sabe que uma criança, ela gasta mais que cento e cinquenta. Então, ele manda só isso, mais nada, não manda, tipo, nem dinheiro pra remédio quando o menino está doente. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Desta forma, conta que qualquer gasto extra fica a seu encargo, desde a gestação. Desabafa que está “tentando criar” o filho, mas que após se ver obrigada a assumir um emprego como operadora de caixa, que não considera bem remunerado, mas necessário, percebeu seu tempo reduzido, criando um embate entre o trabalho remunerado e o cuidado da casa e dos filhos, que leva à exclusão de um ou de outro. Conta que “se não trabalhar, não pago conta, não faço nada. Não vou conseguir cuidar deles”. Porém, com a encargo do trabalho:

Eu não tenho muito tempo pra eles, para os dois [filhos menores], que acho que é o tempo que eles precisavam que eu estivesse com eles, né, eu não tenho muito esse tempo não. Porque se eu tirar um tempo pra eles eu tenho que faltar o serviço, né. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Joana, em situação oposta, conta que agora que é casada não tem mais preocupações. Na primeira gestação, “eu fiquei sozinha, né [...], eu chorava demais, tudo me estressava [...]. Daí depois eu conheci o meu marido”, que registrou também a primeira filha, e trabalha para que ela fique em casa cuidando dos filhos, auxiliada por sua sogra.

No caso de Suzana, as constantes separações do pai de seu filho também a mantém em uma maior vulnerabilidade econômica. Ela considera Ricardo muito novo para a creche

(também porque não é aceito em creches municipais), então ela deve cuidar dele até que fique “maiorzinho” e ela possa trabalhar. Quando está morando com o pai de seu filho, conta com o dinheiro dele, e não busca fonte de renda, programas de transferência ou pensão para que ela tenha autonomia sobre o dinheiro. Quando se separa, demoram a conversar sobre pensão e, embora ele compre tudo para a criança, ela fica sem fonte de renda, até que reate o casamento e volte a morar com ele.

Por enquanto não [recebo benefício do Programa Bolsa Família], acabei de separar do pai dele. Acho que vou receber pensão, né, vou pedir pensão para ele, só, por enquanto, né. Porque vou esperar [o Ricardo] crescer um pouquinho para por na creche, para trabalhar. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Nesta situação, vemos o cerceamento da liberdade de Suzana, pois quando precisa voltar para a casa de sua mãe após a separação, adiciona gastos a uma família que já conta com 12 pessoas, e não vislumbrar renda que não seja proveniente do marido certamente limitam a autonomia e as possibilidades de escolha de Suzana.

Deste modo, mesmo tendo sido agredida pelo ex-marido, e relatar que o cuidado que este presta ao filho limita-se a colocá-lo de castigo, o considera “um bom pai, um bom marido”, tendo alcançado esta graduação de bom pai por cumprir suas obrigações financeiras, comprando o que Suzana e o filho precisam. De fato, a dependência econômica a coloca nesta posição, e o cumprimento das obrigações financeiras com o filho coloca o pai em um patamar de “bom pai”.

Esta é uma situação preocupante de cerceamento de liberdade, nas possibilidades de escolha, que também foi vivida por Andréa. Ela conta episódios da violência sofrida pelo ex-marido:

Meu ex marido, na gravidez dela ele quase me matou com faca, tudo. Se eu fosse um pouco mais fraca, acho que tinha pegado a faca em cima da minha barriga, e hoje em dia não era pra ela estar aqui, não. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Mas, com poucas condições econômicas para cuidar de seu filho mais novo com uma pensão fixa, avalia, sob a perspectiva do tempo passado, as condições que tinha para cuidar de seus primeiros cinco filhos quando era casada, considerando:

Ah, eu quando estava com o meu ex marido não me incomodava muito, sabe, porque bem ou mal, assim, ele não deixava faltar nada nem pra mim nem pros meus filhos. Até hoje ele nunca deixou faltar nada para as crianças, ele não deixa. Por mais que ele viva a vida dele lá torta, né, mas ele nunca deixou faltar

nada. Tipo remédio, quando a criança está doente, a gente fala ele vai lá e compra, é roupa, material, essas coisas, nessa parte ele faz. Não tenho o que reclamar dele mesmo. Se eu reclamar dele eu estou sendo muito injusta com ele. Então na minha gestação quando eu estava com ele eu não me incomodava muito. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Valentina também conta que, ao se separar do primeiro marido, passou a receber uma pensão de trezentos reais, para cuidar de três crianças. Neste momento teve que parar seus estudos, abandonando a graduação em economia e outros cursos profissionalizantes, para trabalhar. Assim, não concluiu seus estudos, o que limita suas possibilidades na busca por um emprego formal e, portanto, a renda de sua família.

Fernanda relata que durante sua gestação e primeiros meses de vida de seu filho não tinha preocupações porque era casada e porque ela também possuía emprego formal e estava em licença maternidade. Quando Joaquim estava com 10 meses ela se separou do pai da criança, e não estava mais trabalhando. Ela encontrou outra forma de arranjo com o pai de seu filho, que está sendo vantajoso para ela em sua avaliação.

Ele ajuda com tudo, roupa, calçado, fralda, alimento, e ele fica com a criança no final de semana, então ele sempre se mantém presente e ajuda em tudo que precisa. Tipo, eu, desde que a gente se separou, eu não compro nada, eu sempre ligo e falo: “Ah, está faltando”, “Está faltando”. Então se você colocar na ponta do lápis sai bem mais que se um juiz determinasse um valor de pensão, porque ele ajuda com tudo, nisso por enquanto eu não me queixei em nada. Ele ajuda em tudo o que é necessário. (Fernanda, 21 anos, 1 filho)

Ainda assim relata em termos de “ajuda” recebida pelo pai da criança, transparecendo as relações tradicionais de gênero que se faz na parentalidade, reproduzidas mesmo em uma experiência que está sendo conveniente para ela.

Melissa relata um outro tipo de problema estrutural em relação as responsabilidades parentais e suas possibilidades financeiras de criar suas filhas, além de demonstrar a violência sofrida nesta negociação com o ex-companheiro:

[Ele diz:] “Você foi embora, então não quero saber de mais nada, porque eu não mandei você ir embora”, Então ele largou mão das meninas, daí eu estou com ele na justiça, por causa das duas também. A [filha do meio] por pensão e o bebê por reconhecimento de paternidade, porque ele não quer reconhecer, agora. Uma vez que eu vim embora, ele não quer reconhecer. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Esta situação de vulnerabilidade de quem fica recebendo uma escassa pensão para cuidar do(s) filho(s) não é menos preocupante na formação de uma nova família pelo pai. Este é o caso de Luana, que possui duas filhas com seu marido, que já tem filhos de outras

relações. Ela conta que o dinheiro que fica para ela e suas filhas é insuficiente, e deste modo, vemos três famílias em situação de vulnerabilidade:

Luana – Como é só o salário dele pra manter tudo, é bem difícil. E ainda ele paga pensão fora, ele tem mais quatro filhos fora.

Pesquisadora – E ele paga pensão dos quatro filhos?

Luana – Dos quatro filhos. Vai quase tudo o salário, quase tudo. Praticamente tudo. A gente se mantém com uns 300 reais que sobra, quando sobra.

Pesquisadora – Esses quatro filhos são com uma pessoa?

Luana – Duas... três com uma e um com outra. [...] Só pra uma... dos três, ele paga 700 reais. Pra outra filha, ele paga 400. Lá vai mil. Ainda tem as despesas da casa, fralda, leite, mamadeira, e... tem muita coisa. Aí a gente passa bem apertado. (Luana, 26 anos, 2 filhas)

A vinculação da atividade do pai como financeira faz a percepção de cumprimento do dever em relação aos custos com a criança. Suzana conta que seu ex-marido é “bom pai”, pois “Tudo que falta em casa eu peço ele vai e compra”. Assim vemos que as mulheres cuidam (mães, sogra, tia), e os homens, o pai da criança – quando presente, seja como atual ou ex-companheiro –, fica responsável por comprar as coisas que a criança precisa, ou o que ela “pede na rua” (Suzana).

