

# Amamentar, cuidar, maternar: regulações, necessidades e subjetividades

## Breastfeeding, care, motherhood: regulations, needs and subjectivities

Marcela Komechen Brecailo<sup>1</sup>  
Marlene Tamanini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Nutrição, Guarapuava-PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná, Departamento de Sociologia, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Curitiba-PR, Brasil.

Correspondência / Correspondence  
Marcela Komechen Brecailo  
E-mail: marbrecailo@gmail.com

### Resumo

O artigo objetiva analisar aspectos da experiência da mulher que amamenta na relação com o cotidiano e com o discurso veiculado institucionalmente sobre aleitamento materno, bem como com outras falas. Trata-se de pesquisa qualitativa com análise dos conteúdos das entrevistas em profundidade realizadas com 12 mulheres, mães de crianças entre seis meses e dois anos. As análises versam sobre a recomendação e o valor dado ao conhecimento institucionalizado; a incidência do discurso médico sobre as práticas das mulheres; a autonomia, interpretação e possibilidades frente a falas de outras mulheres; a organização do cotidiano em situação de amamentação; e experiências com o desmame. Muitas são as formas encontradas por essas mulheres para resolver as exigências com a amamentação no seu cotidiano e acolher ou não o discurso médico. É a própria experiência, atual ou anterior, que as faz confrontarem ou confirmarem tal discurso, estabelecendo seu próprio ideal de aleitamento e alimentação, de acordo com o que lhes pareça mais adequado à sua própria necessidade, considerando também a experiência de familiares que já são mães, o modo como a criança reage e se as exigências da amamentação são compatíveis com as necessidades da mãe e de suas outras atividades. A análise demonstrou que são desejadas e necessárias medidas de apoio à amamentação, escuta da experiência das mulheres e de suas necessidades, e equitativa participação das políticas no suporte a este cuidado, bem como compartilhamento das demais tarefas entre os membros da família como estratégia a construção da democracia do cuidar.

**Palavras-chave:** Amamentação. Cuidado do Lactente. Maternidade. Políticas. Organização.

## Abstract

This article aims to analyze aspects of breastfeeding experience in relation to daily life and the institutionalized discourse on breastfeeding, as well as other speeches. It is a qualitative research with in-depth analysis of content held in 12 women interviews, mothers of 6 months to two years children. The analysis concerns to: the recommendation and the value given to the institutionalized knowledge; the incidence of medical discourse on women's practice; autonomy, interpretation and possibilities facing other women speeches; the daily organization on breastfeeding situation; and experiences with weaning. Many are the ways found by these women to address the requirements with breastfeeding in their daily lives and to accept or not the medical discourse. It is the experience, current or former, that forces them to confront or confirm this discourse, establishing their own feeding and nutrition ideal, according to what better suits to their own needs. They also consider the experience of their relatives that already are mothers, how the child reacts, and the compatibility of breastfeeding requirements with their needs and other activities. The analysis showed that are desired and necessary measures to support breastfeeding, listening to the women experiences and their needs, and equal participation in support care policies, as well as sharing of other tasks among family members as democracy of care strategy construction.

**Key words:** Breast Feeding. Infant Care. Maternity. Policy. Organizations.

## Introdução

O aleitamento materno impõe a necessidade de ouvir a experiência das mulheres sobre o cuidado do materno, um fazer cotidiano nem sempre facilitado pelas diferentes condições de cada mulher. Tratando-se de uma alimentação para crianças fornecida pelo corpo da mãe, envolve entender subjetividades, práticas e arranjos necessários para tal. Envolve, ainda, as dificuldades à sua execução e a relevância que lhe é atribuída, por parte da mulher, quando se vê frente ao desafio de fazê-lo, ou frente a exigências por causa do seu trabalho em casa ou em outro espaço.

Quanto ao entendimento social, biomédico e normativo a respeito da importância da amamentação para crianças, existem dimensões diversas interagindo na priorização do dar este alimento, bem como nas possibilidades do tempo e condições para fazê-lo.

As dimensões subjetivas, geracionais e culturais da experiência das mães, os arranjos familiares tácitos, para atender às necessidades cotidianas, por vezes fazem com que decisões sobre e como amamentar sejam tomadas ou excluídas, a partir de diálogos e orientações entre gerações de mulheres que viveram a maternidade com amamentação, ou a partir das emergências da própria condição de vida e da necessidade de cada mulher-mãe frente a seu trabalho, aos outros filhos, ou a presença/ausência de alguma ajuda familiar.

Esses arranjos das mulheres em suas relações ocorrem fora ou em sintonia com os termos das normatizações, regulações e/ou naturalizações que tomam o seio no corpo da mulher-mãe, como única solução nutritiva e valorada positivamente para a criança. Encontram-se, portanto, neste ordenamento cotidiano, aspectos da vivência materna que estão relacionados com sua necessidade e com a construção de soluções, frente à exigência de administrar a amamentação. O vivido com a amamentação não é, portanto, uma consequência automática do maternar, nem está associado a um estímulo ou resposta instintiva. Implica planejamento, conhecimento e condições para poder fazê-lo.<sup>1</sup>

Concepções culturais ou biomédicas, a respeito da mulher ser ou não naturalmente capaz para o exercício da maternidade e da amamentação, e de que instintivamente ela o quer fazer e, portanto, está corporal, sentimental ou emocionalmente disponível para amamentar, esbarram no cotidiano exigente desta prática, em suas necessidades e na confiança que as mulheres têm ou não em diferentes sistemas de alimentação.<sup>2</sup>

