

## **Maternidade e amamentação: engrenagens político-sociais na fabricação de famílias desviantes**

Motherhood and breast feeding: social-political gearing in the making of deviant families

Débora Augusto Franco

Centro Universitário Geraldo di Biase e Faculdade Sul Fluminense

---

### **RESUMO:**

O presente artigo constitui uma das linhas de análise realizada durante o curso de mestrado junto ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (RJ). Trata-se de colocar em debate a produção social de uma ideia de maternidade/ família que, calcada no modelo nuclear burguês, produz modos de ser, pensar e agir no meio intrafamiliar. Neste caso, ressaltamos o papel da mulher/mãe junto aos programas de amamentação - política pública de atenção à saúde articulada pelo Programa de Saúde da Família e sua relação com uma certa produção social de um modelo hegemônico de maternidade. Para isso, foi feita uma pesquisa-intervenção junto aos profissionais de um Programa de Saúde da Família (PSF) localizado no município de Barra Mansa, interior do estado do Rio de Janeiro. Utilizando-se da perspectiva foucaultiana, pensamos as estratégias estatais como atreladas às relações de poder - relação de forças imanentes materializadas em práticas, técnicas, disciplinas presentes em todo o corpo social de forma dispersa e inapreensível materialmente, envolvendo igualmente dominadores e dominados. A partir daí, parte-se para repensar a relação entre Estado e políticas públicas de orientação às famílias.

**Palavras-chave:** maternidade; amamentação exclusiva; processos de subjetivação; tutela estatal.

---

### **ABSTRACT:**

The present article is part of one of the analysis line carried out during a master's course together with the Psychology Institute of the Fluminense Federal University (RJ). It puts into debate the social production of an idea of maternity/family based on the bourgeois nuclear model that produces ways of being, thinking and acting within the family surroundings. In this case we highlight the role of the woman/mother together with the breast-feeding programs- public policy of attention to health articulated by the Family Health Program and its relation to a certain social production in a hegemonic model of maternity. In order to do so, an intervention research was made together with the professionals of a family health program (PSF) located in the Barra Mansa municipal district, Rio de Janeiro's countryside. Making use of Foucault's perspective, we thought the state strategies as linked to relations of power- relation of the imminent forces

materialized into practices, techniques and disciplines present in all social body in a disperse and non-apprehensible way involving both the ruler and the ruled one. From that point on, we set to rethink the relation between the State and the public policies of orientation to families.

**Key-words:** maternity; exclusive breast-feeding; subjecting processes; state tutelage.

---

### **Introdução**

O presente artigo constitui uma das linhas de análise realizada durante o percurso de pesquisa e escrita da minha dissertação de mestrado em Psicologia, defendida em agosto de 2011 na Universidade Federal Fluminense (RJ). A elaboração deste foi provocada pelo intuito de publicizar parte do processo, com o objetivo de coletivizar o que se convencionou chamar de produção técnico-científica<sup>1</sup>. Trata-se de colocar em debate a produção social de uma ideia de família que, calcada no modelo nuclear burguês, produz modos de ser, pensar e agir no meio intrafamiliar. Neste caso, ressaltamos o papel da amamentação como política pública de atenção à saúde articulada pelo Programa de Saúde da Família e sua relação com uma certa produção social de um modelo hegemônico de maternagem.

No trabalho de dissertação realizamos uma pesquisa-intervenção junto aos profissionais de um Programa de Saúde da Família (PSF) localizado em um bairro do município de Barra Mansa, região do Médio Paraíba, no interior do estado do Rio de Janeiro. Optamos pela publicização dos encontros que vivenciamos junto à equipe do PSF, onde os discursos produzidos serviram à análise do tema maternidade e amamentação exclusiva, cerne das discussões coletivas produzidas nestes encontros.

Destacaremos, então, a estratégia de amamentação exclusiva como forma de convocar a mulher ao papel de principal cuidadora dos filhos. Sendo assim, algumas questões direcionaram nossa escrita, a saber: como se formaram as séries de discurso acerca da maternidade, da mulher e da família? Quais foram as normas que possibilitaram sua aparição, crescimento e variação? Em outras palavras, visamos a colocar em análise essas produções de subjetividades, o que significa datá-las historicamente, não as entendendo, portanto, como naturais, uma vez que dizem respeito à produção de modos de viver e existir no mundo. Pensar de que maneira subjetividades maternas estão sendo construídas a partir de diferentes equipamentos sociais. Dentre estes, as políticas públicas que há muito se voltaram para as famílias.

As contribuições aqui propostas tiveram um caráter qualitativo, norteadas por princípios da Análise Institucional francesa, a partir de textos de René Lourau; da filosofia da diferença, com Gilles Deleuze e Félix Guattari e do pensamento genealógico de Michel Foucault. Optamos por essa abordagem metodológica por nos possibilitar interrogar os múltiplos vetores que contribuem para a produção social de um modo de ser mãe, bem como analisar os fios que tecem discursos e práticas acerca das famílias.

Assim como realizado na escrita dissertativa, no presente artigo destacamos o uso do diário de campo na análise do processo de produção de pesquisa. Tal estratégia foi tomada de empréstimo à Análise Institucional, servindo-nos como ferramenta importante durante todo o percurso de investigar-intervir. O uso desta possibilitou a análise de minhas implicações no campo e, com isso, permitiu revelar o processo que constituiu a pesquisa, explorando questões que, em análises de caráter positivista, seriam expurgadas da redação final, visto que tais pesquisas buscam se embasar apenas nos fatos observáveis, tomando como base o mundo físico ou material e a separação entre sujeito e objeto de investigação científica. É por apostar em outros modos de fazer pesquisa que publicamos neste artigo o diário de campo ou o ‘não dito’, a fim de expor, com nossa aposta metodológica, uma prática não neutra, reveladora do jogo de forças histórico-político. As análises que ora propomos realizar estão baseadas nos diálogos que tivemos com os profissionais do PSF antes citado, que aconteceram no período de maio de 2010 a junho de 2011.

Neste trabalho, não pretendemos enfatizar dados quantitativos da investigação, mas abordar os resultados do ponto de vista qualitativo, com o compromisso de análise da formação do servidor público na área da saúde, discutindo os impasses que têm sido produzidos pela própria formação da categoria ante os desafios da realidade do serviço público.

Em consonância, nossa aposta é em uma narratividade que nos implica em uma tomada de posição política. Ou, como nos ensinam Passos e Barros (2009):

*Podemos pensar a política da narratividade como uma posição que tomamos quando, em relação ao mundo e a si mesmo, definimos uma forma de expressão do que se passa, do que acontece. Sendo assim, o conhecimento que exprimimos acerca de nós mesmos e do mundo não é apenas um problema teórico, mas um problema político.* (p. 151).