Desta forma, voltamos à reflexão política do cuidado, pois vemos claramente que há uma divisão entre trabalho produtivo exercido pelos pais, e trabalho de cuidado exercido pelas mães e outras mulheres. Vemos que desde cedo as mulheres da família se engajam nas atividades de cuidado, como nos casos das sobrinhas de Laís, as filhas de Andréa, Melissa e Ana Rosa e a irmã de Bruna. Continuam cuidando das crianças da família, tratando-se de seus netos, sobrinhos e sobrinhos-netos. Subjetivamente, as estruturas tradicionais mantêm estas mulheres na esfera do privado, limitando suas possibilidades de busca da vida pública, em termos de educação, trabalho e renda. Objetivamente, as condições que estas mulheres encontram para alcançar possibilidades são desiguais em relação ao que se proporciona aos homens da família. Se em casa já ficam com a maior ou toda a carga do cuidado da casa e dos filhos, fora dela não encontram as estruturas estatais necessárias, como formação para busca de emprego e vagas em creches para alocar seus filhos.

Além da questão financeira, outras referências à presença do pai relacionam-se à afetividade, porém de uma forma bem mais diluída do que a presença da mãe. A importância do pai está relacionada à sua permanência na família, para que o filho tenha a figura paterna, porém, não há relato do que proporciona objetivamente esta presença.

Suzana, por exemplo, não conseguia vislumbrar a diferença entre seu casamento e a paternidade de seu filho. Além de não saber como proceder em relação à pensão, preocupava-se que o filho crescesse sem o pai, achando que não tem pai, reforçando ao longo da conversa que a presença do pai é muito importante. Ao ser questionada sobre esta importância, Suzana repetia-se, reafirmado que era muito importante, sem saber explicar o porquê, como se a existência de um pai (julgada pela permanência no casamento) tivesse importância finita nela mesma.

Eu fiquei pensando, né... como que eu vou criar ele né. Ele [pai da criança] trabalha, tudo, tem como sustentar ele... [...] Ele vai pensar: “Quem é meu pai?” “Não tenho pai?”. Pensava isso só, como é que eu iria criar ele sozinha, né. Queria criar com o pai, né, não queria criar com minha mãe. Queria que fosse criado junto com o pai dele... (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Da mesma forma que Suzana, Andréa entende que a simples presença do pai é de suma importância para o filho. “Não ter pai” é algo que a preocupa, considerando que esta ausência pode repercutir negativamente na vida de seus filhos.

Imagine, eu levo ele na escola, né, às vezes vê os amiguinhos tudo com pai, eu não sei se ele vai pensar isso, né, de não ter pai, né, no dia dos pais né, chegar ali e não estar o pai. [...] Não sei, se um dia ele chega pra mim e fala: “Mãe, porque que o meu pai não vem me ver?” o que que eu vou responder pra ele? Vou falar: “Ah, filho, teu pai não vem porque ele mora longe...” Isso não é desculpa, né. (Andréa, 39 anos, 6 filhos)

Conta que esta presença é importante porque o pai também deve “participar na existência do filho, no crescimento”, porém, ao ser questionada sobre o que seria esta participação, Andréa responde que apenas deseja mais dinheiro do pai de seu último filho, para poder cria-lo melhor.

Na divisão sexual do trabalho, a esfera privada fica despolitizada, mantendo a mulher na subordinação por meio da desvalorização de seu trabalho. As relações entre homens e mulheres não são vistas como questões políticas. Remete assim à alocação da mulher na família e da sua posição social a partir do homem provedor. A esfera econômica, portanto, é guardada ao homem, que terá maiores condições de exercer seus direitos na vida pública e vantagens na vida privada. (AGUIAR, 1997).

Ao contrário de Suzana e Andréa, entretanto, Melissa considera que a contribuição econômica é uma responsabilidade indissociável, mas a participação como pai está na esfera da afetividade.

Não quer saber das filhas, o que eu vou fazer? Forçar eu não posso. Mas, agora, financeiramente ele vai ter que ajudar, nem que seja um pouco, dessa responsabilidade eu não vou deixar ele fugir, não... se ele não quiser ser pai, daí é uma questão dele, né. (Melissa, 31 anos, 3 filhas)

Outra questão valorizada por algumas destas mulheres, perante si mesma e perante os outros, como família e conhecidos, é o fato de ser casada, “estar com o marido do lado”. A família tradicional, composta de pai, mãe e filhos, é compartilhada e valorizada por algumas delas.

Lá [na casa do pai da criança] é uma coisa, você está com o marido, né, está com o marido do lado. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Gabriela - Só que, uma coisa que aconteceu é que quando eu estava grávida das duas [primeiras filhas] eu não tinha a companhia de um homem, né. Eu me sentia mais sozinha, mais triste, porque eu não tinha um companheiro pra me acompanhar. Eu ia nas consultas, não tinha ninguém pra ir comigo, eu ia sozinha, então eu não tinha. Agora já no dele [Caio] foi diferente, o meu marido me acompanhava em tudo, ficava comigo, quando eu ficava muito ruim e ia para o hospital ele ficava do meu lado. A única coisa que mudou foi isso, o resto foi tudo bom, tudo certinho.

Pesquisadora – E o que muda para você ter essa companhia?

Gabriela – Ah, é importante, né, porque a gente se sente acolhida, né. Porque quando eu estava sozinha, eu ia no hospital e chegava lá, o marido das mulheres tudo com elas, e eu sozinha. E isso aí era triste pra gente, eu ficava triste, mas quando eu estava com o meu marido, daí já me dava aquela alegria. Pensava: “Ah, estou aqui com meu marido”, tal... Quando eu fiquei grávida, o povo ficava falando, “mais um filho”, “mãe solteira”... E já quando eu fiquei grávida dele [Caio] ninguém ficou falando, porque eu já estava casada, estava na minha casa. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos)

Apenas no caso de Laís não houve de nenhuma forma referência à existência de um pai da criança. Mesmo sendo questionada sobre possibilidades para o cuidado e sobre auxílio financeiro, Laís não se referiu a uma figura paterna, ou ao recebimento de pensão.

Ao contrário do que acontece com a percepção das atribuições da mãe, os homens não são vistos como aptos para o cuidado, nem pelas mulheres e nem por eles mesmo, que conseguem utilizar-se do estereotipo para alocar as atividades de cuidado para as mulheres da família.

Ele [o pai] poderia ajudar a olhar, né. Mas é que eu tenho medo de deixar, eu não sei se ele sabe cuidar. Comigo estando perto eu deixo com ele, pelo menos. Mas ele chora, também. Não sei se ele sabe cuidar, assim. Nunca fiz um teste, deixar um dia com ele sozinho. Daí eu deixo com ele, ele joga no colo da mãe dele. [...] Eu deixei com ele, fui lá e estava com a mãe dele. “Ah, ele chorou deixei com a mãe”, ele falou bem assim... (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Às vezes o pai pega ele um pouquinho, ele fica reinando, o pai já traz: “Ah, ele não sossega”, “Ele não fica quieto”. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

A divisão sexual do trabalho do cuidado implica que haverá responsabilização desigual das atividades, no caso, entre homens e mulheres. (BIROLI, 2015). A responsabilização de homens no trabalho do cuidado não tem acesso consciente, e muitas vezes é tomado como ajuda. Simone conta que o pai de seus filhos “nunca foi de ajudar”. Ao ser questionada o porquê, explica:

Simone – Ah, sei lá, tem homem que tem jeito com criancinha pequena, tem homem que já tem medo, porque é muito pequenininho. Tem homem bruto, assim... tem medo de machucar, acho que é por isso, assim, né. E eu também estava ali, né, então ele não ligava muito, assim... agora, assim, pra trocar, as coisas pra dar banho, ele nunca [ajudou]. [...]

Pesquisadora – E ele ajudava em outras coisas quando o [Danilo] era pequeno?

Simone – [risos] Não, ele não ajudava em nada, não lavava louça, não passava uma vassoura na casa, nada. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

É interessante notar que algumas atividades são atribuídas ao masculino de tal forma, que quando são realizadas por mulheres, elas são identificadas como figuras masculinas, paternas, como o expressado por Joana:

Na [gestação] da [primeira filha] foi a minha prima, que eu falo até para o meu marido, eu sempre dizia para o pessoal, que ela que era o pai dessa criança. [...] Ela me ajudou durante a gravidez. Eu fiquei na casa dela, eu cuidava das crianças dela para ela ir trabalhar, e eu grávida, né, então fiquei na casa dela. (Joana, 25 anos, 2 filhos)

Já aos homens com habilidades para o cuidado, é atribuída a feminilidade, e com esta, relaciona-se a maternidade:

Tem homem que é mais materno, mais maternal, mais mãe, tem homem que já é assim. Eu não julgo, é o jeito dele assim, tem homem que é assim, não faz nada. Tem homem que ajuda, tem homem que é uma mãe. (Simone, 24 anos, 2 filhos)

A participação do pai, portanto, está quase que restrita à esfera do econômico, da vida pública. A figura paterna é um bem em si mesmo. Uma vez que a mãe é naturalmente apta ao cuidado, esta tarefa não remete ao pai. A definição de um “bom pai” está vinculada ao provimento da casa. Este é o outro lado da divisão sexual do trabalho, que não será

rompida se o acesso das mulheres à vida pública não atingir igualdade. Para isto, é necessário que o cuidado saia da esfera pré-política e seja entendido como compartilhado entre os membros da família e de responsabilidade da esfera social e estatal.

