



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS

IRENE ROCHA KALIL

DE SILÊNCIO E SOM

A produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento  
materno brasileiros

Rio de Janeiro

2015

IRENE ROCHA KALIL

DE SILÊNCIO E SOM: A produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde para obtenção do grau de Doutor em Ciências

Orientadora Profa. Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar

Rio de Janeiro  
2015

IRENE ROCHA KALIL

**DE SILÊNCIO E SOM: A produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros**

Aprovado em 4 de março de 2015.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar (Orientadora)

---

Profa. Dra. Maria Martha de Luna Freire (ISC/UFF)

---

Profa. Dra. Regina Helena Simões Barbosa (Iesc/Uerj)

---

Profa. Dra. Adriana Kelly-Santos (PPGICS/Icict)

---

Profa. Dra. Janine Miranda Cardoso (PPGICS/Icict)

Esta tese é dedicada a Fernando, o grande homem por trás desta mulher, e a todas as mães que passaram por uma experiência de amamentação, independentemente da sua duração, e produziram sentidos – singulares e coletivos – sobre ela.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por tudo;

Aos meus filhos – João, que me fez mãe e inspirou este projeto de doutorado; e Laura, que, ao meu lado, mamando pelos corredores da Expansão, me deu novo fôlego e a certeza de que aquilo que eu pensava fazia algum sentido;

Ao Fernando, que, mais do que eu mesma, sempre acreditou que o que eu pensava fazia algum sentido e esteve ao meu lado na montanha russa de sentimentos desses quatro anos;

A Maria, minha irmã, e Dalva, minha sogra, pelo apoio nas transcrições das entrevistas e pelas leituras cuidadosas dos referenciais psicanalíticos utilizados, respectivamente;

A minha família e à família do Fernando pelo amor que não se agradece – mas agradeço;

Ao IFF/Fiocruz, em especial à equipe do Núcleo de Comunicação Social e ao diretor do Instituto, Carlos Maciel, pelo investimento na minha formação e, principalmente, pelo incentivo para que eu fosse ao encontro do ‘desafio do conhecimento’;

A minha querida orientadora, Adriana Cavalcanti de Aguiar, que, desde nosso primeiro contato, vislumbrou a importância de problematizar o tema da amamentação no âmbito da saúde pública e confiou na minha capacidade de abordar um objeto tão complexo;

Aos professores e profissionais do PPGICS; à mestre Inesita Soares de Araújo, que me apresentou, sempre com entusiasmo de iniciante, à Teoria dos Discursos Sociais; e a Adriana Kelly-Santos, que, nos Portfólios e com sua amizade, ajudou-me a ver o objeto – e também o doutorado e as relações humanas – com outros olhos;

Aos profissionais da Assessoria de Comunicação e da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, que me acolheram generosamente, tanto em telefonemas quanto nas entrevistas presenciais;

À tradutora Marcela Frota, que, gentilmente, me deu o *Abstract* de presente;

Aos profissionais da Biblioteca de Manguinhos, cúmplices dos meus infundáveis dias solitários passados nas cabines de estudo, das quais me tornei fiel frequentadora;

Aos autores, e, para não ser (muito) injusta, citarei apenas Michel Foucault, que me fez ver o discurso, para além da naturalidade que o reveste, na sua relação com o poder;

Aos amigos e interlocutores, colegas do PPGICS, sobretudo à turma 2011 – os ‘Avassaladores’!

Aos companheiros doutorandos de longa trajetória: Robalinho, Martha, Juliana, Mariana e Marcelo;

Às/aos professoras/es das bancas de qualificação e defesa, por suas contribuições e generosidade;

A minha analista, Solange, que me deu a mão para atravessar esta última etapa da caminhada;

A todas/os as/os amigas/os que me inspiraram com sua arte e sua vida e que estiveram por perto (presencialmente ou por intermédio das tecnologias) e torceram para que, entre medo e desejo, tudo desse certo no final.

- Como?! Você pensa que eu teria tanta dificuldade e tanto prazer em escrever, que eu teria me obstinado nisso, cabeça baixa, se não preparasse – com as mãos um pouco febris – o labirinto onde me aventurar, deslocar meu propósito, abrir-lhe subterrâneos, enterrá-lo longe dele mesmo, encontrar-lhe desvios que resumem e deformam seu percurso, onde me perder e aparecer, finalmente, diante de olhos que eu não terei mais que encontrar? Vários, como eu sem dúvida, escrevem para não ter mais um rosto. Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo: é uma moral de estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever.

(Michel Foucault, 2013, p. 21)

## RESUMO

Esta tese tem como objetivo investigar os sentidos sobre amamentação produzidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno voltados a profissionais de saúde, empresários, mulheres e população em geral. Tais materiais, desenvolvidos como parte integrante da atual Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (MS), ratificam os períodos ideais de aleitamento materno preconizados por OMS/Unicef desde a assinatura da Declaração de *Innocenti* (1990) e reiteram conceitos difundidos internacionalmente acerca da prática. Nos 26 materiais que compuseram o *corpus*, buscou-se compreender a produção de sentidos sobre o tema para os diferentes segmentos sociais, problematizando as possíveis interdições que sofrem esses discursos (FOUCAULT, 2000). O principal referencial teórico e metodológico adotado foi a Teoria dos Discursos Sociais (VERÓN, 2004), que questiona a aparente transparência do texto, relacionando suas marcas textuais às condições sociais de produção (PINTO, 1999). Como resultado da análise, observou-se que 1) na forma, tais materiais caracterizam-se por uma comunicação vertical e de cunho, predominantemente, imperativo, na qual a mulher é, frequentemente, objetivada e representada como instrumento necessário ao sucesso da política pública de saúde da criança; 2) no conteúdo, tendem a concentrar sua atenção no incentivo à prática da amamentação e na valorização de seus benefícios (sobretudo para a criança), secundarizando possíveis aspectos psicossociais para o bebê, a mulher e a família. O leite materno aparece como principal objeto da política pública recente, enquanto a complexidade da amamentação e seus desdobramentos na inserção familiar e social da mulher raramente são abordados.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Amamentação; Desmame; Materiais Educativos e de Divulgação; Comunicação em Saúde.



## ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the meanings of breastfeeding conveyed by official speeches on the promotion of and guidance to breastfeeding to health professionals, business community, women and population in general. The materials developed as integral part of the current Brazilian Ministry of Health (MoH) Policy for Breastfeeding Promotion, Protection and Support ratify the ideal breastfeeding periods recommended by the WHO/UNICEF after the signature of the Innocenti Declaration (1990), and confirm the concepts on the practice divulged worldwide. The 26 materials composing the corpus sought to comprehend the production of meanings of the theme to different sections of society, questioning possible interventions on these speeches (FOUCAULT, 2000). The theoretical and methodological framework adopted was mainly the “Social Discourse Theory” (VERÓN, 2004), which questions the apparent text transparency, relating its textual marks to the social conditions of production (PINTO, 1999). As a result of this analysis, it was observed: 1) as to format, these materials characterize a vertical communication, and predominately imperative, in which the woman is often objectified and represented as the instrument needed for the success of the children’s public health policy; 2) as to content, the focus tends to be on encouraging the breastfeeding practice and on appreciating the benefits (especially for the child), attaching far less importance to the possible psychosocial aspects affecting the baby, the woman and the family. The breast milk is the main object of the current public policy whereas the complexity of the breastfeeding and its impacts on the family and social contexts are rarely the approach.

**Keywords:** Breastfeeding; Weaning; Educational and Promotional Material; Health Communications.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Capa do álbum seriado Promovendo o Aleitamento Materno (2007).....	p. 116
Figura 2 – Página interna do álbum seriado (2007).....	p. 117
Figura 3 – Página interna do álbum seriado (2007).....	p. 118
Figura 4 - Capa do caderno Saúde da Criança: Nutrição Infantil (2009).....	p. 119
Figura 5 - Capa da Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta (2010).....	p. 121
Figura 6 – Página interna da Cartilha (2010).....	p. 123
Figura 7 - Folder Apoio à Mulher Trabalhadora para manter a Amamentação (2010).....	p. 125
Figura 8 - Folder Apoio à Mulher Trabalhadora para manter a Amamentação (2010).....	p. 125
Figura 9 – Cartaz Smam 2008.....	p. 134
Figura 10 – Detalhe de La Sainte Famille, de Rembrandt (1640).....	p. 138
Figura 11 – Cartaz Smam 2009.....	p. 139
Figura 12 – Cartaz Smam 2010.....	p. 142
Figura 13 – Banner Smam 2010.....	p. 143
Figura 14 – Cartaz Smam 2011.....	p. 147
Figura 15 – La Vierge au Coussin Vert, de Solario (1507-1510?).....	p. 149
Figura 16 – Cartaz Smam 2012.....	p. 151
Figura 17 – Cartaz Smam 2013.....	p. 154
Figura 18 – Cartaz Smam 2014.....	p. 157
Figura 19 - La Charité, de Andrea Del Sarto (1518).....	p. 163
Figura 20 - La Vierge allaitant l'Enfant, de Marco da Oggiono (1530-1540?).....	p. 188
Figura 21 - L'Adoration des Bergers, de Jacob Jordaens (1640-1650?).....	p. 189
Figura 22 - Le Repos de la Sainte Famille, de Orazio Gentileschi (1628?).....	p. 190
Figura 23 - National Breastfeeding Awareness Campaign (2004 - 2006).....	p. 198
Figura 24 - National Breastfeeding Awareness Campaign (2004 - 2006).....	p. 198

## SUMÁRIO

### PARTE I – DAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DA TESE

APRESENTAÇÃO.....	p. 13
INTRODUÇÃO.....	p. 16
Capítulo 1 - Régua e compasso: definição do <i>corpus</i> de análise e dos modos de olhar.....	p. 24
1.1. Definindo o <i>corpus</i> de análise.....	p. 27
1.2. O lugar das entrevistas.....	p. 31
1.3. Uma questão de gênero?.....	p. 33
1.4. Teoria dos Discursos Sociais e “a palavra como arena”.....	p. 39
1.4.1 A produção dos sentidos e um novo receptor .....	p. 46