## **Programa de Saúde da Família: aleitamento materno como um campo de análise das práticas de controle intrafamiliar**

### **Cena 1: Ordenha pública**

Vivenciamos um encontro junto aos profissionais do PSF ainda nos dias iniciais da pesquisa-intervenção, tendo sido este um evento que reuniu profissionais de saúde e a comunidade local, com o objetivo de discutir o tema amamentação exclusiva. Nomeamos a experiência deste primeiro encontro de *cena da ordenha pública*. O termo ordenha foi utilizado pelos profissionais atuantes neste PSF e refere-se à retirada do leite materno por sucção manual, feito, geralmente, para armazenamento. Optamos pela utilização do termo ordenha, uma vez que a equipe técnica o compreende como adequado à atividade realizada.

Na ocasião, um grupo de pessoas se reuniu no salão de uma igreja local que cedeu o espaço à equipe técnica do PSF. Estiveram presentes profissionais de saúde, atuantes nos programas de políticas públicas do município de Barra Mansa (RJ). O encontro promovido pela equipe do PSF pretendia oferecer orientação às mães sobre o projeto de amamentação exclusiva até o sexto mês dos bebês, época em que poderiam ser introduzidos outros alimentos, sem interromper a amamentação que deveria ser mantida até que a criança completasse dois anos de vida ou mais. Para conduzir tal proposta de orientação familiar, as gestantes e as mães que estavam em fase de amamentação foram convidadas pela equipe a comparecerem a este espaço de discussão. Os encontros não possuíam regularidade e eram agendados à medida que a equipe compreendia sua necessidade.

Estive presente em um destes encontros em que compareceram aproximadamente 30 mães, além de profissionais de diferentes unidades de PSF e técnicos de enfermagem do hospital-maternidade do município de Barra Mansa, de maneira que alguns destes profissionais estavam ali também para uma espécie de capacitação para o trabalho de orientação às mães e gestantes. Os profissionais se apresentaram, seguidos das mães, que apresentaram seus filhos, dizendo quantos meses tinham os bebês e se até aquele momento estavam em aleitamento exclusivo - informação solicitada pela equipe técnica do PSF, responsável pela concretização deste trabalho de orientação/capacitação. As mães com seus respectivos bebês afirmaram a amamentação exclusiva, exceto aquelas que possuíam filhos acima dos seis meses de idade, momento em que a orientação era de introdução de outros alimentos.

Foi feita a ordenha em uma das mães que se disponibilizou a ser voluntária. O objetivo era a orientação sobre como armazenar o leite, caso houvesse a necessidade de estar longe do bebê, por motivo de trabalho, por exemplo. Nesse encontro, as mães foram orientadas à condução do processo higiênico tanto da amamentação quanto da ordenha e armazenamento do leite materno, bem como dos benefícios à mãe e ao bebê.

Algumas mães, ao longo do diálogo, afirmaram um certo incômodo, seja com o cheiro do leite que permanecia em seu corpo, a preocupação com a firmeza dos seios ou com o fato de não conseguirem dormir e descansar quando a criança parecia não se sentir suficientemente satisfeita com o leite materno. Mencionaram outras formas de alimentação do bebê, questionando qual o alimento adequado nestes casos. Citaram o leite longa vida e o leite em pó, mencionando diferentes marcas. Nesse momento, várias mães falavam juntas, pareciam desejar um espaço de divisão das angústias experimentadas junto ao novo papel. À equipe, coube realizar uma interrupção, que pôde advir com a seguinte solicitação:

Espera aí, vocês que estão com dificuldade, vamos ouvir a história de Maria<sup>2</sup>, ela pode nos ensinar como superar essas dificuldades. (Diário de campo, maio de 2010).

E Maria contou sua história de superação. Relatou as dificuldades de seu bebê para dormir, a sensação de que o leite materno não o satisfazia, as noites em claro. E sua persistência, o que teria permitido a obtenção de sucesso na amamentação exclusiva. Alguns comentários em baixo tom pareciam não concordar com os relatos de Maria. Afinal, nem todas aquelas mulheres eram Maria. Havia ali outras histórias, outros atravessamentos, outras vidas. Ao final do encontro foi oferecido um café da manhã a todas as pessoas presentes e foi ali que as conversas paralelas durante a reunião insistiram em falar sobre as angústias. Grupos se formavam, as mães contavam suas histórias, algumas crianças choravam, outras sorriam. E foi assim que pude ouvir vários relatos, dentre estes o de uma das mães presentes, que declarou baixinho, falando-me quase ao pé do ouvido, num tom de segredo:

Digo que meu filho só faz uso do leite materno, mas eu ofereço chás, água e suco também. Estou pensando em oferecer outro leite porque fico cansada à noite quando ele acorda várias vezes. Mas, quando a Teresa<sup>3</sup> vai lá em casa eu digo que só dou o leite do peito. Também, elas não precisam saber disso. (Diário de campo, maio de 2010).

Pude perceber a coexistência de histórias, onde os relatos oficiais e aqueles declarados nos bastidores se mesclavam entre si. Outras histórias insistiam em possuir

uma existência singular, ainda que não contabilizadas em dados estatísticos. Perguntava-me: por que não seria aquele o espaço legítimo para se falar sobre os percalços da amamentação exclusiva? Por que motivo não havia espaço para outras vozes, opostas ao modelo estatal? Caberia à equipe apenas reforçar o quanto a amamentação era o melhor para a vida das mães e de seus bebês? Por que não deixar falar os discursos de insatisfação? Por que silenciá-los?

Com alguns autores aprendemos que a capilarização de estratégias de controle dos corpos-maternos que dirige um modo-de-ser-mãe contemporâneo, através do discurso hegemônico de amamentação, remonta a um período que, segundo Donzelot (1980) e Rago (1985), teve início no séc. XVIII, na Europa e séc. XIX, no Brasil, época de construção de um discurso médico-psicológico, fundamental à construção de uma lógica de família saudável, funcional, estruturada, que inicialmente difundiu-se entre as famílias abastadas e, mais tarde, entre as famílias pobres.

Para pensarmos a produção histórica da maternidade não podemos esquecer que a medicina social, enquanto estratégia biopolítica, revelou-se fundamental para a constituição da família moderna/nuclear, o que, conseqüentemente, fortaleceu o poder do Estado. Desta forma, a família passou a funcionar como instrumento de governo das populações, à medida que as mudanças comportamentais passavam por um controle intrafamiliar; por exemplo, para a obtenção de um domínio das práticas educacionais, de saúde, sexuais ou até mesmo para o controle demográfico. (FOUCAULT, 1979).

Com relação às famílias abastadas, Rago (1985) ressalta que, no Brasil, a partir do séc. XIX houve um trabalho da medicina social objetivando a destituição da amamentação mercenária, quando as mães deixavam os filhos aos cuidados das escravas amas de leite. Tal comportamento foi fortemente criticado pela classe médica da época que afirmava, num discurso produtor de verdade, que a mulher deveria deixar a preocupação com a beleza do corpo de lado e atentar ao seu papel de responsabilidade social junto à família, o que incluía reconhecer na amamentação um ato de vocação natural.

Sobre esta questão, Donzelot (1980) nos fornece importante material de pesquisa para pensar a intervenção médica no domínio intrafamiliar, em que podemos lembrar o quanto a mãe serviu de suporte médico inicial na construção de uma aliança entre a família e a medicina. Uma aliança que precisou tornar desnecessário o conhecimento do senso comum. Para esta finalidade, questionou-se o saber das *comadres*, o que foi

imprescindível para o atual *status* de cientificidade da medicina. Desta forma, o saber das comadres passou a ser visto como algo pernicioso, devendo, então, ser evitado.