5.2.2 A divisão sexual do trabalho

A divisão entre o trabalho produtivo realizado por homens e o trabalho reprodutivo realizado por mulheres está presente de maneiras bastante marcantes nas falas destas mulheres, por que marcados também em seus cotidianos. É corriqueiro vermos estas mulheres trabalhando o tempo todo (em casa ou fora dela), sem tempo de descanso, pois assumem o cuidado da casa e das crianças da família, em tempo integral, ou após chegarem do trabalho fora do domicílio. Ou seja, “quando é teu, você é obrigada a olhar, é obrigada, tipo... é teu. Quem pariu Matheus que balance, né, como diz o ditado” (Simone, 24 anos, 2 filhos). Os homens, por sua vez, descansam quando estão em casa, porque já trabalharam durante um período.

Ele [pai] trabalha à noite e de dia ele fica em casa. Trabalha só de noite. O dia inteiro ele está em casa dormindo, para trabalhar de noite. (Suzana, 21 anos, 1 filho)

Esta visão de trabalho produtivo considerável quando fora do lar, quando remunerado, é compartilhada por algumas mulheres entrevistadas, mesmo em face às suas dificuldades no cumprimento das obrigações que considera competir a ela. Luana conta que teve que parar de trabalhar quando teve sua primeira filha. Agora, com duas meninas em casa, relata que não consegue dormir e não tem tempo de realizar todas as atividades domésticas: “Por que eu não consigo... eu mal consigo lavar minha roupa, que é só jogar na máquina e estender, né. Eu não consigo”. O marido trabalha em regime de escala, e quando questionada sobre a ajuda que recebe em casa, explica que o esposo “tem que descansar”, porque “ele trabalha”, então, “os dois dias de folga que ele em, ele dorme”.

As mulheres ficam quase que exclusivamente responsáveis pelo cuidado das crianças, porém algumas não possuem uma rede de solidariedade eficiente nas suas relações familiares e de amigas. Ana Rosa possui uma filha mais velha, que possui seus

próprios filhos, razão pela qual não a auxilia. A cunhada de Ana Rosa possui a mesma idade, filhos mais velhos e também um filho temporão, da idade de Gustavo. Por perceberem-se como na mesma situação as duas se auxiliam conversando e se aconselhando, mas não prestam ajuda objetiva uma a outra. Pensando em uma pessoa que poderia ajudar com todos os afazeres, Ana Rosa lembra também não encontrar corresponsabilidade em seu companheiro.

No cuidado dele? É só eu mesmo, o pai pega um pouquinho, assim, olha ele um pouquinho. Mas o resto sou eu que faço, a higiene dele, dá banho, o leitinho dele de manhã pra ele tomar, sou eu que faço. É tudo eu. Eu sou sozinha pra tudo, mesmo, pra cuidar dele. (Ana Rosa, 37 anos, 4 filhos)

As mudanças ocorridas no caráter institucional da família, como pela esfera jurídica das formas de união e separação, e as mudanças culturais das relações entre homens e mulheres enfraqueceram a autoridade do pai. Porém, a família é um espaço de interação afetiva onde as demandas à mãe são mais proeminentes. Se às mulheres o acesso à esfera pública foi aberto, e a possibilidade de rompimento de um relacionamento insatisfatório existe, suas atribuições na esfera privada pouco se modificaram, com vantagens para os homens, que se beneficiam do trabalho do cuidado deles mesmos e de seus filhos mesmo sem participar ou participando pouco deste trabalho. (ARAÚJO; SCALON, 2005).

Tal divisão sexual do trabalho proporciona objetivamente diferenças nas possibilidades de acesso à esfera pública, pela socialização e responsabilização diferenciadas, que restringe às mulheres suas possibilidades de escolha. A desvalorização do trabalho do cuidado, por sua vez, contribui para o silenciamento das experiências das mulheres, e ultrapassar essa questão implicaria em que homens teriam que se desfazer de seus privilégios. (BIROLI, 2015).

Esta clivagem de gênero está na ordem da subjetividade e gera novos conflitos, permitindo repensar o trabalho do cuidado como da esfera do privado, e de responsabilidade feminina. Novas dinâmicas de organização entre homens e mulheres precisam emergir, garantindo mesmas condições a todos os membros. Ao se tratar do cuidado de crianças, no entanto, o cuidado não pode ser negado; precisa ser pensado por políticas públicas que sejam adequadas às novas relações sociais. (ARAÚJO; SCALON, 2005). Nega-lo significa mantê-lo desvalorizado e despolitizado, o que amplia a vulnerabilidade social das pessoas que exercem o trabalho do cuidado. (BIROLI, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de tese aqui apresentado buscou compreender como é a experiência de mulheres mães frente ao aleitamento materno, a partir de inter-relações que se fazem a depender das especificidades de sua vida e também a partir do discurso médico-científico sobre o ideal da amamentação. Foi necessário refletir sobre estes processos de amamentação e de outras formas de cuidado, analisando as subjetividades que se formavam e formulavam soluções para o vivido no cotidiano, que por vezes se conflitava e por vezes se coadunava com as diferentes estruturas e relações pessoais de cada mulher mãe.

Portanto, as contribuições a que se chega partem da vida real de mulheres e sua posição e lugar de mãe, suas necessidades e negociações externas e internas, além de compartilhamento de práticas e saberes entre as mulheres para a tomada de decisões na vida cotidiana. O cuidado de crianças pequenas é bastante dependente desta relação entre mulheres, em uma rede de apoio que se organiza para as funções diárias com a criança, e se modificam sensivelmente de acordo com a participação do pai (financeira ou em cuidado) e com a carência ou presença de serviços e políticas públicas.

Para esta reflexão, percorremos os processos de instituição da maternidade, como um acontecimento normatizado, e que, em contextos médico, jurídico, social e cultural, definiram a feminilidade a partir da maternidade e vincularam mulher à naturalização do cuidado. Esta instituição da maternidade repercute na vida das mulheres de maneira subjetiva, como fonte de coerções, culpa ou valorização, e de maneira objetiva, em questões de direitos, acesso e condições de emprego e renda, cotejando suas vontades, desejos e escolhas em termos de possibilidades e subjetividades. Porém, elas não estão em papéis de opressão quando se tornam mães. Passam a tomar decisões sobre a melhor forma de alimentar e cuidar, não exprimindo culpa pela execução contrária de alguma norma que não se adequa a elas, e borrando as coerções com valorizações e satisfação em fazer conforme é possível. Ao mesmo tempo, entretanto, estes arranjos que as mulheres organizam para o cuidado estão na esfera do privado, e atualmente se mantêm invisíveis para a politização e democratização do cuidado.

O reflexo de um entendimento de ordem social e de questões sociopolíticas mais amplas sobre a maternidade e o maternar faz a subjetivação de uma obrigatoriedade

implícita de exercício de uma função predestinada, e referente à natureza essencializada das mulheres. Ao mesmo tempo, existem normas a serem seguidas para o bom cuidado da criança, relacionadas a concepção, gestação, parto, aleitamento e alimentação.

O Estado reproduz uma biopolítica dos corpos que liga a maternidade e a tarefa do cuidado à natureza da mulher é compartilhado pelas instituições em Saúde. Visando a saúde e o bem-estar do bebê, a biomedicina vem formulando normas para a correta prática do cuidado, que serão seguidas pelas “boas mães”. As instituições em Saúde também se estruturam politicamente, criando uma base para Políticas Públicas que partem do pressuposto do papel de mãe na sociedade, invisibilizam o trabalho do cuidado e prejudicam a busca pela igualdade de condições entre os gêneros. Para as mulheres que auxiliaram na construção desta tese, a inadequação dos serviços e políticas públicas tornam seu cotidiano mais difícil e o pensar sobre o futuro mais limitado. Sobre a reprodução das normatizações, no entanto, são traduzidas pelas mulheres, conforme sua condição conjugal e familiar, escolaridade, condições de emprego e renda, e a rede de mulheres com quem podem contar, formulando suas soluções cotidianamente.

Muito se avançou, socialmente, culturalmente e politicamente nesta área, impulsionada pelos movimentos feministas, que discutem as questões de cuidado dentro da família e a responsabilização do Estado nesta atividade, além de desconstruir a imagem naturalizada da mulher que é mãe, e da criança como prioritária nesta relação, em detrimento das necessidades das mulheres, protegendo sua saúde e seu direito de escolha.