Conceber o corpo como parte de uma natureza produtora de leite tem implicações para a existência individual e coletiva das mulheres e para a democratização das concepções e das possibilidades desse fazer como prática de cuidado. Concepções sobre amamentação e práticas de cuidado alimentar, por sua vez, também veiculam imagens produtoras de estigmas e/ou de preconceitos sobre mulheres que não amamentam, e produzem igualmente idealizações sobre o bom maternar. Esses entrelaçamentos de simbólico, normatizações, percepções e práticas são constitutivos da experiência do ser mãe. Portanto, a aplicação da norma por meio de uma intervenção discursiva, simbólica e de controle, de fato não se exerce de forma objetiva, e por vezes se encontra preconizada nas perspectivas das ações em saúde, ou nas legislações e normativas, políticas e em suas institucionalizações.<sup>3</sup>

Processos como amamentação, suas normatizações e práticas esbarram nas experiências subjetivas e nas necessidades, o que é frequentemente desconsiderado. Entender as subjetividades, experiências compartilhadas entre mulheres-mães, os discursos e as biopolíticas sobre os corpos das mulheres que amamentam, é parte do pensar a ordem simbólica da mãe e do maternar como um cuidado vinculado ao seu corpo e as decisões a respeito de sua concretude. As idealizações do corpo da mãe como fornecedor de alimento desconsideram o modo como as mulheres veem e circunscrevem a amamentação, suas relações familiares e a cultura sobre as práticas de amamentar passadas de geração em geração. Assim, fazem com que as intervenções biomédicas e/ou tecnológicas

e a discursividade sobre o corpo e a vontade para que ele amamente se produzam, mas quase sempre as mulheres não são ouvidas em suas necessidades, e fazem frequentemente caminhos híbridos ou diversos daqueles preconizados e ensinados pelos profissionais da saúde.

Sabemos que a maternidade e o aleitamento materno estão historicamente relacionados com a forma como se estruturam as relações com o cuidado das crianças, e com o reconhecimento social e cultural sobre o ser boa mãe. Esta ordem simbólica é compartilhada e frequentemente reproduzida pelas mulheres. Por vezes, as mulheres participam desta invenção da natureza, na qual, além de se instituírem como referentes da cultura que as toma como parte da natureza, consideram que assim produzem o bem-estar das crianças. Isto reflete um entendimento tanto de ordem subjetiva quanto de questões socioculturais e políticas mais amplas envolvidas no ordenamento da invenção desta natureza.<sup>4</sup> Trata-se dos processos de objetivação como expressão de engajamento da parte das mulheres-mães.

A maternidade, em suas representações e percepções compartilhadas em diferentes contextos, e em grande parte de nossas relações sociais, aparece como um fato incontornável. Nada a partir desta posição estrutural será tomado como mais desnatural do que uma mãe que se desfaça de sua cria (criança), ainda que muitas mulheres, em nossa história cultural e social, tenham se desobrigado de seus filhos nascidos, ou abdicado da maternidade ao longo da vida.

Nos últimos 30 anos, no Brasil, o Ministério da Saúde vem empreendendo uma batalha na busca do aumento da prevalência do aleitamento materno. Após a condução de pesquisas nacionais sobre o tema, 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 o discurso biomédico considera “mitos” e aumentar o período em que as crianças recebem aleitamento materno. Tais políticas, no entanto, nem sempre estão sendo estabelecidas em conexão com a experiência das mães.<sup>2,5,6</sup>

As recomendações são muitas, visando garantir o fornecimento de leite materno exclusivamente até o sexto mês de vida da criança e, complementarmente, até no mínimo os dois anos. As propostas versam em torno das supostas capacidades fisiológicas da mãe na produção de leite, e de seus atributos “naturais” para o cuidado. Assim, a mãe que trabalha é encorajada a retirar o leite; a mãe que tem fissura é ensinada a cicatrizar as feridas; à mãe que tem outros filhos para cuidar é dito que o bebê pequeno tem prioridade, entre outras estratégias para que a recomendação descrita seja alcançada.

Portanto, propõe-se que a amamentação pode ser base para o surgimento de uma interface da relação entre a realidade da mãe e o ideal da vida social e do discurso médico-científico. Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo analisar aspectos da relação entre a experiência da mulher que amamenta com o discurso veiculado institucionalmente sobre aleitamento materno, bem como com outras falas e sua própria experiência na vida cotidiana.

## Metodologia

O texto resulta de pesquisa vinculada ao doutoramento em Sociologia da Universidade Federal do Paraná. A metodologia é de perspectiva qualitativa,<sup>7</sup> preocupada em entender os sentidos da experiência de mulheres com suas práticas de cuidado e de aleitamento materno em relação com o discurso institucionalmente veiculado pelas ações e preconizações em saúde. Para tal, inicialmente contactou-se a Secretaria Municipal de Saúde em um município do litoral paranaense, que permitiu ingresso às unidades de saúde que participavam da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitando o acesso a informações oficiais sobre as mães de crianças entre seis meses e dois anos atendidas pela ESF no município em questão.