*Aliança proveitosa para as duas partes. O médico, graças à mãe, derrota a hegemonia tenaz da medicina popular das comadres e, em compensação, concede à mulher burguesa, através da importância maior das funções maternas, um novo poder na esfera doméstica (...). Ao majorar a autoridade civil da mãe o médico lhe fornece um status social. (DONZELOT, 1980: 25).*

A mulher burguesa tornou-se a difusora do saber médico e o cuidado com as crianças se tornou tema importante na literatura médica, objeto de preocupação e intervenção estatal. Mãe, educadora, auxiliar, médica! Não só o médico adquiriu *status* de cientificidade, mas a mãe, com novos adjetivos a seu favor, adquiriu *status* social. Podemos afirmar que a construção social deste novo saber médico teve como principal sustentação as técnicas de orientação coletiva por meio do suporte pedagógico que, com a publicação de livros, artigos científicos e, mais recentemente, *sites* de entidades médicas, possibilitou a *informação* permanente sobre como as famílias devem agir para serem saudáveis.

É melhor para você!<sup>4</sup> – a bandeira levantada pelo Ministério da Saúde sobre o tema amamentação exclusiva nos faz lembrar algumas palavras de Deleuze (1992: 111) sobre a “indignidade de falar pelos outros”, a partir de um lugar de saber/poder que delimita e controla as formas-mãe de pensar, sentir e agir – ao mesmo tempo que coloca para aquelas que falharem no percurso da amamentação a culpabilização pela falta de cuidados adequados aos filhos.

Tal prática, além de afirmar e sustentar um modelo hegemônico de ser mãe, naturaliza os cuidados maternos como intrínsecos à condição feminina, numa lógica que coloca a paternidade no lugar de coadjuvante. A identidade-maternidade se tornou, na contemporaneidade, uma forma de aprisionamento da vida. Identificar-se a este modelo é algo que poderia servir até o momento em que os sujeitos-maternos pudessem romper com essa lógica, criando outras formas de relação mãe-filho, independente do tempo cronológico no qual se encontra pautado o Ministério da Saúde.

Uma das mães presentes no encontro de orientação/capacitação ressaltou a preocupação com o corpo físico e a possível resolução da situação ao final do processo de amamentação:

Vou amamentar meu filho, cuidar dele neste momento, mais tarde, quando isso passar, eu coloco um silicone e assim, resolve-se tudo. (Diário de campo, maio de 2010).

Sabemos que a produção social de um modelo de maternagem atravessa as mães presentes no encontro. Estas mesmas mães/mulheres também se encontram submetidas a um excesso de informação que deflagra a busca pelo corpo feminino perfeito. Ser mãe e amamentar os filhos significa corresponder ao modelo hegemônico produzido no e pelo campo social. Ser bela significa corresponder à lógica de produção de corpos perfeitos, magros, rígidos, fortes, saudáveis. A mudança comportamental exigida na contemporaneidade produz, se não mães-maternas e mulheres lindas, ao menos uma definição de corte: há as que se encontram dentro ou fora do modelo padronizado, seja de mãe, família ou beleza. Além disso, a mãe que se dedica à maternidade-aleitamento e que precisa amamentar seu filho a cada duas horas – inclusive no período noturno – precisa também vivenciar seu papel de mulher-esposa-amante, uma vez que o discurso contemporâneo instituiu que *sexo é vida*, disseminando a ideia de responsabilidade do casal – leia-se da mulher – em não permitir que o casamento/relacionamento caia na rotina. Neste caso, o discurso corrente delimitou que é preciso criar, inventar e refazer a relação a cada dia. A mulher – super poderosa<sup>5</sup> – que, desde o final do século XIX, no Brasil, é a maior aliada da medicina na produção de um saber/poder sobre as famílias é também alvo das atuais políticas públicas de controle.

Lembramos o que afirma Foucault (2006) sobre a aproximação entre Estado e saúde. Para o autor, a saúde é um fato cultural, político, econômico e social que está intimamente atrelado a uma certa consciência coletiva, mas também individual. Historicamente, cada época estabelece um regime de verdade em torno do que se convencionou chamar de políticas públicas de saúde. As épocas estabelecem, por exemplo, um perfil de normalidade e, conseqüentemente, de anormalidade. Estereótipos vigoram em torno de uma norma, direcionando não apenas um determinado modo adequado de cuidados com a saúde individual, mas modos de prevenção que englobam um funcionamento coletivo. Para Foucault (2006), “É bastante evidente, em suma, que o custo do diabetes e da arteriosclerose é ínfimo se comparado às despesas ocasionadas pelo tabagismo e pelo alcoolismo”. (p. 141). Haveria também um custo socioeconômico para o Estado com relação às famílias – pobres – que não amamentam seus filhos? Qual o papel dos especialistas nesta estrutura de orientação familiar?

Disfarçados de cuidadores da família, pude perceber como os especialistas ditam regras, direcionam vidas, prescrevem um modo de ser mãe. Silenciam vozes que clamam por outras apostas, menos aprisionantes. Posicionamentos tomados não apenas pelos profissionais atuantes nos PSF, mas por nós, em nosso cotidiano de trabalho, lugar de mergulho em correntezas de múltiplas forças: forças hegemônicas em nós e fora de nós, em que as práticas morais nos

fazem imergir na busca pelo cumprimento dos códigos. Direcionar vidas, uma certa promessa estatal: será que ao disponibilizar especialistas na rede de saúde pública o Estado de alguma maneira não prometeria/afirmaria/garantiria a orientação das sujeitos que dela ‘necessitam’? Muitos dos usuários que chegam ao ‘setting público estatal<sup>6</sup>’ questionam, ao terminar um atendimento: ‘você não vai me dizer nada?’, mesmo após muitos diálogos. Como se aguardassem uma receita de orientação para suas vidas. E inúmeras vezes nos afogávamos em respostas, convocando um suposto saber que teríamos adquirido junto com o diploma universitário e o carimbo de especialista. O que seria, então, a cena da ordenha pública para a pesquisa que realizamos? Algo que fez eclodir as análises de implicação, bem como a busca pelos condicionantes históricos que produziram não somente modelos a serem seguidos – de maternidade, infância, família – como especialistas a orientarem os passos para o seguimento dos modelos. Capilarizamos o poder estatal nos PSF’s, nas escolas, nos *settings* analíticos ou público-estatais. Questões como estas fazem falar outras vozes, que muitas vezes são silenciadas em apostas científicas que se pretendem neutras ao campo de análise. Questões que produzem crises no processo de pesquisar, tornando-se condição da pesquisa, porque analisadoras. (Diário de campo, julho de 2011).