### PARTE II – DAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS SOBRE AMAMENTAÇÃO

Capítulo 2 – Historicizando o “natural”: os diferentes contextos da amamentação e do aleitamento materno.....	p. 50
2.1. Politização do corpo, reinado da criança e o surgimento da “mãe higiênica”.....	p. 55
2.2. Segunda metade do século XX: efeitos do “desmame comerciogênico” e a aliança mundial pró-amamentação.....	p. 65
2.2.1. <i>La Leche League</i> : “a batalha do leite” e o modelo de maternidade intensificada.....	p. 71
Capítulo 3 – Contextos institucionais da saúde da criança no Brasil e consolidação do aleitamento materno como estratégia central.....	p. 75
3.1. Moncorvo Filho e seu modelo nacional de assistência à infância.....	p. 81
3.2. Feminismo, filantropia, educação sanitária e proteção à infância.....	p. 88
3.3. Quando o Estado assume a saúde da criança como política.....	p. 95
3.4. Características gerais do modelo estatal de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e suas estratégias.....	p. 101

### PARTE III – DAS CONTINUIDADES, RUPTURAS, SILÊNCIOS E SENTIDOS NOS DISCURSOS NOS MATERIAIS

Capítulo 4 – Os materiais de promoção e orientação atuais: continuidades e rupturas nos discursos.....	p. 113
--	--------

4.1. Os materiais de orientação.....	p. 114
4.1.1. Uma breve descrição analítica dos materiais de orientação.....	p. 115
4.2. As campanhas da Smam.....	p. 128
4.2.1. Uma breve descrição analítica das campanhas (2008-2014).....	p. 134
4.2.2. As madrinhas: “damas da assistência” midiáticas.....	p. 159
4.3. Amamentação ou aleitamento materno?.....	p. 163
4.4. A enunciação da mulher: protagonista da amamentação ou agente da política pública?.....	p. 166
4.5. Mobilização social e educação com viés de persuasão.....	p. 176
Capítulo 5 – Sentidos e silêncios nos discursos contemporâneos sobre aleitamento materno.....	p. 185
5.1. Intertextos ou interdiscursos nos materiais oficiais.....	p. 185
5.1.1. Da religião (do sagrado).....	p. 186
5.1.2. Da natureza (do biológico).....	p. 191
5.1.3. Da saúde (da ciência e do risco).....	p. 193
5.1.4. Do compromisso moral (da divisão sexual do trabalho).....	p. 200
5.1.5. Do dever cívico (da eugenia).....	p. 203
5.1.6. Da beleza (da feminilidade).....	p. 206
5.1.7. Da psicologia (do vínculo e da subjetividade).....	p. 209
5.2. Outros discursos que reinam em seu “quase silêncio”.....	p. 211
5.2.1. Perspectiva da mulher no processo de amamentação.....	p. 212
5.2.2. Amamentação e sexualidade.....	p. 218
5.2.3. Amamentação e paternidade.....	p. 220
5.2.4. Desmame: uma transição silenciada.....	p. 224
CONCLUSÃO.....	p. 231
REFERÊNCIAS.....	p. 244
APÊNDICES.....	p. 261
ANEXO.....	p. 269

**PARTE I – DAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DA TESE**

## APRESENTAÇÃO

Meu caminho até o doutorado é resultado de uma imbricação orgânica de todas as metades de mim. Sou brasileira, de estatura mediana, casada com carioca de sangue pernambucano, baiana vivendo em eterno banzo na cidade maravilhosa, “purgatório da beleza e do caos”. Sou ainda mãe, jornalista, mulher e investigadora diletante, não necessariamente nesta ordem. Muitos ventos e palavras me trouxeram até aqui e, embora não despreze os esforços que fazemos para conseguir o que desejamos na vida, acredito que as coisas não (nos) acontecem por acaso.

Desde que me entendo por gente, sempre quis ser escritora, e acho que isto se deve a minha crença precoce no poder transformador das palavras. Fiz jornalismo e, talvez insatisfeita com a prática, por muitas vezes, conformadora da minha profissão, vaguei por outras paragens, buscando entender melhor o mundo, ou, ao menos, munir-me de melhores instrumentos. Passei pela sociologia e pela educação, voltando à comunicação, há cerca de quatro anos, pela via da saúde.

Quando ingressei no então Instituto Fernandes Figueira<sup>1</sup>, unidade da Fiocruz dedicada à saúde da criança e da mulher, em junho de 2009, passava pela experiência de desmamar o meu primeiro filho, João, de pouco mais de 1 ano. Dentre os diversos temas com os quais travei contato, a questão da amamentação destacou-se em relação aos outros, tanto pela minha experiência como jornalista da instituição dona do primeiro banco de leite humano do Brasil e referência nacional e internacional no âmbito do aleitamento materno, como, principalmente, pela minha condição de mãe de primeira viagem à procura de informações sobre o processo de desmame em seus aspectos fisiológicos, mas, principalmente, suas possíveis implicações emocionais e sociais para o bebê e para a mulher que amamenta.

A amamentação já era, como hoje, apontada, nos discursos nacionais e internacionais de promoção ao aleitamento materno, como estratégia com foco na criança de maior efetividade no combate à morbimortalidade infantil (O’CONNOR; VAN ESTERIK, 2012), além de contribuir para o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê. Havia uma enorme oferta de informação sobre o tema, tanto em fontes oficiais (como o Ministério da Saúde e instituições reconhecidas na defesa da saúde) quanto em sítios oficiais de organizações não

---

<sup>1</sup>Desde 2010, o IFF/Fiocruz passou a se chamar, por meio de portaria do Ministério da Saúde assinada pelo então ministro, José Gomes Temporão, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, tornando-se órgão auxiliar do Ministério da Saúde para questões relacionadas a esses segmentos da população.

governamentais de apoio à causa e blogs de mães que desejavam compartilhar suas experiências de maternidade e amamentação.

No entanto, uma abordagem mais completa do processo de amamentação, assim como do desmame, compreendido como cessação completa da amamentação, encontrava-se (e ainda se encontra) excluída da maioria dos materiais oficiais de informação e comunicação. Diante da escassez de informações sobre aspectos subjetivos do processo amamentação-desmame nos materiais oficiais de orientação, adotei como objetivos do projeto inicial coletar os materiais mais recentes disponíveis no portal do Ministério da Saúde, selecionando aqueles que mencionavam e/ou tratavam da amamentação; e identificar o que era dito sobre o desmame nos materiais selecionados, analisando *como* era dito, *por que* e *por quem*, problematizando as possíveis interdições que sofrem esses discursos (FOUCAULT, 2000).

Desde o princípio, tomando como paradigma o conceito de amamentação como um “híbrido natureza-cultura” (ALMEIDA, 1999), interessava-me investigar, nos discursos dos materiais de orientação ao aleitamento materno, como ela era abordada em seus aspectos culturais, ou como era tratada essa face psicossocial que transcende o caráter puramente fisiológico do processo de amamentação-desmame no contexto atual de promoção do aleitamento materno como imperativo de saúde pública.

Qual é o momento ideal para o desmame completo? É defensável a mulher querer desmamar seu filho menor de 2 anos de idade, contrariando o que preconizam Organização Mundial da Saúde (OMS), Unicef e Ministério da Saúde brasileiro? Que fatores, além dos imunológicos e nutricionais, justificam o aleitamento materno de uma criança que partilha da dieta alimentar da família e já é capaz de se expressar e se relacionar, com a mãe e com o mundo, por meio da própria linguagem verbal? Como a criança processa, do ponto de vista emocional, a ruptura representada pelo desmame total? Por que pode ser tão ambíguo e até mesmo angustiante o desejo da mãe de parar de amamentar? É comum a mãe sentir o desejo de se voltar, em um dado momento, para suas próprias necessidades como indivíduo, deixadas em segundo plano desde a gravidez e durante toda a amamentação? Essas eram algumas das questões que me inquietavam naquele momento e que me inquietaram, mais tarde, durante o desmame de Laura, minha filha caçula, pois permanecem aparentemente “sem resposta”, ou melhor, sem a abordagem que creio merecida nos materiais oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno produzidos no Brasil.

Nas páginas que se seguem, bem como nos anos que se passaram, desde a seleção para o doutorado até a defesa, vida e tese se entrelaçam. Meu objeto me atravessa e não tenho como (nem desejo) me apartar dele para alcançar a suposta objetividade científica a que,

mesmo após a queda de tantos muros e barreiras, tentamos nos apegar como meio de legitimar nossos interesses acadêmicos. Como ressaltou Minayo (2003), “nas Ciências Sociais existe uma *identidade entre sujeito e objeto*” (p. 14, grifo no original), o que implica que a visão de mundo do pesquisador está presente em todo o processo de produção de conhecimento, desde a escolha do tema e a própria concepção do objeto até os resultados do projeto e suas possíveis aplicações e intervenções. Trata-se, portanto, de “uma condição da pesquisa que deve ser incorporada como critério de realidade e busca de objetivação” (MINAYO, 2003, p; 15). Esta tese é, pois, assumidamente, um projeto gestado entre duas experiências de maternidade, amamentação e desmame, e, por isso mesmo, um fruto embriagado de todas as alegrias e frustrações, do imenso cansaço e do intenso desejo que lhe cabem.



## INTRODUÇÃO

Neste trabalho, partimos de algumas premissas ou hipóteses. Algumas dessas ideias nos acompanham desde o primeiro momento da pesquisa, outras foram surgindo no decorrer do doutorado, como desdobramentos das anteriores e/ou a partir das muitas leituras que fizemos sobre a temática. A primeira delas é que, em nossos dias, a amamentação vem sendo tratada, em grande parte dos materiais oficiais, sob a ótica do “aleitamento materno”, entendido aqui como uma relação predominantemente instrumental na qual cabe à mãe, pelo bem irrefutável de seu bebê, amamentar, fazendo-se do seu corpo um instrumento para o sucesso de políticas públicas de promoção da saúde da criança. Disto decorre uma segunda premissa: a de que, ao concentrar sua atenção no incentivo à prática e valorização de seus benefícios (principalmente para o bebê/criança), os discursos oficiais secundarizam aspectos subjetivos da prática, operando uma restrição de seus potenciais sentidos para o bebê, mas, sobretudo, para a mulher e sua inserção na dinâmica familiar e na sociedade.