Entretanto, em escala ampla, o sistema de saúde permanece insensível às discussões de gênero, mantém as mulheres vinculadas à natureza, biologiza os corpos e constitui-se em um obstáculo para o combate às desigualdades de gênero. As ações, políticas e programas institucionalizados em saúde baseiam-se nas diferenças tradicionais de gênero e não se permeabilizaram com as problematizações de gênero e novas necessidades contextuais sociais, com vistas a repensar a medicalização do corpo feminino, o direito reprodutivo, a divisão sexual do trabalho e a valorização do trabalho do cuidado.

Neste caminho, o exercício da biomedicina na prática cotidiana de profissionais de saúde segue a biologização do ser humano, aplicando normas e regras que são definidas pelo que se toma como abstrato para a saúde de uma pessoa. A maternidade, o cuidado com a criança e o aleitamento materno também estarão sujeitos às normatizações da medicina, que tenta se impor como o discurso verdadeiro sobre estes processos. O vivido

pelas mulheres, no entanto, atravessa muitas relações, que se fazem na sua vida social, cultural e familiar, e muitas vezes se conflitam com a norma médica.

O ideal da maternidade pensado socialmente e também pela biomedicina engloba várias regras, práticas e rotinas lógicas, e se, por um lado, as mulheres participantes desta pesquisa fazem parte das representações coletivas a respeito da maternidade, se engajando e extraindo prazer em corresponder ao modelo, por outro lado, suas experiências atendem às necessidades cotidianas, observando outras lógicas que não podem ser previstas nas normas. Não se trata de discordar da valorização social da medicina e suas práticas, mas conflitar reflexivamente, situação a situação, a partir de outras relações e significações importantes na vida da mulher.

Tampouco estas mulheres experimentaram condições de desconstruir as lógicas que as atrelam ao cuidado, como uma atividade de mulheres. Porém, entendem, com seu corpo, que este trabalho extenuante não está sendo valorizado socialmente e politicamente, quando relatam as demandas que são atendidas com muita dificuldade física e mental, ou nem podem chegar a ser atendidas.

Este trabalho rompe com o pensamento hegemônico de falta de criatividade na maternidade, e seguimento de normas pré-estabelecidas. Demonstra que as mulheres ressignificam os processos por que passam e vivem, em relação às suas próprias experiências, na medida das suas possibilidades. Nesse sentido, a todo momento, estas mulheres estão tomando decisões na maternagem que são mais coerentes para si, cotejando as ordens médicas, sociais, culturais, morais e de suas dinâmicas do grupo familiar. Revisam ou reproduzem suas práticas constantemente, a partir de sua subjetividade e suas representações, na construção autônoma e reflexiva da sua identidade. Suas experiências como mãe são fluídas: possuem momentos e motivações diversas, plurais e até mesmo incoerentes ou contraditórias, a partir de um lugar de fala, que está em constante transformação.

As possibilidades de vida, no entanto, estão atreladas à estrutura social, refletindo as diferenças entre homens e mulheres. A esfera do doméstico ainda está bastante impermeável às mudanças ocorridas na cultura na busca pela igualdade entre os gêneros. A hierarquia dentro da família e o trabalho reprodutivo tornam assimétricas as atribuições na esfera do doméstico, com privilégios para os homens. Estas assimetrias geram novos conflitos no campo da subjetividade, mas ainda não ultrapassaram a barreira do privado para serem discutidas politicamente, acessando-se outro nível de autonomia para as

mulheres, ao aproximar-se da igualdade nas possibilidades de escolha, ao reorganizar as conciliações entre a vida doméstica e o trabalho.

As interfaces das práticas das mulheres se fazem em acordos ou conflitos com legislações, políticas públicas, os diferentes tipos de cuidado, e de questões sociais, culturais, econômicas e políticas. As necessidades criam uma fluidez entre os elementos, a partir da tomada de decisões destas mulheres. A falta de legislação para proteção da maternidade e de quem cuida, e a carência de instituições que permitam assegurar a reprodução como trabalho da sociedade trazem fragilidade para a vida das mulheres e são os desafios hoje para o desenvolvimento do cuidado como política e para a democratização das atividades, assegurando o cuidado de todos como atividade coletiva, de cada um e do Estado.

A maternidade e o cuidado de crianças estão neste contexto, em que a mulher é responsabilizada por várias atividades, e julgada por seus atos na construção do que é uma “boa mãe”, sendo o aleitamento materno um dos quesitos a serem cumpridos. A moralidade se assenta sobre a naturalização da maternidade, que obriga a mulher, mas não o homem, a preencher essas funções. A socialização diferenciada de meninas e meninos as torna mais relacionais, preocupadas em atender às necessidades do outro, em um ciclo de má interpretação, que as torna aptas ao cuidado, porque em princípio eram vistas como naturalmente aptas ao cuidado.

Este ciclo, contextualmente, não permitiu que o tema do cuidado fosse pensado fora do privado. Esta, entretanto, não é uma questão do privado, e sim sócio-político, na medida em que, em algum momento da vida, todas as pessoas precisam ou precisarão de algum tipo de cuidado, e em algum momento dispensam ou dispensarão atos de cuidado. Cristalizado como trabalho doméstico, o cuidado permanece como feminino, desvalorizado, diferenciador das estruturas de gênero e uma relação social de desigualdade e poder.

As atividades de cuidado são desvalorizadas, porém demandam compromisso, responsabilidade, gasto de tempo, energia, preocupação e dinheiro, em um ato relacional entre cuidador e pessoa cuidada. No cuidado de crianças, são as mulheres que assumem estas atividades, mesmo quando trabalham fora de casa, se sobrecarregam com o excesso de tarefas e veem suas possibilidades de vida limitadas.

A maternidade e o trabalho do cuidado fazem parte das experiências de mulheres, e é organizada por várias lógicas, simultaneamente, em relação a seus interesses,

necessidades e preferências. A autonomia se inscreve na sua experiência, na medida em que os fatos da vida são elencados para a construção de uma escolha.

A divisão sexual do trabalho, como estrutura social arranjada tradicionalmente, é limitante das possibilidades das mulheres, especialmente quando são mães. Por outro lado, as mulheres acionam reflexivamente o que é adequado para elas na maternagem, fazendo escolhas e tomando decisões sobre suas experiências. As possibilidades contextuais são múltiplas, então as decisões são tomadas no enfrentamento das situações e dificuldades cotidianas, incorporando novas tecnologias e discursos, como o biomédico, ou voltando-se às relações tradicionais e familiares, de acordo com suas representações, suporte e resignificação.

As escolhas são feitas dentro de um número finito de possibilidades, a depender do contexto de cada mulher. Nas nuances entre as inscrições da cultura socialmente aprendidas e a autonomia instauram-se as matizes entre as vantagens e os constrangimentos do lugar que é ser mãe. A gerência de suas decisões se conflita ou coaduna com os mecanismos de poder, porém, longe de ser uma dualidade, a autonomia é fluída e contextual, fazendo-se singularmente.

Neste sentido, esta pesquisa contribui para a produção do conhecimento em contraste à ideia do sujeito universal na medida em que valoriza o pensar contextual e reflete sobre a experiência situada como parte da construção da subjetividade. São experiências que precisam ser olhadas a partir da posição de sujeito, resignificando como conhecimento gerado por mulheres que se tornaram mães. O desafio, a partir disso, é reinventar também as estruturas sociais, culturais e políticas, desconstruindo a maternidade como definidora de feminilidade, e o vínculo que se faz entre a mulher e o cuidado.

As experiências das mulheres com o aleitamento materno e o cuidado configuram-se em várias interdependências, conexões e conflitos com a recomendação médica, com as experiências prévias e atuais, com as representações de seu meio social e com as relações com outras pessoas e familiares, que são levadas em consideração para a tomada de decisão acerca da amamentação, seu modo de praticá-la ou interrompê-la e seus modos de exercer a maternagem.

A relação das mães com os profissionais de saúde é uma interação importante na maternagem, pois se cria no vão entre as recomendações abstratas da área biomédica e a vida concreta cotidiana das mulheres. Tais recomendações passam a fazer parte de uma representação de que elas são adequadas para seus filhos, e idealmente deveriam ser

seguidas. Em suas falas, as mulheres entrevistadas nesta pesquisa referem a importância das informações que receberam de médicos e enfermeiras, dizem considerá-las adequadas para o bom cuidado de uma criança, e muitas vezes demonstram se engajar nas técnicas, desejando seguir a recomendação, ou ainda demonstram pesar por não terem conseguido seguir da forma que consideravam ideal.