Foram realizadas entrevistas em profundidade com 12 mães, obedecendo aos critérios da saturação dos dados para se encerrar a fase de campo. As mulheres que auxiliaram na construção desta pesquisa foram entrevistadas em seus domicílios, na presença apenas da pesquisadora, e em alguns casos de algum familiar da entrevistada (mãe, sogra, filhos), sobre suas experiências com gestação, parto, aleitamento materno e cuidado de crianças pequenas. As participantes eram donas de casa, trabalhadoras formais e informais; primíparas e multíparas; casadas, solteiras e separadas – compreendendo diversas situações e experiências de maternagem.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de instrumento de gravação de voz e transcritas. A análise se move entre a compreensão e a interpretação dos conteúdos das entrevistas em profundidade realizadas com as 12 mulheres. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer nº 934.612.

As entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar da pesquisa. Os nomes das entrevistadas foram alterados, para preservar o anonimato das participantes.

## Resultados e discussão

As relações entre alimentação das crianças, corpo e subjetividade sempre estiveram na experiência das mulheres-mães, mesmo quando estas não eram parte constitutiva dos fatos moralmente aceitos. Frequentemente, e por muito tempo, a amamentação preocupou a sociedade, como ato louvado ou rechaçado. Instituiu-se na ordem da compatibilidade como tipo de atividade feminina cujo significado foi sendo posicionado conforme a classe, a raça, o sexo, as discussões a respeito da feminidade, da maternidade e do prazer. Contaram as estratégias dos contextos sociais e políticos, a invenção da natureza,<sup>8</sup> as visões sobre família, os projetos relativos a ideias sobre modernidade<sup>9</sup> e as estratégias instituídas e instituintes de sujeitos,<sup>10</sup> mas também os modos de fazer ciência e seus sistemas culturais.<sup>11</sup> Portanto, amamentar e cuidar são atividades vinculadas a

diversas construções sociais, que perpassam não só a experiência de vida cotidiana, mas envolvem suas políticas e diversos atores.

Autoras como Joan Scott,<sup>12</sup> Margareth Rago,<sup>13</sup> Ana Paula Martins,<sup>6</sup> Nancy Chodorow,<sup>14</sup> Meina Liu & Patrice Buzzanell,<sup>15</sup> Alison Bartlett,<sup>16</sup> Louise Martell,<sup>17</sup> Agnes Fine<sup>18</sup> e Marlene Tamanini,<sup>19,20</sup> dentre muitas outras, discutiram estes aspectos da imbricação da maternidade com contextos diversos e sentidos complexos. Em muitos casos, são as mulheres que assumem a responsabilidade do cuidado e do provimento da casa, haja vista o número de famílias pobres chefiadas por mulheres.<sup>21</sup>

No que tange especificamente à história do aleitamento materno, este não foi importante sempre. Hoje, frente a tantas campanhas e aos discursos e recomendações médicas nesta questão, a mãe, quando não amamenta conforme o ideal preconizado, pode ser alvo de críticas ou de culpabilizações. A relação da amamentação com a questão da natureza e da cultura abre um leque diversificado de posicionamentos teóricos, filosóficos e antropológicos, por vezes, em confronto com a perspectiva biomédica. Na confrontação institucional e normativa, vincula-se com processos de coerção produzidos por costumes compartilhados, mas, sobretudo, é uma relação complexa com a medicina, que tem construído uma percepção linear, com proposição de prática única sobre a alimentação e o cuidado das crianças. Essa perspectiva define o que a mãe deve ou não fazer para seu filho, sem considerar a complexa relação entre os atores mulheres, que se comunicam e que geralmente são da mesma célula familiar. 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.<sup>9,11</sup> 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 médicos, científicos e normativos 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 a maternidade como fonte de realização para a mulher, e do “amor materno” como natural. Não se buscam os contextos socioculturais, econômicos, políticos e as experiências com os diversos arranjos familiares por trás destes sentimentos tomados como naturalmente das mulheres.<sup>2</sup>

Este pressuposto da ciência médica sobre o corpo da mulher como dado natural e a respeito da maternidade como instinto e missão, portanto, como parte constitutiva do ser mulher, bem como do cuidado da criança, incluindo-se o aleitamento materno, na qualidade de função da mãe, quase nunca considera as dimensões das possibilidades de escolha e as condições para exercê-la. Sacrifício e sofrimento são frequentemente acionados, constituindo um dever moral a ser cumprido. Esta posição desconsidera a maternidade na qualidade de uma experiência repleta de significados e de

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.

Na análise da experiência social, é preciso saber de antemão que o ator não é totalmente cego nem totalmente clarividente, embora tenda a se explicar e se justificar, sejam suas condutas automáticas ou tradicionais. Faz-se fundamental considerar o sentimento de liberdade manifestado como expressão da sua experiência, resultado da necessidade de gerir várias lógicas diferentes ao mesmo tempo.<sup>22</sup> 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 os padrões impostos, tentando gerir suas experiências prévias e conciliar este novo vivido.

### As falas das mulheres sobre aleitamento materno

Nosso objetivo é analisar aspectos da relação entre a experiência da mulher que amamenta e os discursos sobre aleitamento materno, que são veiculados institucionalmente, bem como outras falas sobre este fazer na vida cotidiana. Para tal, nos deteremos: a) na questão da recomendação biomédica e do valor dado ao conhecimento; b) no tipo de discurso médico e sua incidência sobre as práticas das mulheres mães; c) na sua autonomia, sua interpretação e suas possibilidades frente a outras mulheres; d) na organização de seu próprio cotidiano em situação de amamentação; e e) nas experiências com o desmame.