Ao lado da secundarização ou negligenciamento de aspectos mais subjetivos da amamentação, entendemos, como uma terceira premissa, que esses discursos operam uma parcial ou, muitas vezes, completa omissão do desmame, o que aponta para a desvalorização desta etapa do processo para além do aspecto nutricional. O desmame seria, então, relegado a uma mera transição ou passagem do leite materno para outros alimentos, até a introdução completa da criança ao hábito alimentar da família, desconsiderando-se, assim, seus outros sentidos e abordagens relacionadas, por exemplo, às relações que mãe e bebê podem estabelecer no âmbito de sua própria subjetividade, entre si e com o mundo a partir da amamentação. Esses elementos que extrapolam uma visão mais instrumental da amamentação (tal qual adotada pela maioria dos discursos nacionais e internacionais no âmbito da saúde pública), mereceriam estar contemplados numa política de promoção da saúde em sua acepção mais ampla, que levasse em consideração não somente o bem-estar físico, mas o desenvolvimento mental, emocional e social da criança e da mulher que amamenta. Apesar disso, (a nossa quarta premissa é que) frequentemente observamos, em grande parte dos materiais oficiais de promoção ou orientação sobre a temática, que o leite materno parece ser o verdadeiro objeto da política pública, e seu fornecimento aos bebês, o objetivo central.

Pelas razões apontadas, a proposta da presente tese foi investigar os sentidos sobre amamentação privilegiados em discursos oficiais de promoção e orientação produzidos no âmbito da política pública brasileira atual, voltados a distintos públicos – profissionais de saúde, empresários(as), mulheres e população em geral -, apontando, a partir da análise de

materiais específicos e com base na literatura sobre amamentação (sobretudo, análises históricas, sociológicas e de gênero), outros sentidos possíveis, excluídos ou negligenciados nesses materiais.

Entendemos que as marcas das presenças e ausências sobre amamentação nos discursos de orientação ao aleitamento materno estão, por sua vez, relacionadas aos seus contextos ou condições sociais de produção. Esses contextos abarcam desde as condições imediatas e objetivas em que os discursos são produzidos (o perfil dos produtores, os objetivos explícitos, os formatos dos materiais, os interlocutores a quem esses discursos se destinam, entre outras) até referenciais bem distantes no tempo e identificados com menos precisão, que aparecem sob a forma de memória discursiva ou interdiscurso (ORLANDI, 1999).

Como analisaremos detalhadamente ao longo da tese, alguns exemplos de interdiscursos presentes nesses materiais seriam o do imaginário religioso relacionado à Virgem Maria e sua dedicação ao menino Jesus, arraigado na nossa cultura por meio da consagrada iconografia judaico-cristã; os sentidos sobre amamentação e maternidade que ganham força a partir de transformações sociais iniciadas em finais do século XVIII, na Europa, com a criança tornando-se o centro da família burguesa e principal preocupação do Estado Moderno; e as heranças do movimento higienista brasileiro, com a ode à “mãe higiênica”, que assume para si a criação e educação dos filhos, e a condenação do uso das amas de leite (principalmente negras) no cuidado e alimentação de bebês.

Há, também, o contexto do contexto, ou seja, o contexto mais amplo no qual se insere a produção propriamente dita dos materiais, desde a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno até a ação de organizações internacionais como Leche League (LLL), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que empreendem uma luta em prol da adoção massiva da amamentação com metas bastante amplas. Um exemplo disso é o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>2</sup>. Dos oito objetivos definidos, o aleitamento materno está expressamente presente em dois: reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna.

---

<sup>2</sup>Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Millennium Development Goals) foram definidos, em 2000, pela Cúpula do Milênio, que reuniu “o maior número de dirigentes mundiais da história da humanidade”. Representantes de 189 países-membros das Nações Unidas juntaram-se e definiram as oito metas coletivas prioritárias para o progresso da humanidade: 1) Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) Atingir o ensino básico universal; 3) Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade na infância; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater o HIV/aids, a malária e outras doenças; 7) Garantir a sustentabilidade ambiental; 8) Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento. Fonte: Unicef Brasil, [http://www.unicef.org/brazil/pt/overview\\_9540.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/overview_9540.htm), acesso em 27 outubro de 2014.

No Brasil, o aleitamento materno é também objeto de uma política pública e a “expansão e qualificação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno” (juntamente à alimentação complementar saudável e oportuna). Ele é, ainda, dentro do Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde para o período de 2011 a 2015 (BRASIL, 2013), uma das estratégias que compõem o Objetivo Estratégico 3 – Promover a Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e Implementar a Rede Cegonha<sup>3</sup>, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Para a realização desta tese, empreendemos, inicialmente, uma revisão da literatura existente sobre aleitamento materno e amamentação<sup>4</sup>, tendo como foco os aspectos biológicos, históricos, políticos, socioculturais e psíquicos do processo de amamentação-desmame. Tal revisão implicou a consulta a autores de diversas áreas, especialmente dos chamados “Estudos de Gênero”<sup>5</sup>, que analisam a importância da variável ‘gênero’ nos processos históricos e sociais (e, especificamente, no âmbito do desenvolvimento do poder biomédico e das políticas públicas em saúde no Brasil e no mundo).

Paralelamente à revisão bibliográfica, realizamos a coleta e uma primeira leitura dos materiais de promoção e orientação ao aleitamento materno produzidos pelo Ministério da Saúde brasileiro e disponíveis para consulta, na área da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento (CGSCAM)<sup>6</sup>. Já tendo iniciado o processo de desnaturalização do nosso “objeto dado” inicial, a amamentação, compreendemos a necessidade de desconstrução do aspecto aparentemente natural ou espontâneo do discurso oficial e de apreensão dos mecanismos de seleção e exclusão nele presentes a partir de suas relações com os interesses sociais em vigor. A descrição e análise dos discursos proferidos pelos/nos materiais enfocaram

---

<sup>3</sup> A Rede Cegonha, estratégia lançada em 2011 pelo governo federal, tem como principal objetivo “qualificar a atenção à saúde da mulher e do bebê desde o planejamento reprodutivo da família até os dois anos de idade da criança”, de acordo com informações do sítio oficial do Ministério da Saúde (disponíveis em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/noticias-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/14532-ministerio-da-saude-discute-a-qualificacao-da-atencao-a-saude-da-crianca-brasileira-com-estados-e-capitais>). A Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno adotou alguns critérios para a implantação da Rede Cegonha, relacionados às boas práticas de atenção ao parto e ao recém-nascido, como: clampeamento (pinçamento) do cordão umbilical do bebê em tempo oportuno, implicando menores riscos para o recém-nascido; contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido e aleitamento materno na primeira hora de vida; acompanhante para bebê durante todo o período de internação; e ampliação de leitos de internação neonatal. (Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/514-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l2-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12882-a-crianca-da-rede-cegonha>>. Acesso em: 28 jan. de 2015).

<sup>4</sup>Utilizamos na busca os termos ‘aleitamento materno’ e ‘amamentação’ pela percepção de que estes são utilizados como sinônimos, tanto nos materiais oficiais publicados pelo Ministério da Saúde quanto na literatura especializada acerca do tema, especialmente no campo da saúde.

<sup>5</sup> No inglês, *Gender Studies*.

<sup>6</sup>A busca foi realizada no endereço <http://portalsaude.saude.gov.br/> em agosto de 2013.

os sentidos da amamentação neles privilegiados e negligenciados e as possíveis motivações ideológicas dessas escolhas, intencionando conhecer *em que se ancoram* os discursos oficiais brasileiros pró-amamentação, *como e por quê*.

A perspectiva teórico-metodológica adotada foi a da Teoria dos Discursos Sociais (VERÓN, 2004) ou Semiologia dos Discursos Sociais (PINTO, 1994, 1999; ARAÚJO, 2000). Essa corrente de pensamento, que aplicamos ao material empírico por meio da Análise de Discurso, propõe: 1) entender o discurso como constitutivo/constituente das relações sociais de poder, atuando na sua manutenção, mudança ou subversão; 2) analisar o discurso tomando como base suas marcas ou pistas textuais e a partir de conceitos-chave, em particular a noção de contextos; 3) problematizar os sentidos privilegiados e naturalizados nesses discursos, relacionando-os às ideologias implicadas, consciente ou inconsciente, em sua concepção/produção, como consequência necessária da ligação do discurso com suas condições sociais de produção; e 4) pensar a comunicação/recepção, para além da visão funcionalista, como processo de negociação de sentidos entre sujeitos emissor e receptor; e.

Por estar circunscrita à etapa de produção dos discursos *stricto sensu*, a análise proposta buscou conhecer melhor os contextos ou condições sociais de produção dos materiais. Para tanto, entrevistamos como informantes duas profissionais de extrema relevância na produção dos materiais referentes ao aleitamento materno/amamentação: as responsáveis pela Coordenação das Ações de Aleitamento Materno da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e pelo Atendimento e Planejamento em Publicidade da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde. O trabalho com as entrevistas procurou compreender sobre que bases são pensados e elaborados os materiais de informação, educação e comunicação e saúde desenvolvidos no âmbito da política pública brasileira para o setor.

Incluimos a educação nessa interface, considerando que, sobretudo no campo da saúde, as iniciativas de informação e comunicação estão frequentemente imbrincadas com objetivos e mesmo estratégias de cunho educativo. O modelo tradicionalmente adotado pelo campo das políticas públicas em saúde coletiva é o desenvolvimentista, introduzido no país por volta de 1950, que “concebe a comunicação como moldagem de atitudes e comportamentos, que se efetivaria por meio de informação suficiente e adequada.” (ARAÚJO, 2004, p. 166).

