

# NEM BOM, NEM MAU: REFLEXÕES SOBRE “ARRANJOS DE CUIDADO” MATERNO EM DOIS CONTEXTOS DE PESQUISA

NATÁLIA FAZZIONI\*

**Resumo:** O artigo procura analisar práticas de cuidado materno, nas quais as normas e moralidades que permeiam sobretudo as condutas relacionadas à saúde do bebê ligadas à alimentação e amamentação são resignificadas e negociadas em “arranjos de cuidado” específicos, marcados por possibilidades, desejos e improvisos. As experiências que serão aqui exploradas são provenientes de dois campos de pesquisa: o primeiro realizado em uma unidade de atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro e o segundo, realizado em uma plataforma on-line sobre saúde da gestante e do bebê. A partir destes contextos, aposta-se na necessidade de afastar a ideia de um princípio universal ou geral que defina um bom ou mau cuidado, reforçando a importância de atentar-se para os diferentes marcadores e desigualdades que atravessam esta experiência, apontando para a urgência de um debate público preocupado com a democratização do cuidado.

**Palavras-chave:** Maternidade. Cuidado. Etnografia. Saúde.

## **Neither good nor bad: reflections on maternal "care arrangements" in two research contexts**

**Abstract:** In this article, we are interested in thinking about practices of maternal care, in which the norms and moralities that permeate behaviors related to breastfeeding and nurturing babies are re-signified and negotiated in practice in specific "care arrangements", constituted by possibilities, desires and improvisations. The experiences that will be explored come from two fields of ethnographic research: the first carried out in a primary health care centre in the city of Rio de Janeiro and the second carried out on an online platform on the health of pregnant women and babies. These two contexts differ not only in the forms of interaction between users of these services, but above all because their trajectories exemplify different ways of experiencing and giving meaning to motherhood. Based on these, we bet on the need to move away from the idea of a universal or general principle that defines good or bad care, reinforcing the importance of paying attention to the social differences and inequalities that cross this experience, put to the urgency of a public debate concerned with the democratization of care.

**Keywords:** Maternity. Care. Ethnography. Health.

---

\* Pós-Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS/Fiocruz). Doutora em Antropologia Cultural (IFCS/UFRJ). Mestre em Antropologia Social (USP). E-mail: nataliafazzioni@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1497-9737>

## INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é refletir sobre experiências de maternidade e práticas de cuidado provenientes de dois contextos de pesquisa distintos, nos quais as normas e moralidades que perpassam as condutas relacionadas ao tema da amamentação e alimentação de bebês são ressignificadas e negociadas na prática em algo que tenho chamado de “arranjos de cuidado” (FAZZIONI, 2018). A noção de “arranjos de cuidado” é proposta enquanto uma categoria analítica – inspirada nas discussões sobre a ética do cuidado – empenhada em descentralizar a noção de cuidado de relações duais e domésticas, complexificando o emaranhado de relações que compõem o cuidado, incluindo as relações com diferentes atores sociais. Procura ainda apontar para a forte dimensão situacional do cuidado, marcada por improvisos e precariedades, sobretudo em contextos em que prevalece um entendimento do cuidado materno enquanto assunto privado e a ausência de políticas públicas voltadas para este tema.

Os sentidos atribuídos à maternidade e as diferentes construções da identidade materna têm sido historicamente marcados por disputas, atravessadas por diferentes épocas e contextos culturais. Embora não seja o objetivo central deste texto discuti-los em profundidade, argumento que a noção do cuidado, enquanto função materna individualizada e altamente moralizada, segue sendo reforçada em diferentes normas e condutas profissionais que reverberam na vida das mães nos diferentes contextos aqui pesquisados. Como demonstra o clássico trabalho de Elisabeth Badinter (1985), a partir de meados do século XIX no contexto europeu aumentam as recomendações oficiais de que as mães cuidem pessoalmente de seus filhos, com base em alguns critérios entendidos como cientificamente mais eficazes. O sacrifício do cuidado vem revestido da ideia de que esta seria uma nobre função, que emergiria naturalmente de um instinto materno. As reverberações deste processo na medicina e na sociedade brasileira em meados do século XX já foram alvo da análise de diversos autores (COSTA, 1983; FREIRE, 2008).

As concepções sobre o que seria uma “boa mãe”, como propõe Badinter, passaram por diferentes períodos e recomendações, embasadas, entre outros elementos, por concepções sobre boas práticas em torno da saúde materno-infantil, que foram ao longo do tempo se alterando, inclusive no que tange à alimentação de bebês, tema aqui focado (KUSCHNIR, 2008; REA, 2003). Entretanto, o entendimento de que existiria um modelo ideal de maternidade e de cuidado materno através destas práticas parece atravessar os diferentes períodos e recomendações existentes, ganhando contornos distintos em cada contexto em que a maternidade é desempenhada.