Lembremos, então, que o conceito de analisador, tomado de empréstimo da Análise Institucional, pode ser definido como um dispositivo que, em determinada situação, catalisa forças e permite fazer surgir uma análise, permitindo-nos visualizar a instituição invisível, desestabilizando formas e modos de funcionamento já dados. (LOURAU, 1993). A análise de nossas implicações caracteriza a prática socioanalítica, que consiste em, como proposto por Lourau (1993), analisar nossos vínculos afetivo-libidinais, políticos, profissionais e institucionais, o que permite mostrar as diferentes forças presentes em nosso campo de atuação, fazendo, em muitos momentos, emergir acontecimentos. (COIMBRA e NASCIMENTO, 2004).

Na pesquisa empreendida, a ordenha pública serviu como um analisador histórico, suscitando o desejo de ampliação do nosso campo de análise, permitindo-nos visualizar que a história dos modos de ser mãe era algo mais antigo do que a própria cena. A ordenha pública não começara e acabara ali naquele encontro com o PSF. Antes desta vivência no campo houve todo um processo de construção de moldes maternos e sobre como estes deveriam ser experimentados no interior das famílias. Histórias já narradas por autores como Donzelot (1980), Rago (1985), Costa (1979). Histórias impressas não apenas nos modelos hegemônicos de maternidade, mas cristalizadas também em nossas práticas cotidianas entre o cuidado e o controle dos modos de ser e agir.

Para Costa (1979), houve um trabalho normalizador da medicina doméstica em torno da família. O autor ressalta que o novo papel atribuído à mulher, que ele

denomina *mãe higiênica*, exigiu da maternidade novos cuidados com a saúde, a educação e a formação de caráter dos filhos. Em outras palavras, a mãe passou a ser responsável pela condução moral dos filhos, papel que emergia como sendo de grande importância para a nação.

Assim, as características físicas da mulher e, conseqüentemente, do homem, contribuíram para a construção social de estereótipos de gênero. A mulher, entendida como frágil e sensível, deveria se dedicar, por exemplo, ao asseio da casa, com o intuito de cuidado com o bem-estar da família. Ao passo que ao homem, classificado como forte, caberia o provimento da família, bem como o direito de dirigir a conduta da mulher e auxiliá-la na condução do papel de mãe. Desta forma, discursos de inferioridade intelectual da mulher em relação ao homem foram justificados a partir de uma ideia de predominância da afetividade feminina, dados que foram amplamente disseminadas pelos médicos do século XIX, no Brasil. (COSTA, 1979).

Contudo, os padrões de higiene foram redefinidos pela medicina doméstica, com imposição das técnicas de regulação do contato entre os indivíduos. Os hábitos alimentares foram rigorosamente regularizados, bem como as práticas de asseio da casa e do corpo. O aleitamento materno tornou-se valorizado e cercado de medidas higiênicas, além da supervalorização do contato e envolvimento emocional entre mãe e filho. Sabemos que tais hábitos e costumes reinventados no Brasil do séc. XIX se deram devido à europeização dos costumes, visto que nos países europeus já vinha sendo construído, desde o século XVIII, um modelo nuclear burguês de família, que contou com o desenvolvimento da medicina doméstica. (COSTA, 1979).

Podemos perceber que, ao pensarmos a maternidade historicamente, visualizamos que a exaltação do amor materno, assim como o foco na função biológica da maternidade, são fatos relativamente recentes na história da civilização moderna e ocidental. O vínculo mãe-bebê associado a uma “cola” com as características biológicas produz uma ideia de maternidade como algo natural, concernente à mulher. Como nos lembra Badinter (1980), um mito construído a partir de discursos médicos, filosóficos e políticos, que emergiram no século XVIII.

Para Badinter (1980), o discurso do amor pelos filhos foi necessário às estratégias de enquadramento de homens e mulheres às funções paternas e maternas. Um dos mecanismos de restrição de liberdade da mulher foi a prática de amamentação, que surgiu como forma de prescrição médica e higienista, indicando regras específicas a serem seguidas. Essa convocação maciça das mães à amamentação veio acompanhada

não apenas de uma proteção à vida das crianças, já que o discurso era de redução dos índices de mortalidade infantil, mas, sobretudo, de um discurso de disciplinarização da vida da mulher, por meio de uma estratégia de confinamento à esfera doméstica e familiar.

Tal estratégia incidia também sobre um certo controle da sexualidade feminina, uma vez que a prescrição médica indicava à mulher, por exemplo, não manter relações sexuais no período da gestação e amamentação. Discurso que fazia uso de recomendações de ordem biológica – como o aborto, em casos de relação sexual no período gestacional – que poderiam colocar a segurança do filho e da família em risco. O que podemos perceber é que a sexualidade da mulher não era uma questão concernente à sua individualidade, mas parte de uma produção social que, com a medicina doméstica, foi colocada a serviço da família, com a finalidade exclusiva de reprodução. (BADINTER, 1980). Ou, como nos ensina Foucault (1979):

*O excesso de poder de que se beneficia o médico comprova, desde o século XVIII, esta interpretação do que é político e médico na higiene: presença cada vez mais numerosa nas academias e nas sociedades científicas; participação ampla nas Enciclopédias (...) O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em permanente estado de saúde. (p. 202-203).*

A construção deste campo de saber sobre a saúde e a doença constituiu uma nova forma de relação social. Em outras palavras, para Foucault (1979), a constituição de um campo de saber corresponde à criação de estratégias de poder. Desta forma, estratégias de normalização são colocadas em prática por meio de um conjunto de regras que dão suporte a um regime de verdade, espaço onde se distingue o verdadeiro do falso, vinculando, ao verdadeiro, efeitos específicos de poder.

O médico, a partir do século XVIII, e outras especialidades, na contemporaneidade, também experimentam espaços de orientação individual ou coletiva. Caberia a cada especialista reconhecer o lugar que ocupa ou quer ocupar nessa conjuntura política.

### **Amigos da amamentação<sup>7</sup> ... Ou do projeto político-estatal**

Durante o percurso junto à equipe do PSF pude ouvir de alguns profissionais o quanto o trabalho com mães e gestantes era importante para o que entendiam ser o melhor desenvolvimento da estrutura do SUS no campo preventivo. Consideravam a amamentação o carro chefe dos trabalhos junto às famílias, especialmente no que tange

a saúde da mulher e da criança. A entidade era titular do *amigos da amamentação*. Mas o que significava para a equipe atuante neste PSF ser possuidora de tal título?

O programa do governo federal que titulariza instituições de saúde como amiga da amamentação não fornece aos profissionais nenhum tipo de gratificação financeira; no entanto, produz uma certa visibilidade ao afirmar a existência de uma equipe que se destaca pelo apoio à amamentação. Desta forma, não são todas as unidades que recebem esse título. O hospital municipal do município em que atuei, por exemplo, não é considerado *amigo da amamentação*<sup>8</sup>, por não estar adequado aos dados estatísticos que o mesmo exige. Para adquirir esse título far-se-ia necessário que o número de mães que realizam o parto naquele hospital conseguissem alimentar seus filhos com a amamentação exclusiva, do período em que nascem os bebês até o período em que recebem alta hospitalar. Há crianças que nascem e as mães não obtêm sucesso em amamentar e, desta forma, compreendia-se que o hospital municipal não estaria tendo o suporte técnico necessário à orientação das mães, visto que as estatísticas apontavam que o estabelecimento de saúde teria feito uso de outras formas de aleitamento para os recém-chegados. Já o PSF onde atuei foi considerado *amigo da amamentação*, por conseguir preencher todos os requisitos definidos pelo Ministério da Saúde. Por este motivo era considerado referência municipal, responsável por capacitar outros profissionais.