#### *A recomendação biomédica e o valor dado ao conhecimento*

O campo de pesquisa nos ensinou que, na relação com os profissionais da saúde, médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem, a recomendação sobre o aleitamento materno é aceita e assumida por muitas mulheres. As entrevistadas reconhecem sua importância, e referiram gostar de receber informações sobre o cuidado e o aleitamento materno. Este aspecto aparece frequentemente como concordância com os prescritivos da amamentação e de suas vantagens para a saúde das crianças.

Ana Rosa diz: “Eles falam sobre como que tem que amamentar, que o leite materno é essencial, né, até os seis meses, que não precisa dar mais nada, que é bom pra tudo, pra infecção...”. Segue demonstrando objetivar seu entendimento como uma possível prática, “[e] que a gente tem que amamentar até os dois anos”. Joana ressalta o valor de ter conhecimento para este fazer, positivando a unidade de saúde como o lugar do seu aprendizado. “Eu 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”. Laís vai além da concordância, assumiu amamentar no seu cotidiano: “[O aleitamento materno] é bom, né. Ela

mamou... está mamando ainda, né... até os seis primeiros meses foi só o leite materno, só depois que a gente começou a dar outras coisas pra ela”. Ressalta o valor da informação recebida no pós-parto, “[p]orque quando eu estava no hospital, eles fizeram palestra de que até os seis meses é necessário [...]. Deram bastante palestra, assim, previne de doenças, um monte de coisa, dá imunidade pra criança, o leite, né”.

Nestas narrativas, nota-se convivência com as preconizações institucionais estabelecidas, reconhecimento do valor desse conhecimento que vem do campo biomédico e a reprodução do mesmo discurso. Esta dimensão do valor da institucionalização é reforçada por experiências trazidas pelas próprias mulheres mães, quando elas são parte da construção destas concepções por razões de sua própria profissão. Melissa define assim seu aprender a amamentar: “[...] eu tenho um curso técnico de enfermagem [...], 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”.

Todavia, quando se confronta este aspecto do reconhecimento com outros, aparecem arranjos tácitos de acordo com a necessidade das mães, ainda que isto não seja sempre um demérito ao saber dos profissionais.

### *A incidência do discurso médico e dos profissionais na prática*

Este também pode ser demonstrado na prática, como forma de ensinar o recomendado. Essa forma de estruturar o conhecimento é bem vista por algumas mulheres com quem se dialogou neste campo. Elas reconhecem a importância de os profissionais terem ensinado na prática como amamentar seu filho, mesmo se as recomendações faladas não tenham sido apreendidas, e não haja a recordação estruturada do que se ouviu nas palestras e nas visitas dos Agentes Comunitários de Saúde em casa, durante a gestação. Suzana diz: “A doutora já ensinou como dar mamã, 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”. A questão do não reconhecimento de maneira estruturada aparece quando a mesma, responde: “Não, não falaram nada sobre isso”, frente à pergunta da pesquisadora: “E alguém te falou alguma coisa sobre o leite do peito, te ensinou mais alguma coisa?”.

Neste aspecto, o campo visibilizou que a assimilação de conhecimentos especializados, bem como sua democratização como acesso, não ocorre da mesma maneira para diferentes mulheres. Está relacionada com a disponibilidade das informações e ao modo como a mesma chega; aos valores pessoais, que mudam a partir de novos conhecimentos e de diferentes experiências; à possibilidade de consequências inesperadas das ações; e à própria natureza instável ou mutável do conhecimento na relação com o contexto. As possibilidades de escolha sobre seguir ou não, a



informação, da parte das mulheres mães, 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 –, influenciam o projeto reflexivo do eu. Quando não há condições reflexivas para se comparar argumentos, a autonomia para a tomada de decisão está minada.<sup>4,23,24</sup>

O aleitamento é veiculado institucionalmente a partir da visão da mulher-mãe, da qual se esperam sacrifícios pelo bem de seu filho, para poder também realizar-se. 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 naturalização 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. Assim iniciam as negociações consigo mesma sobre o ideal e o cotidiano, e a busca por apoio em outras falas, o que nos leva a refletir sobre quanto podem ser autônomas da medicina e das normatizações na tomada de suas decisões.

### *Autonomia*

A autonomia para a tomada de decisões está marcada pela formação e pelas condições efetivas das mulheres e, especialmente, pela identificação e valorização de qual atenção e saberes as mães podem acionar para resolver questões cotidianas. É um poder, no sentido em que Foucault<sup>25-27</sup> analisa, como instituinte do sujeito, mas o campo mostrou que só o é, na medida em que as condições para sua existência e para a trajetória do desejo de amamentar possam ser estabelecidas a partir do engajamento das mulheres mães. Este sujeito mulher-mãe que amamenta torna-se engajado com a amamentação e se institui como desejante de amamentar frente a certas condições, portanto, não é só útil ao saber biomédico. As mulheres fazem escolhas de acordo com suas necessidades, sua confiança nos saberes e não se trata apenas de ouvir os profissionais da unidade de saúde ou os médicos. Trata-se de um gerenciamento cotidiano em diálogo com múltiplos atores.

Embora todas as mulheres entrevistadas tenham, em maior ou menor intensidade, e com variadas expressões de importância, se reportado ao aconselhamento de profissionais sobre o aleitamento materno, outras falas dão maior segurança às mulheres, principalmente àquelas provindas das mulheres mais experientes da família, como suas mães, tias, irmãs e primas. Assim, fala Suzana: “Não conversei com ninguém. Mais com a minha mãe, porque ela entende. Ela tem acho que sete filhos ao todo”.