Na história brasileira e de outros países colonizados, por exemplo, tal processo de articulação entre a reprodução e o cuidado materno foi atravessado por relações sociais distintas das europeias. Basta lembrar que o cuidado de crianças brancas muitas vezes esteve a cargo das mulheres negras escravas, enquanto muitas vezes seus próprios filhos eram cuidados por outras mulheres escravas, envolvidas em diferentes tarefas de trabalho, configurando aquilo que Patricia Hill Collins (2000) chamou no contexto afro-americano de *othermother* (uma segunda mãe, responsável por cuidar das crianças negras cujas mães estavam envolvidas em atividades agrícolas). Assim, neste contexto a noção da mãe que exerce um bom cuidado supõe muitas vezes, no caso das mulheres brancas de classe média e alta, possuir uma empregada doméstica ou babá que execute de forma entendida como “correta” estes cuidados e, para as mulheres de classe popular (majoritariamente negras), ser capaz de orquestrar uma rede de cuidados possível, normalmente baseada em relações de ajuda mútua ou de familiares, capaz de prover o cuidado necessário para seus filhos enquanto trabalham, muitas vezes cuidando de outras crianças que não seus próprios filhos.

Considerando este cenário, a proposta do texto é demonstrar como tal forma de compreensão sobre a maternidade, com base em modelos ideais e altamente moralizantes, ainda reverbera na experiência de mães no que tange à temática de amamentação e alimentação de bebês, reforçando a noção do cuidado enquanto algo individualizado e de responsabilidade exclusiva destas mulheres. As situações que serão aqui exploradas são provenientes de dois campos de pesquisa: o primeiro tem origem em uma etnografia realizada em uma unidade de atenção primária à saúde localizada em um conjunto de favelas na cidade do Rio de Janeiro e o segundo provém de uma pesquisa realizada em uma plataforma on-line sobre saúde da gestante e do bebê, através da qual as usuárias podem interagir em um fórum. Estes dois contextos diferenciam-se não somente pelas

formas de interação entre as usuárias destes serviços, mas sobretudo por suas trajetórias exemplificarem formas distintas de experimentar e dar sentido à maternidade. A partir destas, aposta-se na importância de afastar a ideia de um princípio universal ou geral que defina um bom ou mau cuidado, reforçando a importância de atentar-se para os diferentes marcadores que atravessam esta experiência, especialmente as desigualdades sociais e de gênero e a necessidade de um debate público preocupado com a democratização do cuidado (TRONTO, 2009).

## **SOBRE A ÉTICA DO CUIDADO**

A proposta de olhar para o cuidado de forma ampla e descentralizada das relações individuais faz eco às proposições feitas pela filósofa Joan Tronto (2007), que afirma sobre a necessidade de trazer o cuidado para a democracia e assim democratizá-lo. Para a autora, este processo contemplaria o entendimento de alguns princípios básicos pelas sociedades democráticas, conformando uma espécie de manifesto para uma ética do cuidado. Para tanto, deveríamos partir da premissa de que somos todos naturalmente vulneráveis e necessitamos de cuidado ao longo de nossas vidas. Isso posto, torna-se necessário aceitar a pluralidade nas formas de cuidar, sem com isso deixar de exigir o acesso igualitário a bons cuidados. Assumir tal perspectiva implicaria ainda em escapar do modelo dual de cuidado, entendendo que quanto mais pessoas/instituições forem responsáveis pelo cuidado, melhor, e que, nesse sentido, necessidades urgentes de cuidado são direitos sociais e não responsabilidades individuais.

Há algumas décadas, autoras preocupadas com o tema do cuidado têm reforçado a importância de questionarmos a ideologia do sujeito liberal, marcada por uma noção de liberdade caracterizada por uma sensação de autonomia totalmente ilusória. Ao olharmos para o cuidado, cientes de nossa vulnerabilidade, entendemos que ele não é marcado por uma lógica de dependência versus autonomia, mas sim de interdependência e reciprocidade, como sugere Joan Tronto (2009). Precisamos ser cuidados em algum momento de nossas vidas, oferecer cuidado em outras, cuidar de si sempre: sem isso não nos sustentamos, não somente enquanto indivíduos, mas igualmente enquanto sociedade. Trata-se, portanto, de uma mudança de olhar para o mundo, a partir de uma nova ética, baseada em outros princípios, como afirma Annemarie Mol ao dialogar com esta proposta:

(...) a ética do cuidado nunca procurou responder ao que é bom, muito menos fazê-lo do lado de fora. Em vez disso, sugeri que as práticas de cuidado envolvem uma modalidade específica de lidar com questões relacionadas ao estar bem. Na ética da justiça, a ética é considerada uma questão de ordenar princípios por meio de argumentação. Os princípios éticos adequados são gerais, ou melhor ainda, universais. Na ética do cuidado, enfatiza-se que, na prática, os princípios raramente são produtivos. Em vez disso, soluções locais para problemas específicos precisam ser encontradas. Eles podem envolver a justiça, mas outras normas (como honestidade, gentileza, compaixão, generosidade) podem ser iguais ou mais importantes (MOL, 2010, p. 13).