Este engajamento, entretanto, é apenas uma parte das relações que se fazem na prática e dá origem às experiências em aleitamento materno. As relações familiares são uma fonte muito ativa de compartilhamento de representações e experiências, principalmente quando se trata de outras mulheres que já são mães e podem trocar saberes entre elas. Como percebem os filhos das outras mulheres da família como crianças ‘saúdáveis’, ‘normais’, ‘felizes’, “firme e forte”, as experiências prévias conferem grande segurança para que elas façam conforme o que vem sendo feito na família a respeito do cuidado e da alimentação.

A proximidade linguística, por fazerem parte não apenas do mesmo grupo social, mas também familiar e representacional, é outro fator de união entre as mulheres. Elas se entendem, se compreendem e se ajudam, em situações que todas experienciaram de suas maneiras, mas também em situações novas, acionando uma reflexividade que considera seus conhecimentos prévios, analogias com outras situações semelhantes e aconselhamentos de várias mulheres amigas e parentes.

Portanto, mesmo que se simbolicamente o discurso médico pareça ser o mais adequado, nem sempre ele é o mais coerente com a experiência individual de cada mulher, com cada criança, em cada situação. Ele é descolado da prática. A transgressão da norma não se configura em um conflito direto, ou discordância no âmbito das representações, do que é dito por um profissional. Mas as trocas de experiência e as maneiras de se conjugar as situações vividas serão múltiplas, e a agência articula a cultura e sua posição frente às necessidades. As práticas se fazem a partir de uma interdependência com outros saberes, mas conhecer não significa assumir. A tomada de decisão se dá a partir de um caleidoscópio de possibilidades, gerenciados de acordo com as necessidades, saberes e empoderamento de cada mulher, a partir de uma situação concreta.

Algumas questões pesarão de maneira diferenciada nas decisões, a depender do cotidiano de cada mulher. Por exemplo, as que possuem suas mães mais próximas, trocam mais saberes com elas; as que trabalham fora organizam a alimentação em função de seus horários; as que possuem formação em saúde tendem a dar mais valor a saberes

institucionalizados; entre outras relações. A tomada de decisão final, porém, varia de acordo com a reorganização de toda a teia de inter-relações, tendo em vista a situação concreta, a partir do que é mais coerente e conveniente para o momento. Por vezes o que se aciona é sua experiência ou representação prévia ou que são compartilhadas de e com outras mulheres, muitas vezes retornando a fazeres tradicionais; e por vezes, o que se aciona é a confiança no sistema perito, biomédico, construindo sua autonomia diante das opções possíveis para ela.

Cada uma de suas motivações é legítima, e as mulheres tomam as decisões do que consideram melhor para seus filhos e filhas, dadas as circunstâncias. Ao mesmo tempo, elas encontram prazer nesta relação e em sua posição de mãe dentro da família e da sociedade. Não é apenas o seguimento do que consideram como ideal, mas a convicção de que estão se esforçando, de que seus filhos estão bem, e portanto estão fazendo um bom trabalho, que são fontes de prazer na experiência da maternagem. O obstáculo vencido as empodera e as faz justificar, desejar e encontrar satisfação na maternidade. As mulheres entrevistadas nesta pesquisa estão em diferentes níveis conscientes de que a relação com o filho ou filha nunca poderá ser conforme todas as preconizações sociais e médicas que condizem a uma “boa mãe”.

De qualquer forma, a criança é colocada no centro da família, e seu bem estar passa a ser prioridade, desde a gestação. A construção da criança frágil e vulnerável se atrela à necessidade de cuidado que será suprida pela mãe. É ela quem se ocupa subjetiva e objetivamente, continuamente, nas tarefas necessárias de cuidado que uma criança demanda, em suas diversas fases de crescimento e desenvolvimento. Nesta relação, as necessidades da mulher são invisibilizadas, e não é permitida sua livre expressão. Ao mesmo tempo em que relatam as dificuldades em exercer tudo o que é necessário, mascaram as dificuldades e buscam ‘paciência’ para cumprir todas as tarefas. Ninguém mais tem esta obrigação. Ela é das mulheres mães. A solidariedade entre elas se faz na necessidade. Mas a mulher que é mãe passa a ter uma infinidade de atribuições, cuja obrigatoriedade não é dividida com ninguém.

A continuidade da estrutura social e política que atrela a feminilidade à maternidade, e esta ao cuidado, dificulta a escolha autônoma pelas mulheres, pois limita seu leque de possibilidades. A valorização da maternidade e a responsabilização diferenciada de homens e mulheres na parentalidade estão mantendo o cuidado na esfera do privado e aquém das discussões políticas, onde o cuidado deve ser visto como uma

questão de Estado, uma vez que é necessário a todos os indivíduos e absorve grande capacidade de trabalho de boa parte da população.

O trabalho do cuidado, como um trabalho gendricado, acarreta prejuízos sociais e democráticos para as mulheres. Elas se organizam na família, em uma rede feminina de solidariedade para o cuidado de crianças, diminuindo as possibilidades de autodesenvolvimento de quem permanece na esfera do privado, cuidando. Isto é determinante para o acesso a recursos, educação e renda, configurando-se em um potente reprodutor das desigualdades de gênero. Afeta as mulheres porque elas estão responsabilizadas pela tarefa de cuidar, naturalizando este processo e mantendo-as responsáveis pelo trabalho cotidiano de reprodução da vida. O lugar de mãe é, neste caso, o projeto de vida realizável para muitas mulheres, especialmente das classes socioeconômicas menos favorecidas, em que os projetos de estudo e trabalho possuem mais obstáculos.

As desvantagens engendradas pela divisão sexual do trabalho terão consequências para sua dependência a um relacionamento ou a políticas públicas. Ambas as formas reproduzirão as desigualdades em longo prazo; a primeira por manter a hierarquia entre os gêneros dentro da família, com a suposta posição de neutralidade do masculino, político; e a segunda porque as políticas públicas são elaboradas a partir da mesma visão de naturalidade do cuidado na figura da mulher, que se responsabiliza pela família. Reforçam as desigualdades, ao invés de combatê-las, pois vincula as mulheres a um trabalho que deveria ser de responsabilidade de cada um e do coletivo, e como tema político, e não do privado.

As mulheres gastam seu tempo e energia em benefício de outros membros familiares. Não é uma atividade coercitiva, e, como vimos, envolve extração de prazer, mas elas terão maiores dificuldades no provimento de suas vidas. Quando envolve separação com o pai de seus filhos e filhas, sua situação de vulnerabilidade econômica pode ficar gravemente prejudicada. A elas não está sendo negado espaço na esfera pública, mas se dá em uma diferente forma de inclusão, em que não possuem acesso a seu tempo livre e oportunidades de desenvolvimento da mesma maneira que quem não se ocupa do trabalho do cuidado.

O cuidado de crianças envolve uma relação com alguém que ainda não consegue realizar seu autocuidado sozinha. As relações de cuidado, na verdade, são fluidas ao longo da vida, e todas as pessoas passarão pela experiência de necessitarem de ajuda neste

sentido. Deve ser tratada, portanto, com uma atividade de contribuição social, e de responsabilidade igualitária de todos. As redes de solidariedade formadas pelas mulheres dão conta de exercer as tarefas imediatas, reproduzindo a vida e criando condições de subsistência para a família. Não dão conta, entretanto, de tirar o cuidado da esfera pré-política e invisibilizada, e para muitas famílias impossibilita as expectativas de superação da pobreza.

Para se pensar a democracia do cuidado, serviços públicos, alternativas sociais e participação igualitária dos gêneros são as medidas de superação das desigualdades e enfrentamento das dificuldades sentidas pelas mulheres. As reformas são políticas e sociais, em que creches, Unidades de Saúde, cozinhas coletivas, escolas, e dinâmicas relacionais estejam atentas às necessidades de cada criança e mãe, para o cuidado como função social. As dinâmicas de organização entre homens e mulheres precisam garantir as mesmas condições a todos os membros da família, compreendendo possibilidade de inserção igual das mulheres para escolarização, trabalho e renda. E ainda, ultrapassar o cuidado para a esfera política, combatendo em longo prazo a reprodução da estrutura que mantém as mulheres em vulnerabilidade social por não conseguirem evadir-se do trabalho do cuidado.