Gabriela dá a noção da relação que ela estabeleceu com o conhecimento da mãe: “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”. Mas, também por causa do conhecimento da mãe, introduz outros alimentos, em discordância com o discurso médico: “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”.

A ausência de proximidade linguística constrói obstáculos para estas mulheres no contato com profissionais de saúde. Além da ligação afetiva com as mulheres de sua família, e a confiança na sua experiência – em detrimento dos discursos dos profissionais, ou de outras fontes, como os livros –, estas mulheres se entendem com seus pares, têm linguagem comum, as orientações estão próximas e presentes no cotidiano, podendo sanar dúvidas e seguir suas recomendações, como construção de sua autonomia frente ao discurso institucionalizado. Assim se expressa Bruna:

*[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. No posto, lá, eles querem mais explicar do jeito deles, né. [...] Agora, a mãe explica mais do jeito dela, o que ela viveu. [...] 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)*

As relações aqui expostas, contudo, nem sempre são de todo divergentes. Pode haver convergência entre o aconselhamento médico e a experiência passada de mãe para filha. As experiências bem-sucedidas no seguimento de recomendações médicas fazem com que estas sejam mais bem aceitas pela geração seguinte. Vemos este fato no caso de Suzana: sua mãe tem sete filhos, com variação de 20 anos entre o primeiro e o último, portanto já ouviu muitas recomendações (provavelmente até divergentes, visto que as recomendações e/ou a percepção de importância das práticas flutuam ou se modificam com o tempo) e ela as confrontou com sua experiência.

Contudo, para Suzana, ouvir de sua mãe e ser aconselhada pelo médico a caminhar mais, para facilitar o parto, teve um efeito de engajamento prático. A concordância entre os dois discursos não deixa mais dúvidas para Suzana, que incorporou este aconselhamento: “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”. Objetivamente, Suzana não pode comprovar se tal recomendação funcionou para ela ou não, mas ainda assim ela tem a convicção de que é adequado andar para ter um parto facilitado.

Sobre este aspecto, devemos, entretanto, considerar que andar para ter um parto facilitado é uma recomendação de mais fácil seguimento do que a do aleitamento materno, tanto porque

não tem 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 de leite, incompatíveis com as necessidades, entre outros). Da mesma forma que em relação ao parto, as boas experiências com o aleitamento materno na família encorajam o seguimento da recomendação normatizada.

*A minha madrasta, 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).*

Outras mulheres dizem ter se aconselhado com sua mãe. Gabriela se aconselhou com a mãe, mas desta vez, houve divergência entre os discursos da mãe e da médica, pois sua mãe tinha outra opinião em relação ao aleitamento materno exclusivo. Ela demonstra como a experiência da mãe e seus costumes incidiram sobre a decisão a respeito da introdução de outros alimentos na alimentação da criança, ainda se isto não combinasse com o preconizado.

*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. (Gabriela).*

A experiência da mãe é predominante para a prática de cuidado alimentar da Gabriela. Esta divergência entre as falas impele a adoção de estratégias para lidar com a questão; no caso de Gabriela, a recomendação médica transgredida fica escondida, para evitar desgastes.

*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 [...]*

*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.*

Esta aparente passividade frente à médica e seu discurso institucionalizado é uma forma encontrada por várias mulheres de resolver suas dúvidas e acolher o que lhes parece mais coerente à sua própria história. É a própria experiência, atual ou anterior, que faz com que essas mulheres confrontem ou confirmem o discurso médico, e estabeleçam seu próprio ideal de aleitamento e alimentação. Normalmente, expressam-se discursos híbridos entre a normatização médica e do profissional da saúde e o que elas entendem e reconhecem como importante fazer, considerando a experiência delas e de suas mães, de suas sogras, bem como o modo como a criança reage, se engorda, se aparenta estar bem e se o modo de operar com estas exigências de amamentação está compatível com as necessidades da mãe.

*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).*

*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).*

Valentina, por exemplo, possuía outra percepção de necessidade das crianças, e é bastante convicta de que sua prática é a melhor para seus filhos, além de facilitar sua rotina.

*Por exemplo: “Dê 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).*

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. 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.*

### *A organização do cotidiano pelo aleitamento materno*

Muitas destas mulheres permanecem em casa, cuidando de crianças – seus filhos, irmãos e sobrinhos. A continuidade do aleitamento materno se dará de acordo com a necessidade de sua rotina, bem como dependendo das dificuldades ou facilidades que encontrem na relação entre o processo de aleitamento e a adequação necessária para a execução das demais atividades. Laís, por exemplo, não apresentou dificuldades para manter o aleitamento materno, e considera que o desmame deve ocorrer quando a criança já tem idade suficiente para isso, muito embora esta idade seja subjetiva, quando 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 cinco 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 a 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”, troca o peito pela comida e também o acalma e o coloca para dormir. Assim se expressa: “O peito? O dia inteiro [risos]. Daí à noite pra dormir só no peito [...]. Por isso que eu amamento ele, porque ele chora”. Outras formas de praticidade também foram descritas pelas mães. Andréa narra que amamentou pouco tempo, “Mas eu gostava, não precisa levantar de madrugada pra fazer mamadeira, eu gostava dar de mamar, é gostoso”. Melissa se reporta à manutenção da amamentação por razões financeiras:

*Até por questão financeira, né, porque as outras [duas primeiras filhas] eu podia dar [a fórmula infantil], essa eu já não podia. Essa eu tenho que dar [o peito], porque essa eu não vou poder dar [a fórmula infantil], é um leite caro... Então aí foi... foi até três meses, pelo menos. (Melissa).*

Essas narrativas, com seus elementos positivos, fazem frequentemente o fundamento do argumento utilizado pelos profissionais da saúde que acionam estas experiências bem-sucedidas para a invisibilização da diversidade deste vivido. O recomendado passa a ser valorizado como ideal, em conjunto com 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.