A reflexão acima auxilia na dissolução de alguns dualismos, os quais, segundo Maria Epele (2012), teriam marcado os debates em torno do cuidado até agora. Um deles seria a oposição na qual o cuidado ganharia ora um sentido de trabalho, ora um sentido de afeto. Com base nesse dualismo, algumas análises feministas buscaram valorizar a dimensão de trabalho implicada em todas as ações de cuidado, profissionais ou domésticas, entendendo o cuidado sempre dentro de uma dimensão de trabalho, o “trabalho do *care*” (HIRATA; GUIMARÃES, 2012). Annemarie Mol (2010), entretanto, sugere que o conceito de cuidado não necessita de nenhuma destas inflexões – nem mesmo a de trabalho – para que possa ser compreendido, embora possa vir a ganhar estes mesmos sentidos em determinadas relações. Para ela, a valoração do cuidado enquanto uma atividade central da vida humana é necessária para a compreensão de seu papel em todas as sociedades. Assim, o conceito não necessitaria de nenhuma inflexão – trabalho, amor, afeto – para que pudesse ser valorizado, bastando ser compreendido apenas enquanto cuidado.

O dualismo entre afeto e trabalho conecta-se à ideia de distinção entre razão e emoção, proposta por Carol Gilligan (1982), ao sugerir uma diferenciação entre uma “ética da justiça” e

uma “ética do cuidado”. Apesar de ter pioneiramente proposto a ideia de uma “ética do cuidado”, posteriormente reforçada por Tronto e Mol, Gilligan foi criticada por dois motivos. Por um lado, reforçou uma suposta diferenciação entre razão e emoção, já profundamente questionadas (LUTZ, 1888; COELHO, 2010). Em segundo lugar, essencializou papéis de gênero a partir de tal polarização, na qual mulheres estariam supostamente mais inclinadas a uma ética com base no cuidado, devido ao seu caráter mais emocional, e os homens amparados por uma ética da justiça, em razão de sua maior racionalização. Se, em certa direção, esse movimento foi importante para evidenciar o valor do cuidado na construção de uma sociedade mais solidária, em outra aprofundou a problemática cisão entre razão e emoção, ao passo que também cristalizou o lugar da mulher nas relações sociais, tomando-as como um grupo “coeso” e culturalmente homogêneo.

Guita Debert e Mariana Pulhez (2017) refletem ainda sobre um outro dualismo, no qual residiria a ideia de que a relação que se estabelece pela necessidade de cuidado seria marcada pela dependência e pela autonomia. Contrariamente, afirmam – a partir de uma revisão da literatura sobre o tema – que, ao resumir o cuidado à existência desses dois polos, reforça-se uma ideia de dominação e maior poder por parte do cuidador, ao mesmo tempo em que perdemos de vista as noções de *interdependência* e *reciprocidade* (TRONTO, 2009), desfazendo-se de uma ideologia do sujeito liberal ilusória, na qual supostamente poderíamos alcançar em algum momento de nossas vidas uma suposta liberdade marcada pela autonomia.

Tal ideia também vai de encontro à proximidade que a ideia de cuidado assume da noção de poder. De fato, as políticas públicas voltadas ao cuidado também podem ser inteligíveis dentro daquilo que Michel Foucault (1988) sugeriu constituir o biopoder, resultando na domesticação dos corpos e na regulação das populações. Por outro lado, contudo, atentar para o aspecto repressivo dessas políticas não significa deixar de lado seus aspectos produtivos e responsivos, também presentes nas relações de poder. Nesse sentido, ao reivindicar melhorias nas políticas de saúde e assistência, expandem-se também os direitos dos cidadãos, que podem reivindicar e propor melhorias em tais processos.

Assim, as diferentes formas pelas quais se expressa a relação de causalidade da mulher enquanto mãe e principal responsável pelos cuidados com seus filhos constituem o fio condutor das situações de pesquisa descritas aqui. Na contramão desta mirada, e visando sua superação, analisamos os casos observados nos dois contextos, sugerindo o uso da categoria “arranjos de cuidado” enquanto solução analítica para a compreensão de situações que envolvem a experiência de mães com o cuidado. Tal categoria parece, por um lado, apostar na ideia de que o cuidado não pode ser entendido enquanto uma tarefa individual e pautada em bases universais, como sugerem as teóricas da ética do cuidado, mas também demonstrar que, quanto mais desigualdades atravessam estas práticas e quanto maior a ausência de políticas de estado eficientes nesse sentido, mais difícil se torna de arranjar o cuidado e maior a sobrecarga de trabalho e o julgamento moral que recaem sobre as mães.