No entanto, não se trata de um título permanente. O projeto de fiscalização estende-se não só ao número de mães que amamentam seus filhos, mas também aos números anuais de mães-amamentadoras que o PSF consegue angariar todos os anos. Assim, é feita uma fiscalização pelo Ministério da Saúde a cada três anos: uma equipe técnica vai até a comunidade em que se situa o PSF e, a partir do cadastro de famílias com bebês, verifica se as mães estão amamentando – por meio de visitas domiciliares estabelecem um diálogo de investigação. Meses antes desta fiscalização – segundo informações do estabelecimento, esta acontece no mês de setembro –, o PSF realiza um trabalho de conscientização das mães. Conscientiza-se as mães do dever de amamentar e os profissionais da tarefa de fazer cumprir a *ordem do discurso*<sup>9</sup>.

No entanto, é preciso ressaltar a diferença na maneira em que se estabelecem as formas de governo das famílias. Realizar o controle de doenças a partir das propostas de vacinação teria o mesmo viés do controle de natalidade que se realiza através do programa de Planejamento Familiar? Realizar o exame do pezinho produz a mesma forma de capilarização do poder que é produzido através dos programas de aleitamento materno exclusivo? Sabemos que o controle das doenças que ora se apresentam não encontra preocupação exclusiva

com as mortes que se sucedem devido a não vacinação, por exemplo, mas há também uma preocupação de caráter econômico, relativo aos gastos direcionados às pessoas que adoecem. A quem interessam tais propostas? Como isso vai se estendendo, em nome de um suposto 'bem-estar social'? O que se produz a partir daí? Somente filas nos postos de vacinação? Ou o que vamos produzindo indica um certo Estado-controle, assujeitamento e conformismo? (Diário de campo, maio de 2011).

Foucault (1979) afirma que a medicina social adquiriu espaço de intervenção sobre as famílias pobres a partir de uma suposta maneira de ajudá-las a satisfazer suas necessidades de saúde. A ideia de uma assistência controlada a partir da intervenção médica permitiu “um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas”. (p. 95). Para o autor, o modo de intervenção sobre as famílias pobres configurou não exatamente uma preocupação com a saúde das mesmas, mas, certamente, uma preocupação de ordem econômica.

Dentre os suportes técnicos que capilarizam estratégias de orientação às famílias podemos citar a publicidade em mídia televisiva e impressa. Destacamos aqui cartilha desenvolvida pelo Ministério da Saúde no ano de 2010, que aponta a necessidade de apoio às mães que trabalham e precisam amamentar, intitulada *Cartilha mães trabalhadoras*:

*Você, como mãe e trabalhadora remunerada, quer dar ao seu filho o melhor alimento, o contato físico, o carinho, o estímulo, a proteção contra doenças, ou seja, tudo o que você sempre sonhou de melhor. Como você já sabe, amamentar é o que permite dar ao seu filho tudo isso. Mas, como dar de mamar e ao mesmo tempo trabalhar fora de casa? (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).*

A cartilha prossegue no controle das formas de cuidar dos filhos, apontando claramente o que deve e o que não deve ser feito. Condena o uso de mamadeiras, justifica a amamentação como algo que contribui para perda de peso adquirido durante a gestação, atenta para a prevenção de doenças alérgicas no bebê, bem como para a prevenção de doenças como câncer de colo de útero e de mama nas mães. Com um número ilimitado de vantagens, como não aderir à maternidade-aleitamento? Como escapar às formas hegemônicas de produção de subjetividades maternas, às capturas contemporâneas que não obrigam, mas prescrevem modos de ser, pensar e agir?

Inventar outras formas de ser mãe-filho, ter coragem para singularizar, criar caminhos éticos para as famílias. Experimentar linhas de fuga, reconhecendo a diferença entre as dimensões moral e ética: “A moral se apresenta como um conjunto de

regras coercitivas de um tipo especial, que consiste em julgar ações e intenções referindo-as a valores transcendentais (é certo, é errado...); a ética é um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica”. (DELEUZE, 1992: 125).

A capilarização do poder estatal encontra-se presente nas cartilhas, nos PSF’s, nas propagandas televisivas, na defesa da amamentação a qualquer custo. Formas diferenciadas de manutenção de uma ordem. Uma normalização matemática, que quantifica, faz estatística, delega orientações.

É desta forma que nos questionamos sempre: até onde o risco é mensurável? A herança estatística a que responde uma certa psicologia é aquela que busca o mesmo: o que fazem os testes psicológicos? Estes procuram não aquilo que varia, mas aquilo que permanece na ‘estrutura’ do indivíduo: traços de personalidade, desvios de conduta. Estamos sempre na expectativa de encontrar o mesmo, o olhar psi é orientado por esta perspectiva. Efeitos de normalização, de controle, da racionalidade do Estado em nós. Como dar lugar ao que varia? (Diário de campo, maio de 2011).

E já que falamos em estatísticas, estes dados nos fizeram lembrar as palavras de Castel (1991) em um artigo intitulado “Da periculosidade ao risco<sup>10</sup>”, em que o autor afirma que as novas tecnologias preventivas dirigem não indivíduos, mas fatores, correlações estatísticas de elementos heterogêneos. Há uma desconstrução do sujeito concreto de intervenção e uma reconstrução, a partir de uma combinação de fatores, considerados responsáveis pela produção do risco. O objetivo principal não é confrontar uma situação perigosa concreta, mas antecipar todas as formas possíveis de irrupção do perigo. A prevenção como forma de promoção de uma certa classificação científica pautada em cálculos e probabilidades. O indivíduo suspeito é condição para que possam ser construídos no campo social os sintomas de periculosidade ou anormalidade, tornando possível a afirmação das características de risco. Desta forma constroem-se políticas preventivas – programa de amamentação, planejamento familiar ou até mesmo a indicação da necessidade de um psicólogo na escola como forma de prevenção dos desvios – pautadas nestes fatores de risco. Que fatores? O espaço geográfico em que habitam, lá onde se instalam as políticas públicas: comunidades carentes, escolas públicas, lugar da pobreza. As concepções de prevenção e de emergência do perigo possibilitaram as modalidades de intervenção, transformando a função de cuidar em atividade de perícia. Para Castel (1987):

*As novas estratégias médico-psicológicas e sociais se pretendem, sobretudo preventivas, e a prevenção moderna se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos. Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas na colocação em relação de dados gerais impessoais ou*

*fatores (de risco) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis (...) ter nascido, por exemplo, de mãe solteira que é também empregada doméstica (ou sem profissão, estrangeira, estudante, assalariada agrícola...), menor de dezessete anos (ou mais de quarenta), tendo tido um número de gravidezes superior às taxas médias segundo a idade, etc. A presença de tais fatores basta para desencadear um assinalamento automático, em virtude do axioma de que uma “mãe de risco” engendra, ou cria, filhos de risco. (p. 125).*

Com isso, podemos perceber que a capilarização da tutela estatal encontra-se presente em um crescente número de situações em que as funções médico-psicológicas se assemelham a uma atividade de perícia, atualizando formas de rotulação de indivíduos, constituindo para estes um perfil que os colocará em uma certa carreira. (Castel, 1991, p. 290). Carreira profissional? Não, a carreira dos desvios. Família? Se pobre igual a carente, se carente igual a ‘situação de vulnerabilidade’; se nesta condição, desestruturada. Se desestruturada, encontra-se em risco e se há risco, há de se construir uma política pública localizada: programa de saúde da família (pobre), planejamento familiar nas comunidades carentes ou legalização do aborto para os moradores de favelas.