A pergunta de partida deste trabalho permitiu um desenvolvimento reflexivo da experiência da mulher que é mãe no cuidado e no aleitamento materno de crianças pequenas, a partir das interdependências dos conteúdos da sua vida pessoal, da sua vida social e da normatização da maternidade feita pela medicina. O foco do trabalho estava circunscrito por decisões que estão no bojo de sistemas de percepção, de significações e de valorações, portanto, é um texto comprometido com um lugar de fala e que está posto na costura de um processo de autoria que não é neutro, nem em linguagem, nem em posição política.

A reflexão poderia esbarrar em vários pontos da própria forma de vida, das práticas e reproduções das instituições e das pessoas, que por vezes, são pouco atentas ou sensíveis à temas que sejam conflitivos, ou que demandem posicionamentos para além do silêncio. Isso tanto em relação ao olhar que se tem sobre o que se considera natural, conflitivo, perverso ou normal, em certos espaços de linguagem ou de práticas relacionais como em direção a compreensão dos processos que são compartilhados, aceitos e traduzidos em operacionalizações pelos órgãos reconhecidos como legítimos e posicionados em situação de intervenção. Assim, articular conteúdos teóricos nessa experiência era também pensar

como eles incidiam sobre a prática e a vida dos participantes, e o que significavam em termos de desafios a serem assumidos nos seus próprios processos com as crianças, cotidianamente. Estas dinâmicas foram se mostrando de interação da relação entre o ideal, o possível e o esforço investido da parte de cada uma, o que também foi parte de nosso desafio. E, nesse aspecto, acreditamos que todas as reflexões desse texto poderiam ser espelhadas nessa janela de compreensão sobre a qual era o conteúdo, os valores, os suportes, as condições de possibilidades pessoais, emocionais, técnicas e de conteúdo presentes na vida e nas situações dos envolvidos com esse exercício de formação. Acreditamos que esses elementos também demarcaram dinâmicas, limites e as condições em que a tese foi executada.

Avançou-se no sentido de pensar os aspectos que permitem confrontar os mecanismos pelos quais o sujeito se engaja, e se torna conivente com um discurso de obrigatoriedade de maternidade e seguimento de normas pré-estabelecidas, para se pensar um o senso comum emancipatório na maternidade, em que a experiência de mulheres seja valorizada e tomada como ponto de partida ou local de fala para se desenvolver o tema social, política e academicamente. As experiências compartilhadas pelas mães de crianças de seis meses a dois anos, enquanto lidam com suas próprias possibilidades na rotina da maternagem, trazem a tona conteúdos novos a este contexto, que deem ser explorados na sua relação com cada uma das estruturas que incidem na vida das mulheres que são mães.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Neuma. Perspectivas Feministas e o conceito de patriarcado na sociologia clássica e no pensamento sociopolítico brasileiro. In:_____. **Gênero e ciências humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1997. p.161-191.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**. v.80, n.5, p.119-125, 2004.

ARAÚJO, C.; SCALON, C. Percepções e atitudes de mulheres e homens sobre a conciliação entre família e trabalho pago no Brasil. In: _____ (organizadoras). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. p.15-77.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. O aleitamento materno na pós-graduação no Brasil: um perfil das dissertações e teses de 1974 a 2004. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.8, n.1, p. 125-133, 2008.

BADINTER, E. **Mulheres não são chimpanzés**. UOL Notícias. 2010. Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br/internacional/2010/08/30/mulheres-nao-sao-chimpanzes-diz-elisabeth-badinter.jhtm>> Acesso em: 03 set. 2015.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

BENHABIB, Seyla. O outro generalizado e o outro concreto: a controvérsia Kohlberg-Gilligan e a teoria feminista. BENHABIB, Seyla; CORNELL Drucilla. **Feminismo como crítica da modernidade**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995.

BICA, O.S.C. **Impacto do aconselhamento em aleitamento materno na duração dessa prática**: ensaio clínico randomizado envolvendo mães adolescentes e avós maternas. Porto Alegre: UFRS, 2011. 272f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

BIROLI, Flávia. **Autonomia e desigualdades de gênero – contribuições do feminismo para a crítica democrática**. Vinhedo: Editora Horizonte, 2013a.

BIROLI, Flávia. Autonomia, opressão e identidades: a resignificação da experiência na teoria política feminista. **Estudos Feministas**. v.21, n.1, p.81-105, 2013b.

BIROLI, Flávia. Divisão sexual do trabalho e democracia. **Revista de Ciências Sociais**. v.59, n.3, p.719-754, 2016.

BIROLI, Flávia. Responsabilidades, cuidado e democracia. **Revista Brasileira de Ciência Política**. n.18, p.81-117, 2015.

BITTENCOURT, L. J. *et al.* Aleitamento materno no estado de Pernambuco: prevalência e possível papel das ações de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.5, n.4, p.439-448, 2005.

BOARETTO, Maria Cristina. Gênero e modelo de gestão em saúde. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora (orgs). **Saúde, Equidade e Gênero**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

BOEHS, A. E.; RIBEIRO, E. M.; GRISOTTI, M.; SACCOL, A. P.; RUMOR, C. F. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da Estratégia de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v.21, n.3, p.1005-1021, 2011.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BONET, Octavio. Saber e Sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v.9, n.1, p.123-150, 1999.

BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: BORDO, Susan R.; JAGGAR, Alison M. **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

BRAIDOTTI, Rosi. **Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómade**. Barcelona, España: Editorial Gedisa, 2004.

BRASIL. **Manual prática para implementação da Rede Cegonha**. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT].pdf> Acesso em: 03 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Calendário Bolsa Família 2016**. Disponível em: <<http://calendariobolsafamilia2016.org/bolsa-familia-valor/>> Acesso em: 9 jan. 2017.

BRECAILO, M. K. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. **Revista de Nutrição**. v.23, n.4, p.553-563, 2010.

BUTLER, Judith. **Mecanismos psíquicos del poder** – teorías sobre la sujeción. Madrid: Ediciones Cátedra, 1997.

CADONÁ, Eliane; STREY, Marlene Neves. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. **Estudos Feministas**, v.22, n.2, p.477-499, 2014.

CANESQUI, A.M. Antropologia e Alimentação. **Revista de Saúde Pública**. v.22, n.3, p.207-216, 1988.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.17, n.44, p.49-59, 2013.

CASALINI, Brunella. Trabalho de Reprodução Social e Globalização. **Revista Prima Facie**. v.9, p.58-82, 2011.

CHODOROW, Nancy. Estrutura familiar e personalidade feminina. In: ROSALDO, Michelle Zimbalist; LAMPHERE, Louise. **A mulher, a cultura, a sociedade**. Rio de Janeiro: paz e Terra, 1979.

CICOUREL, Aaron. Teoria e método em Pesquisa de campo. In: GUIMARAES, Alba Zaluar (org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: livraria Francisco Alves Editora S.A., 1980. p.87-121.

COCKBURN, Tom. Children and the feminist ethic of care. **Childhood**. v.12, n.1, p.71-89, 2005.

COSTA, Ana Maria; AQUINO, Estela Leão. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora (orgs). **Saúde, Equidade e Gênero**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

DE LAURETIS, Teresa. **Alice Doen't – Feminism, Semiotics, Cinema**. Bloomington: Indiana University Press, 1984.

DEL PRIORE, Mary. Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino. In: _____ (org). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 10 ed., 2012.

DESLAUREIS, Jean-Pierre; KERISIT, Melissa. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: VVAA. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 127-153.

DUBET, François. **Sociologia da Experiência**. Instituto Piaget: Lisboa, 1994.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador: formação do Estado e civilização**. v.2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

EUGENI, Erica. Living a Chronic Illness: a condition between care and strategies. In: FAINZANG, Sylvie e HAXAIRE, Claudie. **Of bodies and symptoms: Anthropological perspectives on their social and medical treatment.** Tarragona: URV Publications, 2011.

FINE, Agnès. Leite envenenado, sangue perturbado. Saber médico e sabedoria popular sobre os humores femininos (séculos XIX e XX). In: MATOS, Maria Izilda S.; SOIHET, Rachel. **O corpo feminino em debate.** São Paulo: Editora UNESP, 2003, p.57-78.

FLICK, UWE. Entrevistas e discussões tipo grupos de foco. In:_____. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2004. p.124-136.

FONSECA, Cláudia. Algumas reflexões em torno do “abandono materno”. In: **Leituras de resistência: corpo, violência e poder.** TORNQUIST, Carmen Susana; COELHO, Clair Castilhos; LAGO, Mara Coelho de Souza; LISBOA, Teresa Kleba (orgs.), Florianópolis: Ed. Mulheres, 2009, p. 49-79.