No caso específico do aleitamento materno e sua ascensão a assunto passível de intervenção social e mesmo de políticas públicas, tal concepção não é diferente. Como afirmou Cardoso (2001), já nas primeiras décadas do século XX, a criança foi “capturada”

pelos discursos higiênicos e pedagógicos”, tornando-se o principal objeto dos “investimentos de formação e regeneração da raça” (p. 40). E, nesse projeto, a amamentação era o carro-chefe.

Esta tese encontra-se organizada em três partes. Na **Parte I – Das condições de produção da tese**, incluímos a *Apresentação* e a *Introdução* do trabalho, situando-nos, como indivíduos, profissionais e pesquisadores, no campo de investigação escolhido. Também compõe esta parte o *Capítulo I - Régua e compasso: definição do corpus de análise e dos modos de olhar*. Nele, procuramos explicitar o lugar do qual falamos neste trabalho, entendendo-o como fundamental condição de produção de nosso discurso acerca do objeto, apresentando, sobretudo, os dois principais referenciais teóricos da tese: os Estudos de Gênero, na acepção aqui adotada, e a Análise de Discurso (AD) de inspiração foucaultiana, precisamente nas abordagens denominadas Teoria dos Discursos Sociais (VERÓN, 2004) ou Semiologia dos Discursos Sociais (PINTO, 1994). Tais correntes privilegiam a noção de *ideológico* como “o nome do sistema de relações entre um discurso e suas condições (sociais) de produção” (VERÓN, 2004, p. 56), sendo ele condição presente em todo e qualquer discurso, desde que considerado dentro dos contextos que forjaram sua produção.

Assim sendo, o que pretendemos desenvolver neste trabalho é uma análise ideológica do discurso, compreendida como “o estudo dos traços que as condições de produção de um discurso deixaram na superfície discursiva” (VERÓN, 2004, p. 56). Esse referencial, por enfatizar a relação dos discursos com as ideologias, informou nossa iniciativa de desvelar que condições de produção estão (naturalizadas) nos discursos oficiais sobre aleitamento materno no Brasil e que efeitos de sentido eles buscam produzir em seus “públicos”, ou seja, nos interlocutores, sejam eles profissionais de saúde, empresários ou mulheres e população em geral.

Na **Parte II - Das condições de produção dos discursos sobre amamentação**, nosso intuito é fazer uma ‘descrição de acontecimentos do discurso’, que coloca a questão de “como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar?” (FOUCAULT, 2013, p. 33). Para isso, buscamos apresentar, mais detalhadamente, duas dimensões contextuais fundamentais para a compreensão dos sentidos propostos pelos discursos contemporâneos sobre aleitamento materno/amamentação no país. A historicização das práticas e discursos acerca do tema nos revela as diversas mudanças ocorridas ao longo do tempo e em diferentes contextos socioculturais, representando, em nosso entender, os variados intertextos que permeiam a produção de sentidos sobre o tema na atualidade, tanto no âmbito da produção *stricto sensu* quanto na apropriação desses discursos.

O *Capítulo II - Historicizando o “natural”: intertextos da amamentação e do aleitamento materno* trata das mudanças na concepção de infância e nos modelos de alimentação infantil praticados no mundo, a partir da segunda metade do século XVIII, e as mudanças no comportamento social em relação à amamentação, no contexto brasileiro, a partir do século XIX. Quando o aleitamento mercenário (praticado por amas de leite contratadas para tal serviço ou amas de leite escravas), preponderante àquela época, passa a ser condenado pelo higienismo (COSTA, 1999), surge a ‘maternidade científica’, tornando a função maternal uma missão social, pública e de dedicação à pátria (FREIRE, 2009).

No *Capítulo III - Contextos institucionais da saúde da criança no Brasil e consolidação do aleitamento materno como estratégia central*, resumimos o processo de institucionalização da saúde da criança no Brasil, pontuando como a amamentação ganhou *status* de estratégia central por meio do receituário higienista do final do século XIX e início do século XX e apresentando a organização da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (até 2012 conhecida como Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – Atscam) do Ministério da Saúde (MS), atual responsável pela elaboração de diretrizes políticas e técnicas voltadas à “atenção integral” à saúde da criança do nascimento até os 9 anos de idade. A busca de elementos sobre a história da saúde da criança no país e sua constituição atual incluiu a realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave do MS, com o intuito de abordar os contextos ou condições de produção (PINTO, 1999) dos materiais oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros, elemento fundamental para a compreensão dos sentidos e silêncios sobre amamentação nesses discursos.

Na **Parte III – Das continuidades, rupturas, sentidos e silêncios nos discursos nos materiais**, propomos uma descrição analítica dos materiais de promoção e orientação selecionados com base em conceitos de valor metodológico trazidos pela Teoria dos Discursos Sociais (VERÓN, 2004), explorando suas condições sociais de produção e apontando sentidos privilegiados e silêncios identificados nesses discursos. O *Capítulo IV - Os materiais de promoção e orientação atuais: continuidades e rupturas nos discursos* faz a descrição e análise dos materiais de promoção e orientação produzidos pelo Ministério da Saúde selecionados, estabelecendo relações entre eles, como semelhanças e diferenças no tratamento da mulher, a opção de ‘mobilização social’ adotada pelo MS e a tensão existente entre o modelo tradicionalmente prescritivo da propaganda e da educação sanitárias e um novo conceito de informação, comunicação e saúde.

No *Capítulo V - Sentidos e silêncios nos discursos contemporâneos sobre aleitamento materno*, elencamos os principais discursos que deixam suas marcas nos discursos dos materiais analisados e remetem a discursos que, ao longo da história, participaram da construção dos sentidos hoje hegemônicos sobre amamentação/aleitamento materno. Nele, mencionamos, ainda, alguns discursos e sentidos que se encontram negligenciados ou mesmo silenciados nos discursos contemporâneos em defesa do aleitamento materno, entendendo que sua abordagem é condição necessária para uma compreensão mais complexa e polifônica acerca da prática. A perspectiva da mulher e a do pai/companheiro estão presentes, bem como a necessidade de refletir sobre a amamentação e sua influência na inserção social da mulher para além da maternidade. Um aspecto específico é o silenciamento do desmame na grande maioria dos materiais, o que fica claro na Tabela de Materiais Analisados (Cf. Apêndice D) e é problematizado em tópico específico que encerra este último capítulo.

A *Conclusão* busca problematizar as nossas premissas iniciais, em especial a que defende que existem sentidos privilegiados e, ao mesmo tempo, alguns silêncios nos discursos oficiais de aleitamento materno. Aponta similaridades que puderam ser observadas nos materiais analisados, tanto no âmbito da sua forma quanto do conteúdo, sinalizando questões que ainda carecem de reflexões posteriores acerca do processo de amamentação e desmame e suas implicações para a mulher, a criança, a família e a sociedade, mas também valorizando tendências de mudança que começam a aparecer nos discursos oficiais. Por fim, destaca as contribuições deste estudo para o campo da comunicação e saúde e para a produção acadêmica sobre a questão da amamentação, sugerindo a necessidade de outros estudos que aprofundem e ampliem a reflexão sobre os discursos atuais pró-aleitamento materno e os novos modelos de maternidade que impactam o lugar social da mulher e a configuração da divisão sexual do trabalho em nossos dias.

Acreditamos que este trabalho se justifica pela urgência de problematizar a abordagem da amamentação e do desmame nos discursos oficiais produzidos com o objetivo de promover e orientar a prática da amamentação e dirigidos a profissionais de saúde e população em geral. Os materiais de comunicação produzidos com o objetivo de colaborar com a ‘educação para amamentar’ têm-se mostrado, em sua maioria, pouco polifônicos. Apresentam algumas omissões significativas sobre o binômio amamentação-desmame, corroborando a tese defendida por Foucault (2000) de que, em nossa sociedade, sabemos “que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” (p.9). Em geral, estão pautados em uma concepção biologicista desse processo, privilegiando o discurso autorizado e tradicionalmente valorizado

da medicina, como afirmam materiais do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), e pouco incorporam os aspectos psicológicos e intersubjetivos do processo de amamentação e desmame, restringindo potenciais sentidos da prática para o bebê, a mulher e a sociedade. Contribuem, em grande medida, para ratificar o *status* de “natural” atribuído a determinadas categorias sociais historicamente associadas à mulher, como a maternidade, a amamentação, o domínio do lar e a relação de todas elas com certo ideal de “feminilidade”.

Para Araújo (2006), os materiais educativos são a ponta “do imenso *iceberg* dos processos de comunicação que caracterizam a implantação das políticas públicas” (p. 69), constituindo-se em modo de acesso privilegiado à prática comunicativa das instituições. Como a autora, acreditamos que, por meio de sua apreciação crítica, é possível compreender melhor tanto a natureza quanto a qualidade dessa prática comunicativa no que tange aos discursos oficiais pró-aleitamento materno em nosso país. Decorre disso a necessidade de apreender como o objeto de que se fala é constituído por/nesses discursos, assim como desvelar como neles se constroem as posições de sujeito e relações de poder, problematizando essa comunicação que, ao longo da história, tem negligenciado as perspectivas e contextos das mulheres no processo de amamentação e desmame.

Esperamos, pois, que esta reflexão sobre a abordagem do tema nos discursos oficiais e, especificamente, nos materiais educativos proporcione uma maior aproximação do campo da comunicação e saúde governamental com uma proposta mais ampla e integradora de diversos saberes – inclusive das próprias mulheres/mães e suas famílias - na informação e comunicação e saúde voltadas à prática do amamentar.



## **CAPÍTULO 1 – RÉGUA E COMPASSO: DEFINIÇÃO DO *CORPUS* DE ANÁLISE E DOS MODOS DE OLHAR O OBJETO**

Este capítulo talvez seja o mais difícil de ser escrito. Sendo o primeiro, o que abre a tese, tem como propósito apresentar ao leitor o campo de conhecimento no qual nos inserimos para refletir, a delimitação do nosso objeto e, principalmente, quais lentes usamos para visá-lo, ou, como diria a professora Inesita Araújo, nossos “modos de olhar”. Uma vez que adotamos como principal referencial teórico a Teoria dos Discursos Sociais (que tem, na Análise de Discurso, seu instrumental metodológico para trabalhar com os materiais empíricos), não poderíamos deixar de explicitar, desde já, de que lugar falamos ao abordar os discursos oficiais sobre aleitamento materno no Brasil dos dias atuais, entendendo que tal lugar é condição de produção fundamental deste trabalho. Afinal, que lugar é esse?