Esta perspectiva, quando assumida também pelas mulheres, as impede de tomar outras decisões como sujeitas sem sentir algum tipo de culpa, ou de autoavaliação negativa. Aspecto que pode ser percebido na narrativa de Melissa: “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”. Ana Rosa, igualmente, expressa um sentido de perda para a criança porque não se dispôs a fazer na exigência do tempo necessário: “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?”. 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”. 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 [a fórmula infantil] pra ela. Mas eu sofri, eu lembro que eu sofri bastante, assim, de querer amamentar e não conseguir, assim. (Melissa)*

A veiculação de uma moralidade da maternidade engaja mulheres no sentido de desejar seguir o padrão de normalidade, que inclui a amamentação, pelo bem do filho. A conexão entre moralidade e cuidado permite construir noções sobre o egoísmo como antônimo de responsabilidade, quando a satisfação pessoal é contrária à moralidade dos atos considerados bons e responsáveis. O ideal moral, portanto, torna-se o dar aos outros sem receber nada em troca. Segundo Carol Gilligan,<sup>28</sup> esta noção de autossacrifício 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 interfere de maneira profunda na possibilidade de fazer escolhas pelas mulheres, uma vez que sua identidade é pautada no padrão de relacionamento e cuidado. Contudo, existem nessas experiências outros sentidos vinculados ao prazer da relação mãe e filho, ou do reconhecimento da importância da presença da mãe, que se mantêm dentre os elementos facilitadores, numa significação positiva da maternidade no ato de amamentar.

Laís não é casada, não trabalha e não estuda. Seu lugar na família 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. (Lais)*

A teoria da Diferença Sexual, de Rosi Braidotti,<sup>29</sup> na qual o sujeito se constitui na diferença por um processo de reinvenção da subjetividade, elucida as formas de prazer na maternidade. Trata de positivar o feminino, com características formativas não essencializadas, e que dá à mulher a capacidade de ação que não seria possível dentro do sistema simbólico masculino. Para o feminismo, este 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. Tal reflexividade constitui a subjetividade em relação ao desejo, que impulsiona a ação. Para as mulheres em questão neste estudo, não existem reflexões de ordem política coletiva. A ressignificação de si como mãe e cuidadora protagonista da criança faz com que não mais se posicionem como sujeito submetido; ao contrário, em sua perspectiva, elas entram na ordem simbólica também como agentes da ação.

Suzana não demonstrou sentimentos positivos quanto ao ato de amamentar em si, mas se orgulha com o fato de que isto faça seu filho ficar “grudado” com ela, ou a chame o tempo todo.

*Chora se eu não der mamã 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)*

Para estas mulheres que ressaltam o prazer de amamentar, existem sentidos de pertença, interdependência de amor entre mãe e filho e uma rede de cuidados que elas atualizam, como uma posição pessoal e simbólica que lhes permite fazer com que sua maternagem se cumpra como algo reconhecido pelo que fazem no seu meio, ou que seja pensado como tal. Esses elementos são considerados por elas como relevantes. Os fatores estéticos tão comumente invocados em outros contextos não marcam relevâncias negativas neste campo. A narrativa de Andréa é explícita a respeito do mito da repercussão estética nos seios, bem como da capacidade do leite materno proteger as crianças, mas que, por outro lado, desconfia da proteção das doenças promovida. Em sua prática, gostava de amamentar e sentia-se única para o filho.

*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]. (Andréa)*

## Desmame

A organização do cotidiano pelo aleitamento materno começa a falhar por outras condições da vida, da subjetividade das mulheres e de outras situações adversas, abrindo caminhos para pensar e planejar o desmame. As falas sobre o desmame praticamente não seguem o discurso médico, e são prioritariamente pautadas nas necessidades cotidianas das mães. Algumas mães verbalizam a regra médica de se amamentar até os dois anos ou mais, mas frente à pergunta 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, demonstrando que sua percepção pessoal e subjetiva no modo como vê a criança é mais importante do que uma regra fixa posta para todas as crianças, com base apenas na sua idade.

Andréa, por exemplo, reproduz a fala da necessidade de se amamentar uma criança até os dois anos, pois “até dois anos a criança é meio fraquinha”. Considera, entretanto, a individualidade de cada criança, sendo que cada uma exigiria um jeito diferente de cuidar. 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 de seus objetivos, de quando desejar parar. Assim, afirma Joana: “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”. Para Simone, a necessidade está limitada à idade da criança, ao quanto se alimenta e ao que ela produz de sentimento e sensações na mãe.

