




 Marcela Komechen Brecailo¹

 Daniele Gonçalves Vieira ¹

¹ Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Nutrição. Guarapuava, PR, Brasil.

Correspondência

Marcela Komechen Brecailo
marbrecailo@gmail.com

Este artigo é oriundo de tese de doutoramento, intitulada “Experiências de mulheres no cuidado e no aleitamento materno: Inter-relações e autonomia na maternagem”, de autoria de Marcela Komechen Brecailo, pela Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Sociologia, 2017

Dinâmicas e relações de interdependência no cuidado e aleitamento materno

Dynamics and interdependence relations in care and breastfeeding

Resumo

O objetivo deste trabalho é discutir as formas de adesão, acolhimento ou rejeição das informações de profissionais de saúde sobre o aleitamento materno frente às dificuldades da realidade cotidiana no cuidado da criança pequena. Estudo de perspectiva qualitativa com entrevista a 12 mulheres mães de crianças entre seis meses e dois anos de idade, e análise que se move entre a compreensão e a interpretação dos conteúdos das entrevistas em profundidade. As falas das mulheres demonstram que elas atuam articulando a cultura e sua posição conforme as necessidades e decidem suas práticas a partir de uma interdependência com outros saberes, trocados com mães, amigas e outras mulheres, bem como com profissionais de saúde. A prática assumida pelas mulheres se faz 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 dessas mulheres. A reprodução como trabalho na sociedade traz fragilidade para a vida das mulheres e é um desafio 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.

Palavras-chave: Maternidade. Aleitamento Materno. Cuidado. Políticas Públicas.

Abstract

The aim of this work is to discuss the ways of adherence, acceptance or rejection of information from healthcare professionals about breastfeeding regarding the difficulties of daily reality in the care of young children. Qualitative perspective study with interviews with 12 women mothers of children between six months and two years old, and analysis that moves among the comprehension and interpretation of the contents of the interviews in depth. The speeches of the women show that they act by articulating the culture and their position according to their needs and decide their practices based on an interdependence with other knowledge, exchanged with mothers, friends and other women, as well as health professionals. The practice undertaken by women is deduced in agreements or conflicts with laws, public policies, the different types of care, and social, cultural, economic and political issues. The needs create a fluidity among the elements, based on the decision making of these women. Reproduction as a work in society brings fragility to women's lives and is a challenge for the development of care as a policy and for the democratization of activities, ensuring the care of all as a collective activity, of each individual and the state.

Keywords: Parenting. Breast Feeding. Empathy. Public Policy.

INTRODUÇÃO

A maternidade, o cuidado e o aleitamento materno estão subjetivamente associados às mulheres, remetendo à natureza e à necessidade de bem-estar das crianças, e conseqüentemente, da sociedade como um todo. Essas funções refletem um entendimento tanto de ordem subjetiva quanto de questões socioculturais mais amplas. Apontamos 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 impelem ou reprimem diversas ações relacionadas a concepção, gestação, parto, aleitamento, alimentação e cuidado da criança.¹

As práticas sociais em muitos contextos ainda estão embasadas na visão essencialista da mulher, em que o cuidado é visto como sua tarefa natural, e portanto, mesmo trabalhando fora de casa, ela se mantém 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 que assumem a responsabilidade abandonada pelos homens, haja vista o número de famílias pobres chefiadas por mulheres, sem negar as tarefas de cuidado como contrapartida.²⁻⁴

Nesse contexto, o aleitamento é veiculado a partir da visão da mulher-mãe, da qual se esperam sacrifícios pelo bem de seu filho. Para a mãe, no enfrentamento da realidade, as dificuldades encontradas, os sentimentos de desesperança e vontade de desistir, ou ainda a decisão de não amamentar, não são inteligíveis aos profissionais de saúde, que falam com a mãe a partir do pressuposto da essência feminina e da naturalidade da maternidade.^{5,6} As informações ficam restritas ao âmbito biológico de interesse dos profissionais, mantendo as mulheres sem condições para a tomada de decisão consciente. A mãe passa a ter que lidar com suas dúvidas e inseguranças sozinha, tentando corresponder ao modelo proposto para ela.⁶⁻⁸

As análises de Mary Del Priore⁹ 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 da mulher 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.

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 disso só poderia se encaixar em um contrário, oposto, imoral, inadequado –

sintomas de alguma patologia feminina.^{10,11} 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.¹² 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, a saúde da mulher e sua moralidade, seu ideal de maternidade e cuidado dos filhos, bem como seu papel social de mãe.