FONSECA, Cláudia. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação.** v.10, p.58-78, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos IV: Estratégia, Poder-Saber.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: Vontade de Saber.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II – O uso dos prazeres.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 10 ed., 1979.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975).** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: o nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUQUET, Catherine; KNIBIELHER, Yvonne. **Histoire des meres.** Paris: Montalba, 1977.

FURLIN, Neiva. A categoria de experiência na teoria feminista. **Estudos Feministas,** v.20, n.3, p.955-972, 2012.

GADAMER, H. **Verdade e Método.** Petrópolis: Vozes, 1999.

GARRAU, Marie; LE GOFF, Alice. **Care, justice et dépendence: introduction aux théories du care.** Paris: Universitaires de France, 2010.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Ed da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Ed da Universidade Estadual Paulista, 1991.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

GILLIGAN, Carol. **Uma voz diferente**: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GOOD, Byron. Semiotics and the study of medical reality. In: _____. **Medicine, rationality and experience**: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, p. 88-115.

GOFFMAN, Erving. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 11ed., 2006, 102p.

HÉRETIER, Françoise. **Masculino e Feminino** – O pensamento da diferença. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

JONES, G. B. Child Survival Group: how many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**. v.71, p.362-65, 2003.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos estudos**. n.86, p.93-103, 2010.

KLEINMAN, Arthur *et al.* **Pain as human experience**. Berkeley: University of California Press, 1994.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1962.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 2001.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos**. Ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Editora 34 Literatura, 1994.

LEITE, André Filipe dos Santos; OLIVEIRA, Thiago Ranniery Moreira de. Sobre educar médicas e médicos: marcas de gênero em um currículo de Medicina. **REF**. v.23, n.3, p.779-801, 2015.

LONGINO, Helen, E. Epistemologia feminista. In: GRECO, John; SOSA, Ernest (orgs). **Compêndio de Epistemologia**. São Paulo: Edições Loyola, 2008. p.505-545.

MAGALHÃES, Bóris Ribeiro; SABATINE, Thiago Teixeira. A saúde como estilo e o corpo como objeto de intervenção. In: SOUZA, Luís Antônio Francisco; SABATINE, Thiago Teixeira; MAGALHÃES, Bóris Ribeiro (orgs). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Cultura Acadêmica, 2011, p.133-154.

MARIANO, Silvana Aparecida; Carloto, Cássia Maria. **Gênero e Combate à pobreza: Programa Bolsa Família**. Estudos Feministas, Florianópolis, v.17, n.3, p.901-908, 2009.

MARQUES, N.M. *et al.* Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. **Pediatrics**. v.108, n.4, p.1-9, 2001.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino** – a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (orgs). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.83-107.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 14ed., 2014.

MOLINIER, Pascale. Ética e trabalho do care. In: HIRATA, Helena., GUIMARÃES, Nadya. G. **Cuidado e Cuidadoras: As várias faces do Trabalho do care**. São Paulo: Atlas. p.29-43, 2012.

MONTE, C. M. G.; GIULIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. v.80, n.5, p.131-141, 2004.

MOURA, Solange Maria S. R.; ARAÚJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v.24, n.1, p.44-55, 2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A impotência da equidade. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora (orgs). **Saúde, Equidade e Gênero**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

OLIVEIRA, Helena; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Complexidade e mortalidade infantil. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (orgs). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.31-47.

OLIVEIRA, Zuleica L. C. A provisão da família: redefinição ou manutenção dos papéis? In: ARAÚJO, Clara; SCALON, Celi (org). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2007. p.123-147.

ORTNER, Sherry B. Está a mulher para o homem assim com a natureza para a cultura? In: ROSALDO, Michelle Zimbalist; LAMPHERE, Louise. **A mulher, a cultura, a sociedade**. Rio de Janeiro: paz e Terra, 1979.

PAPERMAN, Patrícia; LAUGIER, Sandra. **Le souci des autres: éthique et politique du care**. Paris: Éditions de l'École des Hautes Études em Sciences Sociales, 2005.

PASSANHA, Andréa *et al.*, 2013. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1141-1148, 2013.

PEDROSO, G. C. *et al.* Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.1, p.45-58, 2004.

PEIXOTO, Clarice Ehlers. Solidariedade familiar intergeracional. In: ARAÚJO, Clara; SCALON, Celi (org). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2007. p.225-240.

PEREIRA, M. G. Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos. In: _____. **Epidemiologia – teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005. p.289-306.

RAGO, Margareth. Os mistérios do corpo feminino, ou as muitas descobertas do “amor venéreo”. **Proj. História**, São Paulo, v.25, 2002, p.181-195.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.5, p.385-390, 2003.

ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003a.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.2, p.S201-S212, 2003b.

ROHDEN, Fernanda. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciência e Saúde**. v.15, p.133-152, 2008.

RUBIN, Gayle. El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. In: NAVARRO, M; STIMPSON, C. (org). **¿Qué son los estudios de mujeres?** Fondo de cultura económica, 1998.

SACKS, Karen. Engels revisitado: a mulher, a organização da produção e a propriedade privada. In: ROSALDO, Michelle Zimbalist; LAMPHERE, Louise. **A mulher, a cultura, a sociedade**. Rio de Janeiro: paz e Terra, 1979. p. 185-223.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004, 151p.

SANTOS Boaventura de Souza. Da ciência moderna ao novo senso comum. In: _____. **A crítica da razão indolente**. Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000, p. 55-117.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Ciência e Senso Comum. In: _____. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Semear outras soluções**: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004. 205p.

SCOTT, Joan W. A mulher trabalhadora. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (org). **História das Mulheres, Século XIX**. São Paulo: Edições Afrontamento, 1994.

SCOTT, Joan W. Experiência. In: SILVA, A.L.; LAGO, M.C.S.; RAMOS, T.R.O. (orgs). **Falas de Gênero**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

SEGATO, Rita Laura. O Édipo brasileiro: a dupla negação de gênero e raça. In: STEVENS, Cristina (org). **Maternidade e Feminismo**: diálogos interdisciplinares. Florianópolis: Editora Mulheres, 2007, p.141-172.

SILVA, Tânia Maria Gomes da. “Eu pensava que filho era bom, mas filho não é bom não”: articulações entre maternidade, gênero e pobreza (ou a história de Eni). In: XIII Encontro Nacional de História Oral, 2016. **Anais**. Porto Alegre: UFRS, 2016. p.1-15.

SILVA, Tânia Maria Gomes da. Mulheres, maternidade e identidade de gênero. In: Fazendo Gênero 10, 2013. **Anais Eletrônicos**. Florianópolis, 2013. p.1-11.

SILVA, Tânia Maria Gomes da. “Filho não me mete medo”: representações e vivências da maternidade nas camadas populares. In: VII Congresso Internacional de História, 2015. **Anais**. Maringá: UEM, 2015. p.2345-2355.

SOARES, Sergio; SÁTYRO, Natália. **O Programa Bolsa Família**: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras. Ipea, 2009.(p. 26-28).

SWAIN, Tânia. Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade. In: STEVENS, Cristina (org.). **Maternidade e Feminismo – Diálogos Interdisciplinares**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2007, p.203-247.

TABET, Paola. Las manos, los instrumentos, las armas. In: CURIEL, Ochy ; FALQUET, Jules (orgs). **El patriarcado al desnudo: tres feministas materialistas**. Buenos Aires: Brecha Lésbica, 2005.

TAMANINI, Marlene. Gendrificação, ciência e ética em contextos de experiência reprodutiva. **PistisPraxis**, Teologia Pastoral., Curitiba, PUC, v.4, n.1, p.107-134, 2012.

TAMANINI, Marlene. **Reprodução assistida e gênero: o olhar das Ciências Sociais**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2009.

TRONTO, Joan. Mulheres e Cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: BORDO, Susan R.; JAGGAR, Alison M. **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

URBANEJA, Maria. Género y Equidad: desafíos de los procesos de reformas sectoriales de salud. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora (orgs). **Saúde, Equidade e Gênero**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

VENÂNCIO, S. I. *et al.* Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. v.36, n.3, p.313-318, 2002.

VICTORA C. G.; VAUGHAN J. P.; LOMBARDA C.; FUNCHE S. M. C.; GIGANTE L. P.; SMITH P.G. Evidence for protection by breast-feeding against infants deaths from infectious diseases in Brasil. **Lancet**, v.330, p.319-322, 1987.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org^a). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo horizonte: Autentica, 1999. p. 35-82.

WHO. World Health Organization. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review**. Geneva: WHO, 2001.

WHO. World Health Organization. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva: WHO, 1991.