Partimos do entendimento de que os discursos, inclusive aqueles produzidos pelas disciplinas científicas, não somente falam sobre objetos que elegem entre os existentes no mundo, mas os delimitam, constroem, constroem. Por isso mesmo, compreendemos que os objetos que hoje se apresentam de determinada forma não surgiram no vácuo: foram forjados em determinadas contingências históricas, econômicas, sociais e de acordo com normas específicas de pensamento de um determinado contexto (e da própria ciência). São, portanto, produtos de determinadas formações discursivas<sup>7</sup>.

Desse modo, consideramos necessário “pôr em questão, novamente, essas sínteses acabadas, esses agrupamentos que, na maioria das vezes, são aceitos antes de qualquer exame, esses laços cuja validade é reconhecida desde o início” (FOUCAULT, 2013, p. 26). Precisamos, como salientou Foucault (2013), desnaturalizar os objetos, os conceitos e os discursos sobre eles, expulsando-os da sombra onde reinam e arrancando-os “de sua quase evidência” (p. 31).

No campo da saúde pública e suas políticas, inclusive aquelas voltadas à questão do aleitamento materno, os discursos estão, predominantemente, marcados pelo substrato da razão médica e da racionalidade científica moderna, que, historicamente, embasam a sua construção. Luz (1988) reconhece que os objetos, conceitos e discursos da razão médica e da racionalidade científica moderna estão enquadrados em categorias – como “natural”,

---

<sup>7</sup>De acordo com Orlandi (1999), não existe um consenso com relação ao conceito de formação discursiva. No entanto, admitindo sua importância na compreensão do discurso tal como nos propomos aqui, tomaremos como referencial, neste trabalho, a definição da autora, para a qual uma formação discursiva pode ser entendida como “aquilo que numa formação ideológica dada – ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio-histórica dada – determina o pode e deve ser dito” (p. 43).

“racional”, “social” – que são, também, social e historicamente construídas. Embora alguns possam estranhar a ideia de denominar a medicina de ‘disciplina social’, para Luz, ela é, de fato, disciplina do social, não tanto pelo sentido dos seus enunciados manifestos, mas “pelo *campo de objetivações* discursivas” (LUZ, 1988, p. 5, grifo no original), pelo processo de naturalização do objeto que ela tematiza “através de conceitos e proposições biologizantes” (p. 5). Alguns exemplos desses conceitos e proposições são as categorias de doença e morte, equilíbrio e desvio, normalidade e patologia, que apresentam enorme inserção e impacto na dinâmica social dos indivíduos.

A razão médica moderna *expõe*, na ordem da racionalidade científica, objetos de discurso que são de fato *sociais*. Tematiza, portanto, o social. É *disciplina do social*, disciplinadora de relações que são quase sempre sociais. As relações dos indivíduos e dos grupos sociais com seu corpo, seu sofrer, seu adoecer, sua morte, e com o corpo, o sofrimento, o adoecimento e a morte dos outros são *relações sociais*. Da mesma forma que as representações simbólico-imaginárias que se acumulam sobre essas relações. Esta “naturalização” do seu objeto discursivo torna a medicina talvez a mais social das disciplinas modernas, no sentido em que ela *institui e normaliza estruturas* e relações sociais, a partir de enunciados “naturais” típicos do seu campo de objetivações. (LUZ, 1988, p. 6, grifos no original)

O nosso objeto em particular – os discursos sobre aleitamento materno -, que ocupa, desde meados do século XVIII, na Europa, um lugar especial no discurso médico-científico, vem sendo constituído, ao longo desse tempo, por permanências e rupturas. Permanências e rupturas tanto no que diz respeito às situações concretas que, declaradamente, motivaram os discursos sobre aleitamento materno (no Brasil, por exemplo, as elevadas taxas de mortalidade infantil constatadas na virada do século XIX para o XX e, posteriormente, a partir da década de 1970) quanto em relação a outros contextos – econômico, político, da saúde, do movimento feminista e dos movimentos sociais em geral – que interferiram e interferem na consolidação, reiteração ou mudança nos conceitos-chave que embasam esses discursos. Isto será melhor desenvolvido nos capítulos que se seguem.

As permanências e rupturas, bem como as oscilações experimentadas por esses discursos nos últimos séculos tiveram relação com diversos interesses e contextos específicos de produção. Os discursos hegemônicos<sup>8</sup> nos diversos momentos históricos adquirem

---

<sup>8</sup>O intelectual marxista Antonio Gramsci tratou do conceito de hegemonia na análise dos processos políticos, tomando como base, sobretudo, a revolução russa dos primeiros anos do século XX. Segundo Gruppi (1978), para Gramsci a hegemonia consistiria na “capacidade de direção, de conquistar alianças, capacidade de fornecer uma base social ao Estado proletário” (p. 5). Para o mesmo autor, Gramsci utiliza o termo ‘hegemonia’ em duas acepções distintas: “refere-se por vezes simultaneamente à direção e à dominação” (p. 11). Neste trabalho, utilizaremos o termo ‘hegemônico’ para nos referirmos a certos tipos de discurso, ou seja, especificamente ao campo da produção simbólica da sociedade. Por isso mesmo, preferimos definir ‘hegemônico’ a partir das teorizações de Pierre Bourdieu (2010) acerca do poder simbólico. Um discurso hegemônico seria, em nosso ver, aquele que, em dado momento histórico e conjuntura local específica, possui maior capacidade de produzir ‘a

legitimidade<sup>9</sup> em relação aos demais, que chamaremos de periféricos ou contra-hegemônicos. Boltanski (2004) observa, por exemplo, que os discursos da puericultura e de outras disciplinas ligadas aos chamados ‘problemas de higiene e saúde’, cujo surgimento ou consolidação ocorreram em fins do século XIX, “estão correlacionados com um esforço generalizado de moralização e de domesticação das classes populares” (p. 105).

Entendemos que a força desses discursos frente à(s) população(ões) deve-se, em grande medida, ao que Bourdieu (2010) nomeou de ‘poder simbólico’. Constituído no/pelo discurso, o poder simbólico constrói a realidade por meio da enunciação, fazendo ver e crer, confirmando ou transformando a visão e a ação sobre o mundo, portanto, o próprio mundo. O autor destaca, portanto, a ‘função ideológica do discurso’, que atua como intermediário estruturado e estruturante na imposição da apreensão da ordem estabelecida como natural. Bourdieu (2010) ressalta que tal ordem nada tem de ‘natural’, tratando-se, ao contrário, de “sistemas de classificação e estruturas mentais objectivamente ajustadas às estruturas sociais” (p.14), por isso mesmo arbitrários, mas ignorados como tal. É precisamente da ignorância da sua contingência e arbitrariedade que advém a sua força - de algo que está de tal modo naturalizado na sociedade que não se consegue perceber que ele também é fruto de condições sociais de produção específicas, a não ser que o analista esteja munido de suficiente referencial teórico e metodológico.

Por isso mesmo, pretendemos, ao longo deste trabalho, identificar campos e discursos que contribuem para a configuração e reconfiguração dos discursos oficiais contemporâneos da política pública de aleitamento materno (ou, na terminologia da Teoria dos Discursos Sociais, atuam, em maior ou menor medida, como suas condições sociais de produção). Incluímos discussões, umas mais recentes, outras já consagradas na trajetória da reflexão sobre a saúde pública no Brasil. Tais discussões servem de pano de fundo para a questão social do aleitamento, estratégias de consolidação do tema como problema de saúde pública e de “conscientização” da população ou mesmo como uma forma específica de recortar o objeto para pensá-lo para além de sua aparente neutralidade/naturalidade, apontando elementos de seu(s) processo(s) de naturalização.

---

realidade’. Tal poder, como destaca Bourdieu (2010), varia entre os grupos e as classes que estão envolvidas “numa luta propriamente simbólica para imporem a definição do mundo social mais conforme os seus interesses” (p. 11) e se dá por meio da “crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia” (p. 15).

<sup>9</sup>Araújo (2000) defende que a ‘legitimidade discursiva’ origina-se de um conjunto de fatores que excedem a posição social e institucional e o próprio poder econômico e social do emissor de determinado discurso. Para a autora, tal legitimidade seria perpassada por interesses individuais, grupais e de classe, bem como pelas relações institucionais, mediações da ordem discursiva e pela concorrência do discurso com outras vozes. Ela entende, ainda, que “é o reconhecimento de um discurso como legítimo, pelos receptores, que instaura as relações de poder que lhe são inerentes” (p. 145).

Em nosso ver, mostra-se imprescindível, ao longo da tese, situar esses discursos em sua imbricação com o biopoder e o controle da medicina e do Estado sobre os corpos e individualidades; e com a divisão sexual do trabalho e a atribuição da amamentação, no âmbito da maternagem, como parte da função natural e social do feminino. O biopoder é o “poder sobre a vida” do qual falou Foucault (1985). De acordo com Rabinow e Rose (2006), tal conceito chama a atenção para um campo “composto por tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana” (p. 28), tais como as etapas do ciclo vital do ser humano (nascimento, crescimento, o fato de habitar um corpo orgânico que poderá ser treinado e aumentado, seu adoecimento e morte), e também características vitais das coletividades que são compostas por esses seres viventes. Para os autores, se Foucault faz um uso, de algum modo, impreciso do termo ‘biopoder’, é possível, em seu lugar, utilizar o termo ‘biopolítica’, abarcando, assim, toda e qualquer estratégia específica, bem como contestação acerca das “problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes” (p. 28)

Será necessário debater, ainda, o papel histórico da educação e da comunicação como práticas por meio das quais esse controle sobre corpos e individualidades é tem exercido, mas que, ao mesmo tempo, são espaços possíveis para sua subversão. Consideramos adequado abordar também as questões que dividem o campo da comunicação e saúde, como as novas concepções do receptor, vislumbrando um processo comunicativo mais dialógico, bem como mencionar o campo da promoção da saúde como um novo paradigma para a saúde pública, seu cruzamento com o discurso do risco e as relações desses discursos com os discursos atuais pró-aleitamento materno.