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, acompanhou os interesses comerciais e financeiros. Com tais ações, a medicina ganhou espaço e credibilidade na sociedade, podendo normatizar as condutas. Da mesma forma, o ginecologista e o obstetra ganharam importância, na medida em que contribuem para transformar o sexo e a reprodução em assunto concernente ao Estado.¹³

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, ganharam vital importância a partir desse período, com o pensamento de melhoramento da raça. 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 a mulher deve cuidar de seus filhos, e quando é assessorada por médicos, a criança nascerá e crescerá forte e sadia – ou seja, será a riqueza do país.¹³

Então, 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.¹⁴ 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 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.^{4,6,7}

O ideal da maternidade pensado socialmente e também pela biomedicina engloba várias regras, práticas e rotinas lógicas e, se por um lado, tem-se observado que as mulheres continuam fazendo parte das representações coletivas a respeito da maternidade, engajando-se e extraindo prazer em corresponder ao modelo, por outro, suas experiências atendem às necessidades cotidianas, observando outras lógicas que não podem ser previstas nas normas.^{7,15} 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.⁶

Diante disso, o objetivo deste trabalho é discutir as formas de adesão, acolhimento ou rejeição das informações de profissionais de saúde sobre o aleitamento materno frente às dificuldades da realidade cotidiana no cuidado da criança pequena.

MÉTODO

O estudo se baseia em uma metodologia de perspectiva qualitativa,¹⁶ visando compreender a experiência de mulheres que se tornam mães em relação ao discurso institucionalmente veiculado pelas ações e preconizações em saúde, face a sua realidade social e familiar.¹⁷ Antes da fase de campo, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob parecer 934.612.

Com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de um município do litoral paranaense, ingressou-se em todas as Unidades de Saúde que participavam da Estratégia Saúde da Família (ESF), de seis distintos bairros, para o acesso a informações oficiais sobre as mães de crianças entre seis meses e dois anos de idade atendidas pela ESF no município em questão. Todos os agentes comunitários de saúde (ACSs) ativos no momento da pesquisa forneceram esses dados, contemplando o universo de mães, que posteriormente foi separado a partir de características de número de filhos, situação de aleitamento materno, trabalho fora de casa e presença do companheiro no domicílio, e segundo distribuição proporcional entre os bairros, selecionadas randomicamente acessando-se a área de abrangência das seis ESFs. Para se compreender diversas situações e experiências de maternagem, as mães selecionadas eram donas de casa, trabalhadoras formais e informais; primíparas e multíparas; que ainda amamentavam e que já haviam passado por desmame do filho mais novo; casadas, solteiras e divorciadas.

Para encerrar a fase de campo, obedeceu-se aos critérios da saturação dos dados, e assim foram realizadas entrevistas em profundidade com 12 mães. As entrevistas foram gravadas com o auxílio de instrumento de gravação de voz e então transcritas. As mulheres que auxiliaram na

construção da pesquisa foram entrevistadas em seus domicílios, na presença apenas da pesquisadora principal, e em alguns casos de algum familiar da entrevistada (mãe, sogra, filhos).

Para a entrevista completa realizou-se 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, antes das entrevistas, algumas mulheres preferiam não receber a pesquisadora de imediato e agendavam outro horário, mais conveniente para elas.

Segundo o guia de entrevistas elaborado exclusivamente para a pesquisa, a entrevista versava sobre as experiências das mães com gestação, parto, aleitamento materno e cuidado de crianças pequenas. Empregou-se a técnica da análise de conteúdo, surgindo, como categoria de análise, a relação entre as percepções e práticas cotidianas das mulheres e as preconizações dos profissionais de saúde. A elaboração da análise deste trabalho se move entre a compreensão e a interpretação dos conteúdos das entrevistas em profundidade realizadas com as 12 mulheres.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por fazer parte de um tema do cotidiano, relacionado à história e à cultura de um local– a maternidade–, o aleitamento materno e as maneiras de se cuidar de uma criança aparecem em diversas formas e 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 de 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.¹⁸

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 a elas, principalmente aquelas 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).

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).

Além da ligação afetiva com as mulheres de sua família, e a confiança na experiência, essas mulheres se entendem com seus pares, podendo tirar dúvidas e seguir suas recomendações. Bruna (18 anos, 1 filha) conta que sua mãe explicava as coisas “do jeito que eram”, e no “posto, eles querem explicar mais o que eles estudaram”. Ela conclui que “os livros ensinam muito, mas você tem que também viver a experiência pra saber”.

Bruna explicita que a dinâmica da relação é mais importante para a tomada de decisões sobre como fazer. Sinaliza que os conhecimentos que circulam na estrutura do setor Saúde e, portanto, pelos 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 a uma sensibilidade em relação aos significados que aproximem as categorias médicas e as categorias nativas.¹⁹ Trata-se de compreender as relações que perpassam práticas e ordens simbólicas do fazer das mães, e entender a experiência mediada por essas categorias.