A cena de ordenha pública nos indica a preocupação de um Estado mediador em proporcionar às crianças o melhor alimento? Estratégias utilizadas desde o século XVIII, na Europa, e século XIX, no Brasil, de normalização da maternidade que possibilitaram à amamentação ser adjetivada como ‘primordial, insubstituível’ na vida dos pequenos infantes.

### **Cena 2: A ordenha pública como um analisador na restituição da pesquisa: fiscalização governamental, deslizos e escapes**

Foi realizado no PSF um encontro de restituição<sup>11</sup> da pesquisa. Neste encontro, o intuito era produzir um corte naquilo que era tido como natural ou inerente à condição humana. Tentamos concretizar esse corte junto aos profissionais da saúde, mas também junto à minha prática como pesquisadora que, ao apostar no viés ético-político, buscou a criação de condições de emergência de um espaço coletivo de discussão, não permitindo que os temas pensados a partir do campo ficassem restritos à uma análise pessoal, mas pudessem ser avaliados com as pessoas envolvidas neste processo de pesquisa-intervenção em que teoria e prática não se separam:

*Na pesquisa intervenção, conforme a entendemos, teoria e prática são práticas. Práticas que abandonam sua vontade de verdade e mergulham nas linhas que cartografam os movimentos dos fluxos. Seguem-nas em seus devires contagiantes que fazem ruir a separação sujeito-objeto. (BARROS, 2007: 233).*

A partir desta aposta metodológica, agendamos um novo encontro com os profissionais do PSF. Propúnhamos debater os encontros sobre amamentação e dividir com eles as angústias ali produzidas. Inicialmente, coloquei meu posicionamento quanto ao programa de amamentação exclusiva. Meu posicionamento? Não era contrário, apenas a favor da abertura de novas possibilidades inventadas pelas famílias. Aquela que desejasse a amamentação seria acolhida em sua escolha tanto quanto aquela que optasse pelo contrário, sendo-lhe garantida a possibilidade de criar outros modos de materno, diferindo dos postulados pré-definidos. Por que motivo colar a figura da mulher que não deseja amamentar à de um ser que nega sua condição humana?

Uma agente comunitária de saúde disse que uma moradora do bairro que não pôde amamentar devido a não produção de leite demonstrava intenso sofrimento com isso.

Tem uma pessoa no bairro que quando me vê, ela diz: quando te vejo me sinto culpada. (Diário de campo, julho de 2011)

A agente comunitária se referia a uma usuária do serviço de saúde que não teve produção de leite, mas durante a gestação frequentou os encontros sobre amamentação. E concluiu dizendo:

Ela participou dos encontros, sentia o desejo de amamentar, mas não pôde. (Diário de campo, julho de 2011)

Outros agentes comunitários também disseram que percebiam um sentimento de culpa, especialmente nas mães que precisavam trabalhar. Um deles trouxe uma experiência de vida:

Minha irmã tem sofrido muito com isso. O bebê dela além de não estar sendo amamentado passa o dia circulando pelas casas das pessoas. Alguém fica com ele pela manhã, outra pessoa à tarde e a mãe à noite. Às vezes ela não consegue manter uma medicação com os horários corretos porque nesse circuito alguém esquece. Ela se sente culpada, mas precisa trabalhar. Chegou a dizer que queria ser demitida porque assim poderia receber o seguro desemprego por seis meses para ficar mais um tempo com o filho. Depois ela conseguiria outro emprego. (Diário de campo, julho de 2011).

Alegrem-me as saídas encontradas pelas famílias para driblarem as dificuldades. Seria aquela mãe a única a se sentir culpada por não poder vivenciar um modelo de família vigente, com a mãe presente no lar, cuidando dos filhos, padrão típico dos comerciais de margarina? Será que as estratégias de amamentação a qualquer preço levariam em conta as adversidades da vida? O que se produz com a “cola” que fazemos ao assimilar a maternidade a um modelo materno? Sem dúvida, muita culpa e familiarismo.

Em outro momento, uma das agentes comunitárias comentou:

Nosso maior problema são os pediatras, especialmente aqueles que trabalhavam no setor privado, nos planos de saúde. Eles orientam as mães a darem o NAN<sup>12</sup>. Se o médico veio do setor particular e não mudou sua forma de pensamento, você acha que as mães irão ouvir a quem, nós agentes comunitários ou os médicos? (Diário de campo, julho de 2011).

Outro profissional colocou que a médica da unidade – que não pôde estar presente neste encontro – já afirmara junto à equipe que quando tivesse os próprios filhos não iria amamentar, mas que procurava orientar as mães para que o fizessem.

Penso que a separação entre famílias pobres e famílias abastadas, apontada por Donzelot (1980), permanece inalterável. Perguntei à equipe: que famílias precisavam amamentar seus filhos? As mães que frequentavam o consultório particular e tinham condições para adquirir o leite encontravam orientação médica para isso. As mães de famílias pobres, usuárias dos serviços públicos de saúde, deveriam amamentar, visto que seria este o melhor alimento para as crianças. Qual o melhor alimento? O “NAN”, naturalizado por uma indústria alimentícia voltada para a infância como o mais completo e saudável para o bebê? Ou o leite materno, naturalizado há muito como o melhor leite para as crianças [de famílias pobres]? Melhor para quem? Para as mães, para o Estado, para a indústria alimentícia ou para os bebês? A quem se dirigem tais ou quais políticas?

Disse também que eu não estava ali para culpabilizar aquelas pessoas pela maneira como orientavam as famílias, mas que poderíamos pensar juntos as forças presentes em nossas práticas e o quanto essas práticas se encontram naturalizadas, cristalizadas em nós, impossibilitando-nos de visualizar aquilo que difere do padrão. Modos hegemônicos, ideias prontas e acabadas. Trouxe à tona alguns autores (Rago, Costa, Donzelot) que falavam sobre amamentação e maternidade como algo que veio sendo construído no campo social ao longo dos tempos, sobre a amamentação como um problema não de saúde, mas político e econômico. Falei sobre a noção de risco em Castel (1991; 1987), fazendo uso da cena da ordenha pública que vivenciei junto àquela equipe, colocando em análise minhas implicações com o tema.

Alguns me perguntaram como cheguei a pensar de tal maneira e, naquele momento, falei sobre o incômodo experimentado ao ocupar o lugar de especialista pedagógico, alguém que deveria direcionar ou orientar a vida das pessoas, especialmente ao trabalhar com políticas públicas. Solicitaram um exemplo de situações que me fariam sentir-me de tal forma como psicóloga.