### **1.1. Definindo o *corpus* de análise**

Nossa proposta, neste trabalho, é fazer uma reflexão sobre os discursos contemporâneos oficiais sobre aleitamento materno por meio da análise de materiais de promoção e orientação produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) neste século e disponíveis para consulta em seu sítio na internet ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)). Entendemos como materiais de promoção aqueles voltados, predominantemente, a publicizar ideias sobre saúde ou “mobilizar” (adotando, por ora, a nomenclatura do MS) a população para a adoção de determinados comportamentos, o que é feito, de acordo com o órgão oficial, com o auxílio de

campanhas<sup>10</sup>. Por materiais de orientação (ou de cunho educativo) compreendemos os manuais, cartilhas, álbuns e cadernos dirigidos, principalmente, a profissionais de saúde, mediadores no cuidado à mulher gestante e/ou lactante e à criança, mas também a empresários (caso do folder da Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta), mulheres e população em geral. Esses materiais carregam, além do explicitado intuito de fomentar a adoção de determinados hábitos e rotinas (sobretudo pelos serviços públicos de saúde), a missão de informar e formar profissionais e população, indicando os passos necessários ao alcance dos objetivos propostos pela política pública em questão. Utilizaremos, para fins da análise, a nomenclatura genérica de “materiais educativos”<sup>11</sup> para ambos os tipos de discursos.

O levantamento dos materiais levou em consideração, em primeiro lugar, o critério de relevância, ou seja, foram coletados materiais que estavam disponíveis, na seção de Publicações da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), para consulta e uso de profissionais de saúde profissionais. Entendemos que esses materiais seriam os mais atuais produzidos pelo MS, e, por isso mesmo, refletiriam os discursos mais recentes com relação à temática abordada. Na busca, efetuada em agosto de 2013, encontravam-se disponíveis cerca de 40 materiais, desde peças de campanhas até notas técnicas. Uma vez que a área contempla materiais referentes à saúde da criança como um todo, e não apenas à amamentação, fizemos, inicialmente, a exclusão dos materiais que não enfocavam a amamentação como objeto central<sup>12</sup>.

Entendemos também que não nos interessavam, para fins da análise, manuais que orientassem especificamente sobre rotinas de serviços de saúde, protocolos em unidades hospitalares ou que contivessem informações predominantemente técnicas a respeito do aleitamento materno em situações específicas ou biossegurança, como as notas técnicas e

---

<sup>10</sup>No caso da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno brasileira, são realizadas duas campanhas anuais: a da Semana Mundial da Amamentação e a da Doação de Leite Humano, que não analisaremos neste trabalho por se tratar de outro foco da política que transcende nosso interesse específico, embora esteja a ele relacionado.

<sup>11</sup> Entendemos que, também com relação ao conceito de ‘materiais educativos’ não existe um consenso na literatura acadêmica pertinente às diversas áreas do conhecimento. Trabalharemos, então, a partir da definição de Monteiro e Vargas (2006), que consideram “materiais educativos todos os recursos que dão suporte à prática educativa/pedagógica [...], devendo ser considerado, para fins de análise, seu contexto de produção, cujo caráter ‘educativo’ comumente o identifica e o distingue” (p. 19).

<sup>12</sup> Nesta primeira etapa, descartamos materiais como o Quadro de Procedimentos AIDPI Neonatal (2012), o Manual Técnico do Método Canguru (2011), os materiais sobre Linha de Cuidado para Crianças, Adolescentes e suas Famílias (2010), sobre Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes (2010), o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (2009), o Manual de Orientação sobre o Transporte Neonatal (2010), entre outros, além das peças de campanhas de Doação de Leite Humano, por não serem, no nosso entendimento, material de promoção ou orientação à amamentação.

legislação sobre distribuição de leites em estabelecimentos de saúde e instalação de sala de apoio à amamentação em empresas, manuais técnicos sobre amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias e as pesquisas de prevalência de aleitamento materno, que foram utilizadas para consulta, mas não constituíram objeto da análise. Esse também foi o caso do *Caderno do Tutor da Rede Amamenta Brasil* (BRASIL, 2009a) e do *Módulo 3 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança* (UNICEF; OMS, 2008), que são citados ao longo do trabalho, mas sobre o qual não detivemos um olhar analítico mais minucioso. Nosso objetivo era selecionar materiais que elegessem como foco a prática do aleitamento materno/amamentação, abordando-a conceitualmente e dirigindo-se a distintos públicos, para que pudéssemos compreender a produção de sentidos sobre o tema para os diferentes segmentos sociais.

Após essa primeira triagem, em que excluímos os materiais que não tratavam especialmente da amamentação e os que eram basicamente técnicos, chegamos ao seguinte *corpus* de análise da pesquisa<sup>13</sup>:

#### População em geral:

- Smam 2008 (Cartaz / Folder);
- Smam 2009 (Cartaz / Folder / Anúncio / Banner);
- Smam 2010 (Cartaz / Folder / Anúncio População / Banner);
- Smam 2011 (Cartaz / Folder);
- Smam 2012 (Cartaz / Folder / Anúncio);
- Smam 2013 (Cartaz / Folder / Anúncio);
- Smam 2014<sup>14</sup> (Cartaz / Folder / E-mail Marketing);
- Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta;

#### Empresários:

- Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação (Folder);

#### Profissionais de saúde:

---

<sup>13</sup> Nossa análise está focada em materiais compostos de texto e imagens estáticas. Por esta razão, foram excluídos os materiais audiovisuais, como *spots* para televisão e internet, que exigiriam, em nosso entender, a convocação de referenciais teóricos e metodológicos específicos que possibilitassem sua análise. Todos os materiais que compõem o *corpus* de análise estão disponíveis, no Apêndice F, em mídia digital.

<sup>14</sup> Os materiais referentes à campanha da Smam 2014 foram incluídos posteriormente na composição do *corpus* de análise com o intuito de incorporar o maior número possível de materiais recentes relacionados especificamente à temática.

- Saúde da criança: Nutrição infantil; Aleitamento materno e alimentação complementar (Caderno);
- Smam 2010 (Anúncio Profissionais);
- Álbum seriado promovendo o aleitamento materno (produzido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef – e pelo Ministério da Saúde).

Embora o último material citado seja uma publicação realizada em parceria com organização internacional, entendemos que o Ministério da Saúde assume o discurso como seu, incorporando-o à política pública nacional de aleitamento materno. Consideramos, portanto, que, também nesse caso, o órgão oficial pode ser definido como “sujeito da enunciação”<sup>15</sup>.

Assim, compuseram o nosso *corpus* 26 materiais: 22 peças da Smam (referentes a sete campanhas), sendo 21 dirigidas a mulheres/população em geral e uma a profissionais de saúde; a *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta* (BRASIL, 2010a), dirigida a mulheres; o folder *Apoio à mãe trabalhadora para manter a amamentação* (BRASIL, 2010b), voltado a empresários; o caderno *Saúde da criança: Nutrição infantil: Aleitamento materno e alimentação complementar* (BRASIL, 2009b) e o álbum seriado *Promovendo o aleitamento materno* (BRASIL; UNICEF, 2007), destinados a profissionais de saúde. Esses materiais foram classificados de acordo com duas categorias principais: quanto à natureza, se de promoção (campanhas de massa com viés publicitário, no caso, peças da Semana Mundial da Amamentação – Smam) ou de orientação (com viés mais informativo e/ou formativo); e quanto ao público, se voltado a mulheres/população em geral, profissionais de saúde ou empresários (Cf. Apêndice D – Tabela de Materiais Analisados).

Mencionamos, ainda, os principais temas tratados em cada material, bem como se mencionava ou não o desmame. Problematizar a menção ou não do desmame nos materiais foi uma escolha decorreu de uma das premissas iniciais deste trabalho: a de que sua condição nos discursos de promoção e orientação ao aleitamento materno oficiais, bem como a das questões relacionadas à sexualidade da mulher durante o período de amamentação, é quase de “palavra proibida” (FOUCAULT, 2000, p.19) ou “objeto tabu”. Entendemos que sua significação é caracterizada por um processo de exclusão ou interdição observável em grande

---

<sup>15</sup> Tomando como base os trabalhos de Benveniste (1989), Pinto (1994) e Verón (2004), entendemos o sujeito da enunciação como o “polo de origem” do processo de comunicação, sujeito falante, locutor ou o *eu* da enunciação.

parte desses materiais, no qual o desmame é marcado por estratégias de silenciamento (Orlandi, 2007).

Partindo das questões iniciais, que funcionaram como norteadoras da análise – a existência de sentidos privilegiados e outros silenciados nos discursos oficiais de aleitamento materno, apontando questões que precisam ser aprofundadas no que se refere ao processo de amamentação e desmame e seus desdobramentos, especialmente na perspectiva da mulher -, sentimos a necessidade de mobilizar referenciais teóricos específicos, bem como acionar conceitos que nos ajudaram a aventar hipóteses analíticas (mais do que “respostas”). Embora tenhamos adotado a Teoria dos Discursos Sociais/Análise de Discurso como dispositivo teórico, utilizamos, ao longo da análise, apenas parte de seus muitos conceitos. Como Orlandi (1999), compreendemos que cada *corpus* empírico “exige que seu analista, de acordo com a questão que formula, mobilize conceitos que outro analista não mobilizaria, face a suas (outras) questões” (p. 27).

Acreditamos, ainda, que o olhar do analista é social e culturalmente definido e, além disso, moldado por experiências e contextos existenciais que, devido a sua singularidade, produzem análises únicas, irreprodutíveis em sua inteireza (ou incompletude). Por isso mesmo, reconhecemos a contingência da nossa análise, margeada que é pelos limites impostos pela subjetividade (do analista), pela questão que deu origem à pesquisa, ou, em sentido amplo, pelas condições de produção deste trabalho.