## **O PRIMEIRO CAMPO**

A primeira pesquisa foi realizada em uma unidade de atenção primária à saúde em um conjunto de favelas, o Complexo do Alemão, situado na Zona Norte do Rio de Janeiro, entre 2015 e 2017 (FAZZIONI, 2018) <sup>1</sup> A unidade de atenção primária à saúde contava com oito equipes de saúde da família, que atendiam uma parte importante de um dos maiores e mais conhecidos conjuntos de favelas da cidade. Ali, realizei uma etnografia ao longo de dois anos, acompanhando atividades de rotina das equipes de saúde, refletindo sobre políticas de saúde e relações de cuidado a partir de uma dinâmica singular daquele território. Nesse período, pude observar que em muitas situações a relação entre profissionais de saúde e mães era marcada por conflitos quando estas se recusavam a aceitar prescrições e recomendações médicas. Ao recusarem-nas, demonstravam que o que estava em jogo ali não era somente o que era entendido pelos profissionais como o melhor para a saúde de seus filhos, mas também o que era possível e desejável. Assim, elementos como tempo e dinheiro constituíam fatores centrais na tomada de decisão com relação a como alimentariam seus filhos, envolvendo aí uma série de outras questões tais como trabalho, casamento, outros filhos, redes de apoio, além de seus próprios desejos e crenças sobre como criar e se relacionar com os filhos.

A amamentação e nutrição de bebês emergiu nesse momento apenas enquanto um tema entre tantos, nos quais as relações de cuidado eram constantemente negociadas e “arranjadas” entre aquilo entendido enquanto um “bom cuidado” e aqueles que viviam o cuidado na prática. Embora este não tenha sido um tema central na pesquisa realizada naquele momento, mais adiante pude retomar esse material buscando algumas situações nas quais o tema da amamentação apareceu, organizando-as enquanto fio condutor para a presente reflexão.

Em uma das situações observadas, acompanhei a consulta de Claudiane, uma gestante, negra e jovem, com menos de 30 anos. Na época, a mulher estava com quarenta semanas de gestação e desejava dar entrada na licença maternidade. O médico recusava-se a atendê-la, mesmo ela tendo comparecido à unidade diversas vezes naquela semana. Ele finalmente aceitou atendê-la quando a ordem veio da gerência para que ele não negasse mais o atendimento. Quando Claudiane entrou no consultório, bastante cabisbaixa, o médico a recebeu de mau humor, dizendo que “já sabia o que ela queria”. Iniciou-se então uma conversa na qual o médico dizia que ela estava insistindo na licença, já era a segunda vez ali naquela semana, mas que ele não queria conceder a licença maternidade antes do parto, porque assim ela estaria abdicando de um tempo em que poderia amamentar a criança. Ela respondeu que estava ciente disso e mesmo assim desejava sair de licença, um direito das gestantes – independentemente de condições de saúde – a partir de 36 semanas de gestação.

Aparentemente convencido, ainda que contrariado, pela insistência da paciente, o médico então começou a preencher no computador papéis relativos à licença. Quando ele saiu do consultório para buscar a impressão, perguntei a Claudiane como ela estava se sentindo, se estava muito cansada. Ela então começou a contar que o motivo do pedido de licença não era o cansaço, mas sim o desânimo que sentia, pois o pai de seu filho havia falecido durante a gestação. Em seu relato, ela dizia que havia voltado para a casa da mãe e estava vendendo os poucos móveis que tinha comprado para o bebê para poder sustentar a criança sem a ajuda do pai.

Finalmente, o médico retornou e entregou o atestado que Claudiane necessitava para dar entrada no pedido de licença. Após a saída da paciente, o médico disse: “Ela não quer mais trabalhar e fica vindo aqui no posto todo dia pegar atestado, pedindo a licença, é mole? Mas eu tenho que orientar sobre o que é o melhor para ela e para o bebê, que é ela não entrar de licença agora para poder amamentar mais tempo depois”. A ideia de que a amamentação por mais tempo seria “melhor” para Claudiane e seu filho, independentemente da situação vivida por eles, parecia ser proferida pelo médico sem nenhuma hesitação.

A amamentação hoje em dia é preconizada por órgãos oficiais de saúde desde o primeiro dia de vida do bebê e de forma exclusiva até os seis meses, quando outros alimentos podem ser introduzidos. Entretanto, a licença maternidade padrão no país para mulheres trabalhadoras é de apenas quatro meses. Hoje o Brasil, apesar de possuir altas taxas de tempo total de amamentação, ainda não alcançou a meta estabelecida pela OMS de 50% de amamentação exclusiva até os seis meses de vida (BRASIL, 2020). Nesse sentido, embora existam diversas campanhas que busquem estimular esse tipo de prática – como o a Iniciativa Hospital Amigo da Criança<sup>2</sup>, a Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta<sup>3</sup> e todo o trabalho de acompanhamento da puérpera pela atenção primária à saúde –, a questão do tempo de licença maternidade para as brasileiras com trabalho formal, ou os vínculos precarizados de trabalho que muitas delas possuem, ainda parecem consistir em um importante entrave para a questão<sup>4</sup>.

Além disso, a maior parte das políticas e campanhas de incentivo ao aleitamento materno baseia-se, sobretudo, nos aspectos nutricionais positivos do leite materno e no fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê. Como outras pesquisas já demonstraram, porém, os fatores que influenciam na amamentação são bastante complexos, esbarrando em uma série de complicadores individuais e em atravessamentos econômicos, sociais e políticos (ALMEIDA; NOVAK, 2004; KALIL, 2015; NAKANO, 2003).