*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).*

Outro motivo justificável para o desmame é o trabalho da mãe fora de casa, o que dificulta muito a rotina de amamentação. O desmame, então, torna-se necessário. 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 seis quilômetros entre 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 [outro bairro], 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 [outro bairro], pra dar de mamar. (Andréa).*

Este formato é compatível com o discurso médico, mas obviamente é uma rotina com sacrifícios, a qual Andréa só não abandonou antes porque ele “não pegava na mamadeira de jeito nenhum, leite nenhum”. A mulher pode parar de amamentar para voltar a trabalhar, ou iniciar este processo quando volta ao trabalho. Simone decidiu parar quando: “o [filho] foi por eu ter que trabalhar, né”. Fernanda, por cansaço e impossibilidade de conciliar amamentação, sono e trabalho:

*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).*

O desmame ocorre também 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. O tempo da amamentação é um trabalho de sobrecarga. Ana Rosa diz: “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”. Além de amamentar um filho, outros também precisavam de cuidado. Essa reflexividade a leva a tomar decisões sobre o desmame. “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”. Luana reporta a necessidade de um pouco de sossego:

*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).*

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”. Andréa diz: “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]”. Melissa considera que não é possível acordar tantas vezes: “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”.

## Conclusões

Essas narrativas de mulheres certamente não são as únicas, porque o cuidado e o cuidar são temas não apenas pessoais e privados, mas também sócio-políticos. Em algum momento da vida, todas as pessoas precisam ou precisarão de algum tipo de cuidado, conforme Joan Tronto<sup>30</sup> analisa, e em algum momento dispensam ou dispensarão atos de cuidado.

É necessário assinalar, sob a perspectiva da mesma autora, que uma ética feminina do cuidado entende o papel da mulher como ator social envolvido no cuidado. No entanto, isto pode ser usado para justificar o confinamento da mulher na esfera privada e conduzir ao reforço de 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 natural para o cuidado.

Considerados estes sentidos, o tema do cuidado (e do aleitamento materno) é uma questão política, de autonomia dessas mulheres, que encontram muitos desafios em suas vidas cotidianas e das ordens trabalhistas quando se mantêm cuidando e amamentando. Segundo Tom Cockburn,<sup>31</sup> o reconhecimento de pessoas que necessitam de cuidado como um grupo social legítimo pode visibilizar o cuidado como trabalho. O reconhecimento do cuidado como trabalho permitiria maior sensibilidade para considerar as diferenças e reconhecer a importância da análise de gênero nas atividades de cuidado das crianças.

A questão das diferenças dentro da teoria moral é um dos pontos discutidos pela teoria feminista, a fim de desbancar concepções sobre a universalidade do cuidado em relação às necessidades específicas do outro como tarefa das mulheres. Para as mulheres entrevistadas, a maternidade traz a situação que, se por um lado elas estavam subordinadas ao lar, por outro, a maternidade era a expressão de seu poder, uma autonomia diante da privação. Tal afirmação encerra aspectos de grande ambiguidade, visto que, se por um lado, encontram seus modos de organizar o cuidado e o aleitamento materno conforme enfrentam os problemas do dia a dia, e encontram apoio em outras mulheres, por outro, reforçam a feminilização do cuidado. Isso ocorre quando se desdobram

para cuidar de todos os filhos e realizar as atividades domésticas, enquanto encontram alternativas que lhes façam sentido, mas que não extrapolam as barreiras das desigualdades de gênero e da desvalorização do cuidado.

Neste estudo, as práticas sociais do cuidado, assim como em muitos outros contextos, ainda estão embasadas em uma visão essencialista da mulher. Nela, o maternar e o cuidar são vistos como sua tarefa natural e, portanto, mesmo trabalhando fora de casa, a mãe se mantém no papel de responsável pela casa e pelos filhos. Estas relações são raízes de longa data, já sabemos, e a manutenção de relações e práticas desiguais entre homens e mulheres também se reproduz no saber biomédico e nas suas formulações normativas, conforme se observou neste campo.

Dadas as ambiguidades dos processos, as mulheres mães também têm realizado arranjos pessoais ou em suas redes de mães, amigas, irmãs, capazes de lhes dar algum meio de compartilhamento das tarefas de cuidado e de extrair por vezes, prazer deste maternar. Considere-se, entretanto, que como toda reflexividade, esta não se forja a partir de princípios emancipatórios e, frequentemente, trata-se de arranjos realizados sob a ordem simbólica que se funda na fixidez das obrigações maternas.

Assim, ainda que esses arranjos liberem as mulheres por meio do compartilhamento de suas tarefas com outras mulheres, eles seguem sendo barreiras à construção da democracia porque resolvem questões de necessidades pontuais, mas enfraquecem as conquistas emancipatórias já alcançadas, como é o direito por decisões, e as discussões sobre as capacidades, o direito, a intimidade e a autonomia para fazê-lo.

Faz-se necessário, do ponto de vista estrutural, superar a separação da ordem produtiva e reprodutiva, considerando que o trabalho de homens e mulheres deve ser da mesma espécie e que as esferas de família e sociedade não podem permanecer separadas. Essas questões já foram preconizadas nos anos 1970 por diferentes textos feministas, para quem era necessário articular a produção, o consumo, a criação de filhos e as tomadas de decisões econômicas, como parte constitutiva de uma única esfera social.

Karen Sacks,<sup>32</sup> partidária desta posição, também argumentava que para se chegar à igualdade social, a autonomia do indivíduo necessitava se inscrever em registros múltiplos e não congruentes. Desta perspectiva, a experiência e as decisões da mulher serão afetadas pelo que se inscreve em sua vida, em fatores simultâneos como 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.