Lembrei de uma vez em que me solicitaram<sup>13</sup> avaliar psicologicamente três mulheres que aguardavam a oportunidade para realizarem uma cirurgia bariátrica – redução estomacal para diminuição de peso em pessoas com obesidade mórbida. Nesta avaliação, esperavam que eu dissesse quem teria maior necessidade naquele momento, já que as condições clínicas eram parecidas. Eu não era a única psicóloga a realizar a avaliação. Ao conversar com outras colegas de trabalho, também psicólogas, algumas colocaram que não poderiam conceder a oportunidade de realizar a cirurgia à pessoa X, porque se tratava de um caso de compulsão alimentar, e que para esta seria necessário um trabalho de reeducação/controlado do comportamento alimentar. Deveríamos decidir por aquela que se encontrava com os índices de glicose e colesterol um pouco mais altos e que, por isso, corria maior risco de morte. A pessoa X pesava 140 Kg e possuía o mesmo desejo que as outras: emagrecer. O motivo? Vários, uma série deles. Não me interessava quem era a mais compulsiva dentre elas. Caber-me-ia decidir a vida de três pessoas com bases psicológicas que convidam apenas um possível à análise? Por que aquelas pessoas não poderiam fazer parte daquela decisão sobre suas vidas? O que, em minha formação, garantiria saber o que é melhor para os outros ou hierarquizar necessidades alheias? E por que não pensar essa atuação no campo da saúde pública como próxima à questão da amamentação, ainda que com peculiaridades diferentes? Um parecer técnico sobre aquela mulher que faria a cirurgia bariátrica configuraria uma decisão sem precedentes – bateríamos o martelo - e a orientação sobre a amamentação ainda possibilitaria uma decisão de cada mãe, não de um especialista.

Uma pessoa da equipe disse que comungava o pensamento que eu trazia. Disse também que se visualizava em minhas palavras. Uma delas disse:

Nossa, é tudo o que fazemos! No começo, eu pensava assim, que estava orientando as pessoas e muitas vezes, sobre algo que elas não desejavam. E isso me incomodava. Mas penso também que, na amamentação, por exemplo, aquelas mães que não querem amamentar se recusam a nos ouvir, a nos receber em suas casas. São aquelas mães que não comparecem aos encontros, não querem sequer nos ver. Na verdade, nós fazemos um trabalho de orientação, mas não temos esse alcance. As mães que não querem amamentar não o fazem e não há o que possamos fazer. (Diário de campo, julho de 2011).

Reconhecer a amplitude do alcance deste trabalho junto à comunidade nos possibilitou alguma análise de implicação. Permitiu-nos analisar que os dados estatísticos não correspondiam a uma realidade única. Por alguns momentos falamos sobre as falhas que se colocavam no processo de orientação às famílias. Aquilo que aparecia como falha do trabalho da equipe do PSF apareceria também como outros

possíveis, decisões autônomas das famílias que escapavam ao controle. Pensar também a linha quase imperceptível entre tutela das famílias e cuidado. O cuidado em meio às políticas de controle era possível? A quem favorecia a política de amamentação: ao público ou ao Estado? Controle ou devir? Sobre este ponto, sempre procurei pensar que a política que empreenderia em meu trabalho pudesse se preocupar com a seguinte questão: quem era o meu cliente, aquele que onerava meu serviço – o governo – ou aquele que deste se servia – o público? Neste caso, optaria por uma política para o público e com ele. Isso implicaria levar em consideração aquilo que o público desejasse para a comunidade ou para suas vidas.

Discutir a prática cotidiana junto à equipe do PSF levou-nos ao deslocamento de ideias prontas e acabadas. De alguma maneira, não poderia deixar de destacar o quanto aquela equipe esteve aberta a ouvir. Pensamos juntos. Quiçá novas práticas, menos aprisionantes, possam também adquirir espaço de discussão.

Com as famílias que recebo em meu trabalho como psicóloga procuro deslocar as engrenagens de reatualização do modelo nuclear burguês. Com a pesquisa, um desejo político, claramente não neutro, de fazer ranger o plano das formas prontas e acabadas, fazendo-as escapar pelas mãos, desmontando sua ‘estrutura’, a maneira como foi edificada. Fazer uso de nossa potência crítico-inventiva, de criação de outras maneiras de ser, pensar, agir, sentir, viver. (Diário de campo, julho de 2011).

### **Considerações Finais**

Na atualidade, evidencia-se uma gama de práticas e discursos relacionados à maternidade no Brasil e no mundo. Estudos científicos, teses e dissertações procuram ratificar um espaço destinado à ocupação pela mulher de cuidadora dos filhos, seja por meio de questões ditas educacionais, como a dificuldade em se educar as crianças, seja a partir de questões biológicas em que se afirma, por exemplo, que a natureza do gestar e amamentar a criança corrobora o lugar da mulher como sendo o de melhor cuidadora. Espaço de afirmação de uma identidade materna inventada no campo social que, cristalizada, insiste em colocar a figura paterna – ou qualquer outra – em um plano posterior ao da figura primordial: a mãe.

Tão frequente quanto estes discursos são as buscas por soluções especializadas, o que de fato produz artefatos para consumo, que vão desde clínicas e consultórios dos especialistas em família até programas de TV que indicam um modo de fazer funcionar tal instituição, indicando receitas para fazer os filhos aprenderem, as mães exercerem o

papel de cuidadora ou, em outras palavras, transformar a família em uma célula social que responda a um formato dito normal.

A atuação enquanto psicóloga no campo da saúde conduziu à interrogação sobre as demandas por interferência do saber especializado sobre as famílias. O que faz, por exemplo, com que a decisão de uma mãe por não amamentar seu filho seja vista como um ato de negação à sua condição natural/materno-inato produzida no contexto social, econômico e político? Leitura que, denunciada e acolhida pelo Estado em sua forma capilar, levou a ações no interior da família, visando a salvá-la, por exemplo, da ‘desestruturação’.

As estratégias biopolíticas de gestão da vida, que convocam especialistas à orientação das mães, dos filhos, dos loucos, dos delinquentes, que reduzem a vida a uma nova forma de miséria social, produzem pessoas ávidas por encontrar respostas para as suas então consideradas mazelas familiares. O processo social de orientação em massa, que dita regras de amamentação exclusiva, planejamento familiar, educação dos filhos, ensino-aprendizagem, denuncia a ideia implícita de que as famílias encontram-se desorientadas ou desestruturadas, naturalizando histórias produzidas no e pelo campo social. As supostas ‘famílias desestruturadas’, assim, passam a buscar conhecimento, ciência, médicos, psicólogos, psiquiatras, psicanalistas, assistentes sociais. Encontram um universo de técnicas, de estabelecimentos de saúde, educação, programas de TV, comerciais de margarina. Aparatos técnico-científicos que colocam para funcionar a máquina que as produz, mantendo-as à margem, ameaçando-as de ruir.