Retomando o caso de Claudiane, o dilema que parecia se colocar entre o desejo da paciente e a recomendação do médico estava marcado não por percepções distintas entre eles sobre a amamentação em si – Claudiane em nenhum momento disse que não queria amamentar –, mas pela pouca importância atribuída pelo médico à sua paciente naquele momento: uma mulher enlutada pela perda de seu companheiro e também gestante. Aqui, então, a função reprodutiva da paciente parecia sobrepor-se a todos os outros aspectos e o foco da consulta recaía não na mulher

diante do médico, mas sim na amamentação de um bebê que sequer havia nascido. A situação enunciava, como vem demonstrando o trabalho de Irene Kalil e Adriana Aguiar, que nas políticas e campanhas sobre amamentação o “corpo feminino é tratado como instrumento para a garantia da saúde da criança em moldes apregoados pelos governos e por organizações internacionais” (KALIL; AGUIAR, 2016), em que muitas vezes outros aspectos de suas subjetividades (questões sociais, psicológicas, relações de trabalho, etc.) e de sua saúde são negligenciadas.

Em outro caso, durante uma visita domiciliar com alguns agentes comunitários de saúde e uma enfermeira, passamos para visitar uma mãe recém-parida, que ainda não havia comparecido ao posto para o “acolhimento mãe-bebê” (o acolhimento é uma consulta inicial na unidade de atenção básica, logo após a alta da maternidade). Sua agente estava bastante preocupada, pois ela precisava avisar a essa mãe de que ela não havia ainda comparecido à unidade – registrar a ida dessa mãe ao posto era também importante para que a profissional cumprisse seu registro de atividades mensais. Quando chegamos à casa, Deise, uma mulher negra de 35 anos, mãe de quatro filhos, recebeu-nos na porta. Ao ser indagada pela agente sobre o não comparecimento ao posto, ela disse que não tinha descido pois “estava dando muito tiro”. Ela não disse isso em tom de preocupação. Deise era uma mulher que carregava no olhar a autoridade de ser mãe de quatro filhos, junto a um sorriso ao mesmo tempo leve e debochado. Deise então entrou em casa e trouxe para a porta a filha recém-nascida de apenas quinze dias.

A enfermeira, uma jovem de vinte e cinco anos, que atuava na unidade há pouco mais de um ano, perguntou como andava a amamentação. Deise respondeu: “Tá bem, mas ela mama muito, vou ter que dar um complemento”. Como se estivesse repetindo informações de um manual de amamentação do Ministério de Saúde, a enfermeira então começou a instruir Deise com relação à amamentação e ela apenas acenou a cabeça e olhou para a criança dizendo que já sabia de tudo o que ela havia falado. Ficou claro que pouco importavam a opinião e as informações passadas pela enfermeira; Deise sabia exatamente o que faria e como faria. Quando indagada ao final se iria ou não levar a filha para a primeira consulta no posto, ela respondeu que sim, iria, mas só depois de dois dias, pois no dia seguinte ela iria “correr os doces” com os filhos mais velhos (em referência ao dia de São Cosme e Damião, quando tradicionalmente as pessoas distribuem doces para as crianças em suas casas). “Correr doces? Com uma recém-nascida? Você é uma figura mesmo, Deise”, disse uma das agentes.

A história de Deise sinaliza mais uma vez a complexidade dos arranjos de cuidado. Não havia nada que a equipe pudesse fazer por Deise que ela já não estivesse fazendo bem sozinha. O cuidado oferecido pelo Estado nesse caso era totalmente protocolar; era preciso registrar o acolhimento e repassar as informações sobre amamentação para uma mulher que havia amamentado nada menos do que quatro filhos. Ao ouvir a enfermeira falando sobre a amamentação, Deise já se antecipou, ela iria fazer o que era possível: amamentar, mas também complementar com outro leite. O ato de amamentar exclusivamente uma criança requer tempo e disponibilidade física e emocional da mãe que amamenta, algo que Deise parecia não dispor ou não desejar fazer. Em sua equação de cuidado, entravam também outros elementos, como os cuidados com os outros filhos ou com a casa, e até “correr os doces”, como enfatizado por ela mesma, era mais importante do que registrar o acolhimento do bebê na unidade de saúde.

Nesse sentido, Deise demonstrava que simplesmente não lhe servia o tipo de apoio que podia ser oferecido pelo serviço de saúde naquele momento, pois dentro de sua dinâmica de cuidado com seus filhos, a amamentação exclusiva era uma possibilidade que sequer cogitava. Podemos nos perguntar: o que as profissionais poderiam fazer diante desse fato? Insistir na amamentação não parecia ser uma opção. Mas perguntar como seria a complementação feita por Deise e auxiliá-la nesse processo seria uma conduta possível. Entre o não seguimento da recomendação oficial e as possibilidades da mãe, restou o silêncio das profissionais de saúde e a atribuição unicamente a Deise pela decisão e pela responsabilidade pelo cuidado possível com sua filha.