Os aspectos narrados nos pontos precedentes deste artigo trouxeram elementos da relação entre a experiência da mulher que amamenta, o discurso veiculado institucionalmente sobre aleitamento materno, bem como com outras falas e sua própria experiência na vida cotidiana. São questões

carregadas de sentidos sobre sentimentos de alegria, dores, prazeres e da obrigação materna de administração cotidiana de uma série de necessidades das crianças e das mães. O cuidado, desde a essencialização da maternidade, mantém como principal desafio a necessidade de problematizar os contextos de maternidades e assegurar a politização do conteúdo do cuidado, a partir de uma desnaturalização e desconstrução da ordem simbólica do cuidar, o que permitirá o acolhimento da diversidade no ato de amamentar.

São necessárias medidas de apoio pensadas a partir dos processos de reprodução, que englobem políticas sociais efetivas nas vertentes de trabalho remunerado fora de casa, bem como no trabalho de cuidado exercido no domicílio, com divisão de tarefas não baseadas em uma gendrificação desigual das atividades. As desigualdades têm contribuído para a pobreza de mulheres e a ausência de serviços de saúde e educação que se adequem às novas necessidades da mulher que é mãe, tendo em vista a criação de uma rede de proteções por parte do Estado.

É neste sentido que Garrau & Le Goff<sup>33</sup> analisam o cuidado, que deve ser pensado como forma de englobar a comunidade mais ampla, a partir de suas vulnerabilidades e necessidades. O amamentar entra neste aspecto como um grande desafio à democratização, à medida que ele envolve políticas, concepções, intimidade da mãe e necessidade de trabalho, renda e sobrevivência. Exige, portanto, um olhar complexo da parte do sistema de saúde e dos seus profissionais sobre os saberes institucionalizados e sobre aleitamento materno, que considere a prática e as possibilidades das mulheres mães, em sua autonomia e subjetividades, bem como as situações que se apresentam para a continuidade da amamentação ou para o desmame.

Pensando o cuidado como sócio-político, é necessário considerar a participação equitativa de suporte, o compartilhamento das tarefas de cuidado na família e estratégias públicas para a construção da democracia do cuidar, muito além da esfera privada.

## Referências

1. Tubert S. Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996. 332 p.
2. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina. Cad. Saúde Pública 2003; 19(2):S201-S212.
3. Moura SMSR, Araújo MF. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. Psicol. Ciênc. Prof. 2004; 24(1):44-55.
4. Giddens A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1993. 228p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: MS; OPAS; 2002. 152 p.

6. Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. 285 p.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.
8. Gardey D, Lowy I. *L'invention du naturel; les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines; 2000. 227 p.
9. Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985. 370 p.
10. Foucault M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes; 2011. 506 p.
11. Martin E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. 384 p.
12. Scott J. *A mulher trabalhadora*. In: Fraisse G, Perrot M, organizadores. *A história das mulheres no ocidente: o século XIX*. Porto: Afrontamento; São Paulo: Ebradil; 1994. p. 443-475.
13. Rago M. Os mistérios do corpo feminino, ou as muitas descobertas do clitóris. *Rev. Bras. Ciências do Esporte* 1999; 21(1):61-69.
14. Chodorow N. *Psicanálise da maternidade: uma crítica de Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1990. 320 p.
15. Liu M, Buzzanell PM. Negotiating maternity leave expectations. Perceived tensions between ethics of justice and care. *J. Business Communication* 2004; 41:323-349.
16. Bartlett A. Thinking through breasts. *Feminist Theory* 2000; 1(2):173-188.
17. Martell LK. Maternity care during the post-World War II baby boom: the experience of general Duty Nurses. *West J. Nurs. Res.* 1999; 21(3):387-404.
18. Fine A. Leite envenenado, sangue perturbado saber médico e sabedoria popular sobre os humores femininos (século XIX e XX). In: Matos MIS, Sohet R, organizadoras. *O corpo feminino em debate*. São Paulo: UNESP; 2003. p. 57-78.
19. Tamanini M. Maternidades são políticas: da fecundidade, dos especialistas, das mulheres, dos laboratórios, das tecnologias e muito mais. In: Martins APV, Arias G, Ángeles M, organizadoras. *Políticas de gênero na América Latina: aproximações, diálogos e desafios*. São Paulo: Paco Editorial; 2015. p. 171-196.
20. Tamanini M. *Reprodução assistida e gênero: o olhar das ciências humanas*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2009. 312 p.
21. Oliveira ZLC. A provisão da família: redefinição ou manutenção dos papéis? In: Araújo C, Scalon C, organizadoras. *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV; 2007. p. 123-147.
22. Dubet F. *Sociologia da experiência*. Lisboa: Instituto Piaget; 1994. 282 p.
23. Giddens A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002. 233 p.
24. Giddens A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1991. 177 p.

25. Foucault M. História da sexualidade I: vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988. 152 p.
26. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979. 295 p.
27. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1977. 241 p.
28. Gilligan C. Uma voz diferente. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1982. 190 p.
29. Braidotti R. Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada. Barcelona: Editorial Gedisa; 2004. 234 p.
30. Tronto J. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: Bordo SR, Jaggar AM. Gênero, corpo, conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997. p. 186-203.
31. Cockburn T. Children and the feminist ethic of care. *Childhood* 2005; 12(1):71-89.
32. Sacks K. Engels revisitado: a mulher, a organização da produção e a propriedade privada. In: Rosaldo MZ, Lamphere L. A mulher, a cultura, a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979. p. 185-223.
33. Garrau M, Le Goff A. Care, justice et dépendence: introduction aux théories du care. Paris: Universitaires de France; 2010. 160 p.

Recebido: 15/4/2016

Revisado: 28/7/2016

Aceito: 02/8/2016