Assim, especialistas prescrevem mais educação: sexual, moral, alimentar, física e escolar. Inúmeras terapias de controle do comportamento, com exercícios de controle mental sobre os próprios pensamentos. Enfim, clama-se por mais disciplina, estudos e conhecimento para a gestão de si e do outro.

Psicólogo, médico, agente comunitário de saúde, professor, pedagogo, assistente social – profissões policialescas que podem atuar na capilarização da tutela estatal. Avaliam, diagnosticam, orientam, ensinam, assistem, aprisionam, julgam, controlam. Nossas formas de cuidado podem encontrar outras conexões, saídas. Psicólogo detetive, que impõe seu saber ao outro, encontrando sinais, indícios das moléstias humanas? Psicólogo juiz, que condena crianças, famílias, loucos, dependentes químicos, autistas, a cumprirem códigos não escritos, leis não sancionadas, lógicas normativas por tempo indeterminado?

*Que possibilidades restam, nessa conjunção de plugagem global e exclusão maciça, de produzir territórios existenciais alternativos àqueles ofertados ou mediados pelo capital? De que recursos dispõe uma pessoa ou um coletivo para afirmar um modo próprio de ocupar o espaço doméstico, de cadenciar o tempo comunitário, de mobilizar a memória coletiva, de produzir bens e conhecimento e fazê-los circular, de transitar por esferas consideradas invisíveis, de reinventar a corporeidade, de gerir a vizinhança e a solidariedade, de cuidar da infância ou da velhice, de lidar com o prazer ou a dor? (PELBART, 2011:21-22).*

## Referências

- ANDRADE, Ângela Nobre de; SILVA JÚNIOR, Nelson Gomes de Sant'Ana. "É melhor pra você!": normatização da infância e da família no Brasil. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, v. 19 - n. 2, p. 423-438, Jul./Dez. 2007.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1980.
- BARROS, Regina Benevides de. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre; Ed. da UFRGS, 2007.
- CASTEL, Robert. *A gestão dos riscos. Da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1987.
- CASTEL, Robert. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, G; GORDON, C; MILLER, P. (eds.) *The Foucault effect. Studies in governmentality*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- COIMBRA, C. & NASCIMENTO, M.L. (2005). *Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?* Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2004. Disponível em: [http://www.slab.uff.br/exibetexto2.php?link=.%2Ftextos%2Ftexto22.htm&codtexto=22&cod=22&tp=t&nome\\_autor=.%20.>](http://www.slab.uff.br/exibetexto2.php?link=.%2Ftextos%2Ftexto22.htm&codtexto=22&cod=22&tp=t&nome_autor=.%20.>). Acesso em: 13/06/2009.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.
- DELEUZE, G. *Conversações, 1972-1990*. São Paulo: Ed. 34, 1992.
- DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Ed. Loyola, 1996.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. *Ética, sexualidade, política*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- HURSTEL, Françoise. *As novas fronteiras da paternidade*. Campinas: Papirus, 1999.
- LOURAU, René. *René Lourau na UERJ, 1993: Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha mães trabalhadoras, 2010. Disponível em: << <http://www.portal.saude.gov.br/saude/gestor/visualizar.cfm?idctx-33001>>> Acesso: 28/05/2010.

PASSOS, E. BARROS, R.B. Por uma política da narrativa. In: PASSOS, E. KASTRUP, V. ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PELBART, Peter Pál. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. 1ª ed. 2ª reimpr. São Paulo: Ed. Iluminuras, 2011.

RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar, a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1985.

Débora Augusto Franco

Docente no Centro Universitário Geraldo de Biase (UGB) e na Faculdade Sul Fluminense (FaSF)

Email: [deboraugusto@yahoo.com.br](mailto:deboraugusto@yahoo.com.br)

---

<sup>1</sup> A pesquisa-intervenção esteve sob orientação de Lilia Ferreira Lobo, professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. O objetivo foi pensar a saúde e a educação como componentes ativos na fabricação de um modelo de família, onde estabelecimentos escolares e de saúde capilarizam estratégias de saber-poder sobre as mesmas, especialmente as pobres. Destacamos a disseminação de um discurso de afirmação da necessidade de dar suporte ou de socorrer a família, reestabelecer sua estrutura, orientá-la, dirigi-la. Destacamos ainda que as famílias, por sua vez, caminham em busca dos profissionais socialmente reconhecidos como detentores deste saber, um saber mantido sob tutela, fato que garantiria a manutenção das especialidades.

<sup>2</sup> Nome fictício.

<sup>3</sup> Nome fictício, refere-se a uma agente comunitária de saúde.

<sup>4</sup> Fazemos referência ao artigo intitulado “É melhor pra você!”: normatização da infância e da família no Brasil – de autoria de Andrade e Silva Júnior (2007).

<sup>5</sup> Termo cunhado por Hurstel (1999).

<sup>6</sup> Fazemos analogia ao termo psicanalítico designado por *setting* analítico, que se refere à composição do espaço para a configuração de um processo de análise, que é composto pelo analista – sujeito suposto saber –, o analisante e o grande Outro (inconsciente). Chamamos de *setting* público-estatal o espaço onde acontecem as escutas psicológicas nos variados estabelecimentos de saúde pertencentes ao SUS (Sistema Único de Saúde). Em especial, falo do ambiente de acolhimento e escuta clínica em meu trabalho como psicóloga, espaço em que procuro deslocar a noção de *setting* psicanalítico enquanto um acontecimento particular e reduzido à triangulação analista x analisando x inconsciente, para um lugar onde é possível que estejamos a favor ou não da contração do espaço público, em que devemos levar em conta a instituição da psicologia enquanto produtora de demandas psicológicas direcionadas ao *setting* terapêutico, podendo este se tornar um espaço público, de desnaturalização das suas condições de emergência ou um espaço estatal, de capilarização das estratégias de saber-poder em nós. (Diário de Campo, julho de 2011).

<sup>7</sup> Programa do Governo Federal, será descrito adiante.

<sup>8</sup> Até o momento de finalização do presente artigo a equipe do PSF possuía o título de ‘amiga da amamentação’, título este não concedido ao Hospital-maternidade do município.

<sup>9</sup> Foucault, em *A ordem do discurso*, afirmou que em toda sociedade e produção do discurso é controlada por um certo número de procedimentos, que atuam sobre a produção do discurso por meio de mecanismos

de exclusão e interdição, o que configuraria o caráter político desta produção, a saber, sua ligação com o poder e o desejo. Para maiores informações, ver FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Ed. Loyola, 1996.

<sup>10</sup> Título original: “*From dangerousness to risk*”. (tradução livre).

<sup>11</sup> A restituição, para a Análise Institucional, não seria uma simples técnica de devolução da pesquisa, mas uma ferramenta sócio-analítica que possibilita que os movimentos e acontecimentos, geralmente excluídos do campo de análise, possam ter destaque, considerando as pessoas envolvidas não como objetos, mas como sujeitos deste processo. (COIMBRA e NASCIMENTO, 2004).

<sup>12</sup> Nome comercial de um produto direcionado à alimentação dos bebês pertencente à marca Nestlé.

<sup>13</sup> O pedido foi feito pela secretaria de saúde de um dos municípios em que atuei.