## **O SEGUNDO CAMPO**

Foram situações como estas, de Claudiane e Deise, que constituíram o gancho que me impulsionou a formular um segundo projeto de pesquisa, após a conclusão do doutorado, enfocando a questão específica dos estudos sobre maternidade e amamentação. No segundo contexto realizo uma pesquisa em uma plataforma online sobre saúde da gestante e do bebê, o

Portal Baby Center durante o ano de 2020 e 2021, ainda com resultados preliminares<sup>5</sup>. Com sede nos Estados Unidos e disponível em nove idiomas, o portal autointitula-se a maior plataforma digital global de interação entre pais e mães, tendo desde sua fundação envolvido já 400 milhões de responsáveis por crianças, de acordo com as informações disponíveis na versão americana do site. Além do vasto conteúdo relativos a todas as etapas da gravidez e dos três primeiros anos da criança, a plataforma ainda conta com “comunidades virtuais”, nas quais pais e mães podem interagir e criar novos tópicos e grupos. Na página brasileira, as comunidades virtuais são constituídas apenas por mães e os grupos divididos pelo mês de nascimento das crianças são aqueles com maior popularidade.

O público que utiliza as comunidades é bastante diverso em termos socioeconômicos, fato constatado por uma pesquisa divulgada pela própria equipe do Baby Center Brasil, assim como pelo questionário realizado pela pesquisa para recrutar mulheres para as entrevistas (embora, nessa última etapa, tenha sido predominante a presença de mulheres de classe média que terminaram por participar até o final do processo de pesquisa)<sup>6</sup>. A formulação do projeto partiu da constatação de que a maior parte das políticas e propagandas de incentivo ao aleitamento materno no Brasil baseia-se, sobretudo, nos aspectos nutricionais positivos do leite materno e no fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê. Buscou-se, assim, compreender quem são essas mães, de que forma se comunicam por meio deste espaço e quais experiências sobre cuidado com crianças pequenas de até seis meses emergem a partir de seus relatos.

As principais postagens na comunidade referem-se à categoria “Dúvidas”. No mapeamento realizado em torno do tema da amamentação e nutrição de bebês, as dúvidas basicamente se referem a dois tipos: produção de leite materno e formas de administração de leite de vaca ou fórmulas infantis. Normalmente, a postagem ocorre após uma consulta médica e inicia-se com frases como: “o médico disse para fazer tal coisa, mas... “. Nesse caso procura-se outras opiniões ou validação daquela conduta, como se houvesse mais confiança nas experiências de outras mães do que no próprio especialista.

Considerando tal forma de interação entre as usuárias, uma discussão constante presente nas comunidades gira em torno da primazia do leite materno e de uma certa hierarquização de outros leites. Tema comum entre as usuárias da plataforma, o debate ganhou inclusive o título de “Guerra do Mucilon” pelas editoras que acompanham as postagens. Tais postagens revelam que há o entendimento de que existem dois leites de tipo ideal: “materno” e “fórmula infantil”.

Ao não conseguirem oferecer nenhuma das duas alternativas, recorre-se à experiência e legitimação moral das demais em busca de tranquilidade para tomar a decisão de oferecer leites considerados de menor qualidade, como outros leites em pó, compostos lácteos, leite de vaca pasteurizado, leite tipo b, entre outros. O oferecimento de outros leites que não o leite materno ou a fórmula aparece em postagens como algo revestido de culpa e sensação de fracasso, embora seja uma solução possível para as várias dificuldades que atravessam. Hoje em dia, no Brasil, as fórmulas infantis são indicadas no caso de não possibilidade do aleitamento materno de recém-nascidos de até seis meses; entretanto, seu alto custo inviabiliza muitas vezes a compra. Leite de vaca é proscrito no país até que a criança tenha um ano e outros compostos lácteos não são indicados. A maior parte dos programas públicos que oferecem fórmulas são voltados para crianças com algum tipo de alergia, e é necessário um diagnóstico para ter acesso a estes programas. Do mesmo modo, os bancos de leite humano no Brasil também estão reservados a crianças internadas em UTI neonatal e não estão disponíveis para a população geral. Embora exista um manejo correto para o oferecimento de leite de vaca para crianças menores de quatro meses (diluído em água e óleo)<sup>7</sup>, há pouca informação disponível sobre a forma correta de se fazer isso e uma busca pelos fóruns do Baby Center sobre o tema demonstrou que recorrentemente mães procuram por essa informação. Esse é o tipo de dúvida que movimenta os grupos: aquela que escapa ao escrutínio médico e às recomendações oficiais, mas segue fazendo parte da vida das mães.