## 1.2. O lugar das entrevistas

Ao optarmos por circunscrever a análise dos discursos à esfera da produção *stricto sensu*, consideramos importante, para uma melhor caracterização e entendimento das suas condições sociais de produção, interpelar os produtores, tanto das campanhas quanto dos materiais de orientação. Nesse sentido, submetemos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) responsável pelo exame dos aspectos éticos de pesquisas desenvolvidas no PPGICS que envolvem seres humanos o projeto de realizar entrevistas com informantes considerados fundamentais na elaboração dos materiais de promoção e orientação oficiais relativos ao aleitamento materno<sup>16</sup>. A definição dos profissionais foi feita pela responsável pela

---

<sup>16</sup> Os roteiros das entrevistas semiestruturadas estão disponíveis nos Apêndices A e B desta tese. Embora no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelas entrevistadas (e constante do Apêndice C deste trabalho) houvesse a ressalva que suas identidades poderiam ser reveladas, na divulgação dos dados, em razão de sua função específica no Ministério da Saúde durante o período em que a pesquisa havia sido realizada, optamos por preservar seu anonimato, utilizando, ao longo do texto, somente a menção ao cargo que ocupam.



Comunicação da CGSCAM, que, com base nas informações sobre o projeto em desenvolvimento e seus objetivos, fez a indicação.

Assim, já com o parecer positivo do CEP (Anexo), confirmamos com a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno no Ministério da Saúde (MS), área vinculada à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), e com a coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade da Assessoria de Comunicação do órgão, responsável pela mediação entre as coordenações ou áreas técnicas do MS e as agências de publicidade contratadas pelo órgão para a elaboração das campanhas de saúde, a viabilidade das entrevistas. A primeira possui graduação em nutrição e residência em saúde pública. A segunda é publicitária com pós-graduação em marketing e especialização na área de comunicação e saúde em instituição de pesquisa de legitimidade nacional e internacional.

Após contatos telefônicos e por e-mail e a aceitação das duas profissionais escolhidas para a pesquisa, as entrevistas foram realizadas presencialmente, em agosto de 2014, na sede do MS, em Brasília. No turno da manhã, conversamos com a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, cuja entrevista teve 1 hora e 30 minutos de duração. À tarde, falamos com a coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade da Assessoria de Comunicação por cerca de 50 minutos. Após a realização das entrevistas, elas foram transcritas na íntegra.

Discorrendo sobre histórico, objetivos, “público-alvo”, formatos, fluxo de produção, recepção e/ou repercussão das campanhas e materiais de orientação produzidos pelo Ministério da Saúde no âmbito do aleitamento materno, as entrevistas mostraram-se importantes para a tese em três sentidos: 1) resultaram, como esperado, no fornecimento de dados do contexto de produção *stricto sensu* dos materiais, alguns deles, inclusive, que não havíamos conseguido – e nem conseguiríamos - por meio da consulta a fontes bibliográficas e documentais; 2) os discursos dos próprios sujeitos produtores sobre os discursos produzidos revelou-se rico para a compreensão dos sentidos sobre aleitamento materno, amamentação e desmame (e outros) propostos nesses e por esses materiais; 3) as falas das entrevistadas evidenciaram a tendência de incorporação de elementos distintos – e, por vezes, mesmo contraditórios – nos discursos oficiais, demonstrando a polifonia que é inerente a todo discurso, inclusive ao considerado hegemônico. Em função disso, ao longo do trabalho, alguns trechos das entrevistas foram utilizados como informações oficiais que complementam as informações de fontes bibliográficas e documentais, enquanto outros foram citados para

que pudéssemos contextualizar os materiais, dialogar com eles e a literatura que utilizamos, analisá-los mesmo a partir dos referenciais da AD adotados.

### 1.3. Uma questão de gênero?

Ao longo do desenvolvimento desta tese, observamos que não seria possível abordar os discursos sobre aleitamento materno contemporâneos sem situá-los numa perspectiva de gênero. O termo “gênero” passou a circular, no âmbito acadêmico mundial, desde a década de 1970, como ferramenta conceitual de análise das desigualdades sociais entre homens e mulheres na sociedade (CORRÊA, 2011). Tais usos foram influenciados, de acordo com Corrêa (2011), pela contribuição da antropologia social, que, por meio de diversas antropólogas feministas que fizeram um retorno crítico aos autores clássicos da disciplina, estabeleceu novos parâmetros para analisar as lógicas de sexo e gênero e promoveu revisões à utilização de categorias ocidentais de análise para “pensar a articulação entre gênero e população ou gênero e demografia” (CORRÊA, 2011, p. 341).

A despeito das suas diversas apropriações, quando começou a ser utilizado, por um grupo de estudiosas anglo-saxãs, o termo *gender* pretendia “colocar em xeque a equação (...) na qual se articulava um determinado modo de ser a um sexo anatômico que lhe seria ‘naturalmente’ correspondente” (MEYER, 2004, p.14), defendendo que possíveis diferenças e desigualdades entre homens e mulheres haviam sido social, histórica e culturalmente construídas.

O conceito de gênero que norteia este trabalho é o de categoria analítica decorrente de uma construção social que questiona a naturalização da dualidade sexual como constitutiva da essência fixa e imutável do ser, reconhecendo como as diferenças anatômicas foram essencializadas em contextos históricos e culturais específicos. Assim, como defende Romani (1982), as definições de masculino e feminino, masculinidade e feminilidade partiriam de uma caracterização que é biológica, mas acabariam por consolidar delimitações de papéis sociais, representações e expectativas relativas aos respectivos comportamentos sociais. Tais definições resultam, pois, de uma “retradução cultural do biológico” (p. 65), situando-se, fundamentalmente, no campo simbólico e político.

Refiro-me à polarização de qualidades “passivas” como resignação, paciência, fragilidade, emocionalidade e qualidades “ativas” como agressividade, força, dinamismo, que caracterizariam, em termos de tipologia, o feminino e o masculino. Em nome de uma suposta essência sexual tais conceitos estão, de fato, mergulhados na esfera política, legitimando posições assimétricas na distribuição social do poder entre os

sexos. (ROMANI, 1982, p. 65)

Também Aguiar e Simões-Barbosa (2006) afirmam que o conceito de gênero propõe que, “para além da diferença apenas sexual, as representações de gênero correspondem, na prática, a posições sociais com diferentes significados, para homens e mulheres, nas relações que estabelecem entre si e com o seu meio” (p. 2116). Meyer (2004) destacou que não se trata de negar a materialidade do corpo, mas de redefinir o foco das análises – “do ‘corpo em si’ para os discursos, processos e relações que possibilitam que sua biologia passe a funcionar como causa e explicação de diferenciações e posicionamentos sociais” (p. 16).

Foi, portanto, pautados nesse referencial teórico que consideramos a necessidade de refletir sobre a perpetuação, em nossas sociedades, da cristalização e naturalização de papéis sexuais que se reproduzem por meio de discursos seculares, inclusive da saúde. Como, na perspectiva dessa divisão do mundo pelo gênero, a maternidade ocupa um lugar especial, acreditamos ser essa uma apropriação necessária e mesmo fundamental da temática da amamentação.

Algumas leituras, durante a etapa de revisão bibliográfica, ajudaram-nos a ressignificar o nosso objeto a partir desse olhar dos Estudos de Gênero, processo que se fez necessário a sua desnaturalização. A primeira delas foi a obra crucial da filósofa feminista francesa Elisabeth Badinter, (1985), que ousou classificar o “amor materno” de mito, forjado com a modernidade. Em sua argumentação, a autora defende que o amor materno como valor é uma criação de fins do século XVIII, período em que, observa, ocorre uma espécie de “revolução das mentalidades” (p. 145), com a modificação radical da imagem da mãe e de seu papel na sociedade.

Após 1760, abundam as publicações que recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes “ordenam” amamentá-los. Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho. (BADINTER, 1985, p. 145)

Badinter (2011) também apontou, mais contemporaneamente, o fato de o aleitamento materno se constituir hoje como imperativo, encontrando-se no centro de uma determinada ideologia de maternidade que, nos últimos vinte anos, tem constrangido o papel da mulher na sociedade, gerando culpa e impotência em mães que não podem ou não desejam amamentar. Para a autora, essa verdadeira revolução nos padrões de maternidade e aleitamento se deve, predominantemente, à atuação militante de La Leche League (LLL), associação de mães norte-americanas fundada em Chicago, em meados da década de 1950, e cuja filosofia encontra-se atualmente espalhada pelos quatro cantos do planeta.

O combate ideológico travado pela LLL para reverter a situação dos índices de

aleitamento nos Estados Unidos e, posteriormente, em vários países do mundo estaria apoiado em dois princípios que podem ser depreendidos do seu livro, *The womanly art of breastfeeding*, publicado pela primeira vez em 1958 e que se tornou uma espécie de “bíblia” para as aleitadoras. O primeiro princípio afirma que a ‘boa mãe’ é aquela que coloca, ‘naturalmente’, as necessidades do filho acima de tudo e de si mesma, o segundo postula “que as necessidades do filho são estabelecidas pela ‘natureza’, e que são progressivamente cada vez mais conhecidas” (BADINTER, 2011, p. 88)

Na revisão da literatura nacional, Meyer (2000) destacou-se na reflexão sobre maternidade e amamentação. Ao estudar as representações de mãe que conformavam ou eram produzidas pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), na perspectiva da consolidação do que entende como “uma nova politização do seio e do aleitamento materno” vivida na atualidade, a autora foi em busca das referências que constituíam os discursos do Programa, entendendo que, muitas vezes, eles comportavam, inclusive, interesses conflitantes. Meyer defende que, por um lado, o Pniam retomava alguns dos argumentos utilizados no século XVIII, na Europa, para convencer as mães a amamentarem seus filhos (incorporados e ressignificados pelo higienismo brasileiro em finais do século XIX), como o pressuposto da amamentação como ato natural, biológico e instintivo. Por outro, em seus discursos, o programa empreendia uma ruptura significativa com os saberes que embasavam as prescrições médicas em relação à amamentação que imperavam no país no início e durante boa parte do século XX.