ANEXOS

ANEXO I – Guia de Entrevista

Guia de entrevista

Identificação	Data: ___/___/_____
Nome da criança:	Data de nascimento:
Nome da mãe:	Idade:
Endereço:	Telefone:
Número de filhos (total vivos):	Idades:
Amamenta hoje?	Trabalha / estuda fora de casa?
Pessoas na residência:	
Pessoas na unidade domiciliar:	
Número de pessoas com rendimento:	
Beneficiária de algum programa governamental?	

1. A senhora poderia me falar um pouco sobre como foi a gestação dos seus filhos?
2. Alguma coisa a preocupava, incomodava durante a gestação?
3. Como a senhora se sentiu durante a gestação?
4. A senhora mudou alguma das suas rotinas quando percebeu que estava grávida?
5. * E a gestação desta criança que está amamentando / amamentou, como foi?
6. * A senhora planejou algo diferente do comum em relação a esta gravidez?
7. * A senhora fez alguma coisa de diferente das anteriores?
8. Que preocupações a senhora tinha?
9. Durante a gravidez a senhora conversou com alguém sobre a gravidez, ou sobre o bebê?
10. O que a senhora pensa sobre ter conversado com estas pessoas?
11. Como se sentiu ao fazer isto?
12. Que pontos, na sua visão, foram importantes dessas conversas?
13. Quais eram suas expectativas para o momento do parto?
14. A senhora pode me contar como foi o parto?
15. Como a senhora escolheu este tipo de parto?
16. E quando a senhora voltou para casa, o que sentiu?
17. A senhora pode contar um pouco sobre os primeiros dias em casa, com o bebê?
18. O que a senhora pensa do aleitamento materno?
19. Como a senhora se sente / sentia quando amamenta / amamentava?
20. Como a senhora acha que as mulheres se sentem quando amamentam?
21. É fácil ou difícil amamentar e cuidar do bebê? A senhora poderia me falar um pouco mais a respeito?
22. A senhora conhece mulheres que não amamentaram, que não quiseram ou não puderam amamentar? Em sua opinião, o que leva uma mulher a parar de amamentar?
23. Desde que seu último filho nasceu, a senhora tentou ou pensou em parar de amamentar alguma vez?
24. * Pode me contar um pouco sobre como foi parar de amamentar?
25. * Pode me falar um pouco sobre os motivos que a fizeram continuar a amamentar?

26. Para isso, você sentiu necessidade de procurar ajuda? Pode me contar um pouco sobre como foi / está sendo?
27. Na sua opinião, como você acha que deve ser a amamentação?
28. A senhora acha que a amamentação de uma criança deve ser realizada até quando?
29. A senhora conhece crianças que foram criadas sem o leite materno? O que pensa disso?
30. Na sua opinião, existe um jeito ideal de cuidar de uma criança/bebê? Que coisas um bebê precisa?
31. E o que uma mãe que amamenta precisa?
32. Hoje em dia, na sua experiência, quem passa mais tempo cuidando da criança?
33. Outras pessoas poderiam cuidar?
34. Como é o cuidado da criança, hoje, na sua opinião? Como vocês fazem isto no dia a dia?
35. O que falaria, que conselho daria, para uma pessoa que cuida de uma criança da idade de seu filho / sua filha?

* Conforme o contexto (número de filhos e presença ou ausência de aleitamento materno).

ANEXO II – Parecer de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A norma, o discurso e a maternagem: experiência das mulheres no cuidado e no aleitamento materno

Pesquisador: Marcela Komechen Brecailo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38079314.6.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 934.612

Data da Relatoria: 18/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa vinculada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná, intitulada "A norma, o discurso e a maternagem: experiência das mulheres no cuidado e no aleitamento materno", sob a responsabilidade da doutoranda Marcela Komechen Brecailo, orientada pela Profa. Dra. Marlene Tamanini, tendo como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Paranaguá.

O presente projeto foi apreciado na reunião deste CEP realizado no dia 26/11/2014, tendo sido apontada a pendência de apresentação do extrato de ata da reunião do Colegiado da Pós-graduação em Sociologia da UFPR, aprovando o 'ad referendum' da análise de mérito do projeto, conforme consta no parecer consubstanciado n. 886.295.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral Compreender como é a experiência da mãe frente ao aleitamento materno em face a sua vida e ao discurso médico-científico sobre o ideal da amamentação.

Objetivos específicos 1. Analisar como é o conteúdo do vivido por mães, em relação aos sentimentos, percepções e conflitos que a emergência da amamentação em sua vida cotidiana pode ou não produzir;
2. Compreender a(s) experiência(s) e expectativa(s) de parturição e maternagem; em sua relação

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 934.612

com os processos de culpabilização ou de autculpabilização da mãe frente à construção biomédica do ideal da maternidade e de direitos;

3. Compreender como as mulheres desta pesquisa organizam sua experiência, seus saberes e desafios cotidianos, frente aos processos de amamentação; bem como os sentimentos de autonomia entre a organização da relação do seu corpo, sua vida, seu trabalho e o bebê que demanda;

4. Entender como gerenciam os saberes dos discursos biomédicos, seus saberes, e seu empoderamento, frente as dinâmicas culturais ou pessoais de outras ordens.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora, "por tratar-se da aplicação de um questionário e observação de rotina de trabalho, não existem riscos à integridade física dos participantes. Há uma ínfima possibilidade de ocorrer desconforto psicológico pela participação na pesquisa ou por alguma pergunta específica. Para minimizar este desconforto, será explicado à respondente que a concordância em participar da pesquisa é totalmente voluntária, e em caso afirmativo, não a obriga a responder todas as perguntas, ficando a critério da participante respondê-la ou não. Em caso de desconforto causado pela pesquisa, a participante será desligada, segundo seu desejo, devolvendo-lhe o TCLE anteriormente assinado. Caso necessário, a participante pode buscar apoio psicológico, às custas da pesquisadora responsável. Os benefícios da pesquisa incluem a contribuição conceitual ao campo da sociologia da saúde, dos estudos de gênero e principalmente a compreensão das necessidades e possibilidades da mulher na situação de maternagem e aleitamento materno, frente às normas sociais e biomédicas. Os resultados provavelmente não beneficiarão diretamente a população envolvida como participante, mas auxiliará futuramente outras mulheres."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem redigido, apresentando fundamentação teórica, casuística e metodologia consistentes, atendendo os critérios éticos previstos nas pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados. Foi anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Coparticipante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 934.612

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 19 de Janeiro de 2015

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO III – Diário de campo

Diário de Campo

Anotações	
UBS:	Data:

ANEXO V – Dados demográficos obtidos na Secretaria Municipal de Saúde do município de escolha para a condução do estudo.

Secretaria Municipal de Saúde
Mês de referência:
Número de crianças menores de dois anos atendidas: UBS “Verde”: UBS “Azul”: UBS “Lilás”: UBS “Laranja”: UBS “Amarela”: UBS “Vermelha”:
Prevalência de Aleitamento Materno (crianças entre 6 meses e 2 anos): UBS “Verde”: UBS “Azul”: UBS “Lilás”: UBS “Laranja”: UBS “Amarela”: UBS “Vermelha”:
Taxa de imunizações: UBS “Verde”: UBS “Azul”: UBS “Lilás”: UBS “Laranja”: UBS “Amarela”: UBS “Vermelha”:
Estado nutricional: UBS “Verde”: UBS “Azul”: UBS “Lilás”: UBS “Laranja”: UBS “Amarela”: UBS “Vermelha”:
Observações:

ANEXO VI – Quadro resumo da identificação das mulheres participantes da pesquisa e seus filhos e filhas.

Nome	Idade	Número de filhos	Criança entre 6 meses e 2 anos	Atividade
Laís	25	1	Ana Cláudia, 1 ano e 1 mês	Não trabalhava ou estudava fora
Suzana	21	1	Ricardo, 1 ano	Não trabalhava ou estudava fora
Andréa	39	6	Pedro Augusto, quase 2 anos	Operadora de caixa
Joana	25	2	Marco Antônio, 6 meses	Não trabalhava ou estudava fora
Melissa	31	3	Olívia, 1 ano e 6 meses	Diarista
Valentina	39	4	Adão, 6 meses	Faz salgados para venda
Gabriela	30	3	Caio, 1 ano e 2 meses	Diarista
Bruna	18	1	Vanessa Thaís, 1 ano e 3 meses	Não trabalhava ou estudava fora
Simone	24	2	Danilo José, quase 2 anos	Serviços gerais, mensalista em um asilo
Ana Rosa	37	4	Gustavo, 1 ano	Não trabalhava ou estudava fora
Luana	26	2	Camila, 9 meses	Não trabalhava ou estudava fora
Fernanda	21	1	Joaquim, 1 ano	Diarista