Diante da impossibilidade de oferecer o leite materno ou a fórmula infantil, outros leites acabam sendo utilizados como alimento sem muita certeza sobre quais são seus benefícios e riscos, em prol de um menor custo financeiro. Entre os demais leites, que não o leite materno e a fórmula, haveria também certa hierarquização entre leites bons e ruins, que seriam sobretudo marcados pelo seu custo. Assim, a troca de informações com outras mães procura não só a

existência de experiências bem-sucedidas, como também um apoio moral necessário na transgressão daquilo que seria preconizado como “o melhor para a saúde do bebê”. Uma das postagens sobre o tema começa justamente com a frase “Ninho fases 1. Não julgue!”. A mãe então escreve:

Alguém dando ninho fases 1 eu sinceramente não queria dar mais a condição fala mais alto estava dando Aptamil mais não está dando pra manter então do Aptamil de noite e de dia dou ninho por enquanto não deu reação faz uma semana que comecei o ninho somente ressecou um pouco. (PORTAL BABY CENTER, 2020).

O conteúdo no qual a mãe procura a legitimação para a sua escolha de oferecer certo tipo de leite visto como “inferior”, chama atenção para duas situações. Em primeiro lugar, existe um modelo comunicacional sobre amamentação com foco em modelos ideais de amamentação ou aleitamento por fórmula infantil e pouca visibilidade para aquilo que de fato as mulheres fazem quando não podem ou não conseguem amamentar. Por outro, uma sobrecarga atinge essas mães não apenas no sentido das demandas práticas de cuidado, mas também das escolhas constantes que precisam realizar, procurando encontrar aquele que seria o “melhor” cuidado possível para seus filhos, a partir de uma equação complexa composta por diferentes elementos, tais como recomendações médicas, atravessamentos morais, possibilidades financeiras, temporalidades, desejos e subjetividades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como outras investigações já assinalaram, no Brasil desigualdades de gênero muitas vezes são acentuadas em serviços e orientações de saúde, onde se reforça o lugar da família em seu modelo tradicional, com base sobretudo na família nuclear e na ideia da mulher como reprodutora e responsável pela saúde da família como um todo, enfatizando estereótipos de gênero, apesar dos esforços notáveis de alguns programas de governo em atenuar tais assimetrias (GARCIA; GEORGES, 2017; SARTI, 2010).

Entendida como uma entre outras atividades que compõem o cuidado, a alimentação de crianças pequenas constitui um aspecto central dentre as regulações que perpassam o escrutínio médico no que tange à saúde das crianças, sobretudo em seus primeiros anos de vida. Não seria, portanto, de se admirar que tal ponto ampliasse ainda mais a responsabilização moral e sobrecarga de mães que cuidam de seus filhos, como demonstrado aqui.

Ao refletir sobre a dimensão dos “arranjos de cuidado” presentes nas relações aqui apresentadas, procurei apontar ao mesmo tempo para a forte dimensão de improviso presente nessas práticas cotidianas, para a falta de apoio, de políticas e de informação adequada nestes processos e para a sobrecarga que acomete estas mulheres, mas igualmente para a capacidade de decisão e resiliência das mães em encontrar caminhos possíveis para realizarem o cuidado de seus filhos, ainda que muitas vezes carreguem também o peso moral destes “arranjos”.

No uso mais corriqueiro, “arranjar” ganha frequentemente o sentido de “dar um jeito”, “resolver”, ainda que improvisadamente, um problema que se impõe cotidianamente. As possibilidades são inúmeras: a longo prazo, o arranjar pode remeter a algo que obtivemos em algum momento e que nos acompanha por um período da vida: um casamento, uma casa, um trabalho. O arranjo nesse caso tem menos a ver com a posse daquilo que foi arranjado e mais com “arranjos” de longa duração, em geral aqueles definidos pelas relações de parentesco, mas também com arranjos de média duração (ajuda pontual de um parente ou um vizinho, trabalho, serviço de saúde) e, finalmente, com outros de curta duração (um auxílio para realizar uma tarefa, um empréstimo de dinheiro, etc.).

Mas há também os momentos em que os arranjos de longa ou curta duração se fragilizam pela ausência de relações que os sustentem, resultando em descuido ou abandono dos indivíduos que necessitam de cuidado. Na maior parte dos casos, a ausência ou ineficiência de políticas de cuidado torna-se evidente, contribuindo ainda para a ausência da ajuda mútua entre membros da mesma família e vizinhos, o que tem como efeito um arranjo de cuidado frágil. Embora nenhum dos casos aqui apresentados se encaixe nesta última situação, deve-se apontar que nem sempre o

cuidado é possível, diante de tantas adversidades. A ideia de “mãe heroína” que supera todas as dificuldades é também uma noção bastante comum que perpassa discursos variados na sociedade brasileira e que reforça tal perspectiva.