A fronteira entre o saber técnico e o social poderia, assim, ser reconhecida como complexa e fluida, em que a pluralidade de conhecimentos seria intrínseca à ciência.¹² 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.⁷ 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.^{8,18}

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 com 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. (Lais, 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 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 introduzir os 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 para a filha. As experiências bem-sucedidas no seguimento de recomendações médicas podem fazer 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 provindas do setor saúde (provavelmente até conflitantes, 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 logo após o nascimento e recebia leite no copinho, em vez 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 com 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, possui uma de suas formas a partir da experiência, que tem várias estratégias de conjugar o vivido com as novidades aprendidas pela teoria.^{6,7}

Para Joana, a oferta de chazinho para seu bebê, encorajada pela sua sogra, não é incoerente com o 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. (Joana, 25 anos, 2 filhos).

Em contrapartida, as boas experiências com o aleitamento materno na família encorajam o seguimento da recomendação. Simone (24 anos, 2 filhos) acompanhou o cuidado de seu irmão, que teve aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementar até mais de dois anos de idade, observando que seu crescimento foi satisfatório na sua percepção, pois "eu

vi, assim, que meu irmão era forte, gordo assim, bem gordão, né, então só o peito”, então decidi “que meus filhos iam mamar até os seis meses só o peito, não vai tomar água, não vai tomar nada”.

As trocas de experiência fazem parte das relações dessas 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 cinco 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 lado, essas coisas que eles ensinavam. Mas essas coisas que a gente já sabe, né. (Gabriela, 30 anos, 3 filhos).

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.

De fato, verifica-se que 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.

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

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.²⁰ Na presente pesquisa, o “leite fraco”, ou “branquinho”, “líquidozinho” foi citado pelas mães, mas a colonização de que “não existe leite fraco” já é quase unânime no discurso, mas não na prática, quando 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 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 a 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 [fórmula infantil], eu falei: “Ah, eu vou dar [fórmula infantil]”, só que daí eu fiquei pensando “se ele pegar...”, porque eu já sabia que se ele pegasse mesmo [fórmula infantil] ele iria largar o peito. Então eu sabia esse lado, mas mesmo assim eu queria dar [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 aconselhou o uso de 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 levaram 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 mamou 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, porque 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 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. Diferentemente 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 15 em 15 minutos, daí eu comecei a dar [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).

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. 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, dificulta a comunicação entre as duas realidades, das mulheres e da medicina, reiterando a superioridade do conhecimento médico.^{17,21}

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 avó paterna 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 [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, frequentou 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”.¹⁸

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.²² 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 dessas relações. A maior ou menor dependência a um ou outro polo da teia puxa a tomada de decisão para uma ação.²² 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 essas 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.^{5,8} 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.

CONCLUSÃO

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. 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 tais 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 são organizados 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.

REFERÊNCIAS

1. Tubert S. Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
2. Giddens A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Ed da Universidade Estadual Paulista; 1993.

3. Scavone L. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP; 2004. 205p.
4. 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.
5. Silva TMG. “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: 1-15.
6. Brecailo MK. Experiências de mulheres no cuidado e no aleitamento materno: Inter-relações e autonomia na maternagem. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2017. Tese de doutorado em Sociologia.
7. Nogueira RP. A impotência da equidade. In: Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D (orgs). Saúde, Equidade e Gênero. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000.
8. Biroli F. Divisão sexual do trabalho e democracia. Rev de Ciências Sociais. 2016; 59(3): 719-754.
9. Del Priore M. Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino. In: _____. (org). História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto; 2012.
10. Rago M. Os mistérios do corpo feminino, ou as muitas descobertas do “amor venéris”. Proj. História. 2002; 25: 181-195.
11. Bordo SR. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: Bordo SR, Jaggar AM. Gênero, Corpo, Conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997. p. 19-41.
12. Héretier F. Masculino e Feminino – O pensamento da diferença. Lisboa: Instituto Piaget; 1996.
13. Rohden F. A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
14. 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.
15. Bonet O. Saber e sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Physis:Rev de Saúde Coletiva. 1999; 9(1): 123-150.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
17. Santos BS. Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
18. Biroli F. Autonomia e desigualdades de gênero – contribuições do feminismo para a crítica democrática. Vinhedo: Editora Horizonte; 2013.

19. Good B. Semiotics and the study of medical reality. In: _____. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1994, p. 88-115.
20. Fine A. Leite envenenado, sangue perturbado. Saber médico e sabedoria popular sobre os humores femininos (séculos XIX e XX). In: Matos MIS, Soihet R. O corpo feminino em debate. São Paulo: Editora UNESP; 2003, p.57-78.
21. Costa AM, Aquino EL. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D (orgs). Saúde, Equidade e Gênero. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000.p. 181-202.
22. Elias N. O processo civilizador: formação do Estado e civilização. v.2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1993.

Colaboradores

Brecailo MK trabalhou na Concepção e desenho; análise e interpretação dos dados; revisão e aprovação da versão final do artigo. Vieira DG trabalhou na revisão e aprovação da versão final do artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 28 de junho de 2019

Revisado: 03 de agosto de 2019

Aceito: 13 de agosto de 2019