Ainda assim, os casos aqui apresentados demonstram que, apesar da insistência em modelos ideais de maternidade e cuidado, as experiências de vida revelam que o sentido dado à maternidade e aos “arranjos de cuidado” são variáveis em cada uma delas e em cada um desses pontos de vista, sendo imprescindível afastar-se de uma “única verdade” sobre o tema e ampliar o debate sobre a necessária coletivização do cuidado, enquanto dever do Estado e de toda sociedade, e não só para as mulheres que podem pagar por redes de apoio. Para tanto, desvincular a figura materna da tarefa do cuidado individualizado com seus filhos nas práticas e condutas de saúde é tarefa urgente e necessária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- \_\_\_\_\_. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2010.
- BARROS, Luiza. Nossos feminismos revisitados. In: HOLLANDA, H. B. *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 240-248.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa inédita revela que índices de amamentação cresceram no Brasil*. Portal UNA-SUS, Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/pesquisa-inedita-revela-que-indices-de-amamentacao-cresceram-no-brasil>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- COELHO, Maria Cláudia. *As emoções e a ordem pública: uma investigação sobre modelos teóricos para a análise socioantropológica das emoções*. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 27., 2010, Belém. Anais... Brasília: ABA, 2010.
- COLLINS, Patricia Hill. Black Women and Motherhood. In: COLLINS, Patricia Hill. *Black Feminist Thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. 2. ed. New York e London: Routledge, 2000.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- DEBERT, Guita; PULHEZ, Mariana (Org.). *Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência*. Campinas: UNICAMP/IFCH, 2017.
- EPELE, Maria. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 247-268, 2012.
- FAZZIONI, Natália. *Nascer e Morrer no Complexo do Alemão: políticas de saúde e arranjos de cuidado*. Tese (Doutorado em Antropologia Cultural) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FREIRE, Maria Martha. Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, p. 153-171, 2008.
- GARCIA, Yumi; GEORGES, Isabel. *As “novas” políticas sociais brasileiras na saúde e na assistência: produção local do serviço e relações de gênero*. Belo Horizonte: Traço Fino, 2017.
- GILLIGAN, Carol. *Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.
- COLLINS, Patricia Hill. Black Women and Motherhood. In: COLLINS, Patricia Hill. *Black Feminist Thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. 2. ed. New York e London: Routledge, 2000.
- HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya. Introdução. *Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012.

- KALIL, Irene. *De Silêncio e Som: A produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros*. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- KALIL, Irene Rocha; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Protagonista da amamentação ou instrumento da política de saúde infantil?: a enunciação da mulher nos materiais oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 31-42, 2016.
- KUSCHNIR, Karina. Maternidade e Amamentação: biografia e relações de gênero intergeracionais. *Sociologia, problemas e práticas*, Lisboa, v. 56, p. 85-103, 2008.
- LUTZ, Catherine. *Unnatural Emotions: Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- MOL, Annemarie A. Care: putting practice in theory. In: MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Amsterdam: Transcript, 2010.
- PORTAL BABY CENTER. “Ninho fases 1, não julguem!”. 29 out. 2020. Disponível em: <<https://brasil.babycenter.com/thread/7280546/ninho-fases-1--n%C3%A3o-julguem->>. Acesso em: 24 fev. 2021.
- REA, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1), S37-S45, 2003.
- SARTI, Cynthia. O Lugar da Família no Programa Saúde da Família. In: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.
- TRONTO, Joan. Assistência democrática e democracias assistenciais. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, v. 22, n. 2, 2007.
- \_\_\_\_\_. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. Londres: Routledge, 2009.

## NOTAS EXPLICATIVAS

- <sup>1</sup> Pesquisa realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA/IFCS/UFRJ), com bolsa do CNPq, sob orientação do Prof. Octavio Bonet.
- <sup>2</sup> Criada pela Unicef e pela OMS em 1992, a iniciativa presente em 150 países exerce trabalho voltado para o incentivo à alimentação ideal de lactentes e crianças de primeira infância. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca\\_modulo1.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2021.
- <sup>3</sup> Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_mae\\_trabalhadora\\_amamenta.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2021.
- <sup>4</sup> Por exemplo, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio, no segundo trimestre de 2021, mais de 50% das brasileiras estavam fora do mercado formal de trabalho. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?t=destaques>>. Acesso em: 2 nov. 2021.
- <sup>5</sup> Pesquisa realizada no âmbito do Laboratório de Comunicação e Saúde (ICICIT/Fiocruz) com bolsa do Programa Inova/Fiocruz e supervisão da Profa. Kátia Lerner.
- <sup>6</sup> Uma pesquisa demográfica realizada pela equipe brasileira de editoração com 1500 usuárias apontou que, entre usuárias dos grupos, há um predomínio de mulheres de até 29 anos e renda familiar entre dois e três salários-mínimos. No caso do questionário formulado por esta pesquisa e que resultou em 144 respostas, houve um predomínio de mulheres brancas, de renda até quatro salários-mínimos e idade média de 30 anos, mas presença importante de mulheres que se declararam negras e pardas com renda de até dois salários-mínimos. Chama atenção a heterogeneidade de públicos que acessam a plataforma, revelando uma maior democratização do acesso a recursos digitais no país, embora se saiba que ainda com uma série de restrições, como qualidade dos dispositivos de acesso, alto custo dos pacotes de dados, entre outros.
- <sup>7</sup> O Caderno de Atenção Básica 23, publicado em 2015 e voltado para a saúde da criança (amamentação e alimentação complementar), apresenta a forma correta de preparo do leite de vaca nesses casos (BRASIL, 2015).

Recebido em julho de 2021  
Aprovado em novembro de 2021