Um dos elementos importantes dessa mudança seria, para a autora, a substituição do modelo de puericultura alemão, para o qual o bebê deveria ser submetido a um regime de aleitamento pré-determinado, com horários certos e duração exata das mamadas, por um regime denominado de “livre demanda”, no qual a mulher deve estar à disposição da criança para amamentá-la quantas vezes e por quanto tempo ela desejar.

Tanto nas permanências quanto nas rupturas observadas nesses discursos, Meyer (2000) observa como se articula, por vezes de forma conflituosa, uma variedade de sentidos, que inclui desde a defesa da amamentação como prática natural e saudável até questões relacionadas aos direitos femininos, à redução da mortalidade e mesmo à economia do país com a redução de gastos com leites industrializados e serviços de saúde para a população. Ao mesmo tempo que retoma alguns elementos da retórica sobre o exercício da maternidade produzida nos séculos XVIII e XIX, o Pniam também “incorpora e ressignifica, enquanto atributos da maternidade e/ou do leite materno, uma vasta gama de problemas que as sociedades globalizadas produzem e/ou não conseguem resolver” (MEYER, 2000, p. 14).

Alguns estudiosos de gênero vêm identificando essa ideologia que se fundamenta na naturalização da função social da mulher por meio do reforço ao mito do amor materno e da biologização da amamentação com um novo modelo de maternidade, chamada de *maternidade total* (WOLF, 2007) ou *maternidade intensificada* (HAYS, 1998). Tal modelo, que, em grande medida se assemelha a um desdobramento do discurso higienista sobre responsabilidade da mãe para com o cuidado dos filhos, sua saúde e pleno desenvolvimento, está relacionado à ideia de um exercício intensivo da maternidade, de uma maternidade que se coloca como total ou totalizante no que diz respeito à subjetividade e à identidade da mulher que opta por ter um filho.

Também conhecida como "novo mamãezismo" (Douglas e Michaels 2004) e "maternidade intensificada" (Hays, 1996), a maternidade total obriga as mães a serem especialistas em tudo o que seus filhos possam encontrar, para se colocar como pediatras, psicólogas, responsáveis por inspecionar a segurança dos bens de consumo, toxicologistas, educadoras e mais (Douglas e Michaels 2004: 6). É esperado das mães não apenas proteger seus filhos de ameaças imediatas, mas também prever e prevenir qualquer circunstância que possa interferir no desenvolvimento supostamente normal (Jackson e Scott, 1999: 89)<sup>17</sup> (WOLF, 2007, p. 615).

Por sua vez, a concepção de criança que vigora em nossos dias é o desenvolvimento daquela que floresceu com o capitalismo, na Europa do século XVIII, quando a fragilidade da situação da infância passa a “ser associada tanto à necessidade de estimular o crescimento populacional quanto à nova divisão social [entre burguesia e proletariado]” (MARQUES, 2000, p. 27). A esse entendimento da criança como centro da família e símbolo do futuro da nação (seja para o trabalho, para o consumo ou como sujeito objetivado sobre o qual será exercido o controle político e social) equivaleria uma visão da maternidade *intensiva* ou *total*, que Wolf (2007) classifica como uma espécie de ‘código moral’ que exorta as mães a aperfeiçoarem todas as dimensões da vida dos filhos, começando na gestação.

A prática desse código moral, segundo a autora, implica, frequentemente, uma negociação entre o que as mães *podem* gostar e o que os bebês e crianças *devem* ter. Um processo sempre desequilibrado, pois, como destaca ela, “enquanto mães têm desejos, como um sentido de autonomia corporal, emocional e psicológica, as crianças têm necessidades”<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Also referred to as “the new momism” (Douglas and Michaels 2004) and “intensive mothering” (Hays 1996), total motherhood obligates mothers to be experts in everything their children might encounter, to become lay pediatricians, psychologists, consumer products – safety inspectors, toxicologists, educators, and more (Douglas and Michaels 2004: 6). Mothers are expected not only to protect their children from immediate threats but also to predict and prevent any circumstance that might interfere with putatively normal development (Jackson and Scott 1999: 89).

<sup>18</sup> When mothers have wants, such as a sense of bodily, emotional, and psychological autonomy, but children have needs.

(WOLF, 2007, p. 616). Sendo assim, a atitude esperada da ‘boa mãe’ é a de reduzir todos os riscos a que os filhos possam estar expostos, independentemente dos custos potenciais de qualquer natureza que esse comportamento venha a ocasionar para a sua própria vida.

Hays (1998) denominou “ideologia da maternidade intensificada” uma “idéia de que a educação das crianças exige enorme quantidade de dinheiro, habilitações especializadas e imensos volumes de energia física, moral, mental e emocional da parte da mãe” (Hays, 1998, P.7). Nessa ideologia, que alcança boa parte do mundo ocidental, a amamentação parece ser uma questão-chave a ser problematizada, seja com relação à definição de períodos e padrões ideais de aleitamento, às implicações recíprocas entre amamentação e trabalho/emancipação feminina ou aos discursos oficiais recentes acerca do tema. Parece-nos possível apontar a presença desse modelo de maternidade intensificada ou maternidade total em grande parte dos discursos internacionais em defesa do aleitamento materno. Na Europa, Estados Unidos e Canadá, a discussão teórica sobre os dilemas contemporâneos relacionados à alimentação infantil vem demonstrando fôlego crescente, culminando no acalorado debate *breast X bottle feeding*.

Em revisão de literatura recente de trabalhos do campo dos Estudos de Gênero sobre aleitamento materno, Kalil e Costa (2013) constataram a existência de diferentes olhares feministas sobre o tema. As autoras identificaram, por exemplo, uma corrente de pensadoras que tem buscado aproximar o discurso pró-amamentação de uma perspectiva de gênero, reposicionando a amamentação como constituinte dos direitos reprodutivos das mulheres, como defendido por Labbok, Smith e Taylor em trabalho de 2008.

Essa perspectiva da amamentação como um direito da mulher e um processo de empoderamento sobre seu próprio corpo é novamente apontada por Smith (2008) ao entrevistar mulheres participantes de eventos em prol do aleitamento materno, da valorização da maternidade e dos direitos reprodutivos da mulher. A autora destaca que a alimentação infantil ocorre em um contexto de desigualdades de gênero, que inclui falta de suporte familiar, trabalhista e comunitário para a amamentação; sexualização dos seios femininos e, por outro lado, estigmatização do seio maternal, que limita as possibilidades de a mulher amamentar em público; além da falta de informação para a mulher sobre os benefícios do aleitamento materno, entre outros obstáculos. (KALIL; COSTA, 2013, p. 13)

Tal abordagem pode ser identificada com a “segunda onda” feminista, caracterizada por Badinter (2011) como uma espécie de *naturalismo* ou *maternidade ecológica*, iniciada, na Europa e América do Norte, na virada da década de 1970 para 1980, contrapondo-se à bandeira mais culturalista das primeiras correntes do feminismo, que apostavam na igualdade entre os sexos por meio do destaque às semelhanças entre homens e mulheres. Por considerar “a maternidade a experiência crucial da feminilidade a partir da qual se pode construir um

mundo mais humano e mais justo” (BADINTER, 2011, p. 71), esse movimento traduz um processo de valorização das diferenças biológicas entre os sexos por meio do reconhecimento do caráter natural da maternidade e da amamentação e de sua apropriação como a realização de um desejo e uma forma de afirmação da feminilidade.

Por outro lado, grande parte dos estudiosos de gênero que se debruça sobre o tema da maternidade contemporânea, e, em especial, da amamentação defende uma postura mais crítica em relação aos discursos recentes pró-aleitamento materno. Kukla (2006), por exemplo, entende que o Estado e a sociedade têm colocado, na mulher e na gestão de seu corpo, a responsabilidade pela saúde dos filhos, da família e da própria nação, tornando-a “uma importante camada do sistema de saúde”<sup>19</sup> (p. 157).

Entendemos que, também nas políticas atuais dirigidas especificamente ao aleitamento materno, os discursos continuam, em grande medida, a atrelar a maternagem ou cuidado com o bebê à amamentação, reforçando, conseqüentemente, a ideia da mãe como responsável insubstituível por essa esfera da vida familiar e social. Nesse caso, é a perspectiva dos Estudos de Gênero que salienta o que há de socialmente construído nessas “leis naturais”, permitindo-nos problematizar o imaginário comumente aceito de uma divisão sexual dos papéis sociais.

Embora, em nosso país, a literatura de gênero não dedique tantas páginas à questão do aleitamento materno, é possível notar, em alguns casos, sua abordagem como elemento crucial na reflexão sobre os modelos de maternidade contemporâneos (Scavone, 2004, 2001; Sandre-Pereira, 2003), dando destaque ao seu lugar na discussão atual sobre gênero no país e no mundo. Meyer (2004, 2003, 2000), citada anteriormente, é uma autora que tem, constantemente, trazido a questão das “pedagogias de maternidade” engendradas pelos discursos do aleitamento materno e sua influência na produção de identidades de gênero. Em seu trabalho, ela destaca a importância de problematizar as redes de disciplinamento e controle social que são produzidas e colocadas em circulação por esses discursos contemporâneos pró-amamentação, instigando-nos a perguntar:

Em que medida as mães de carne e osso podem, ou querem, reconhecer-se nessas representações? A que custo? Quem está incluída e quem está excluída delas? Que outros interesses estão em jogo quando se produzem definições de maternidade que transformam o aleitamento em um imperativo irrefutável e inquestionável? (MEYER, 2000, p. 15)

Certamente, é nosso desejo contribuir com elementos para enriquecer esse debate, compreendendo que a configuração das políticas – em nível nacional e internacional – que

---

<sup>19</sup> *An importante layer of the health-care system.*

tematizam o aleitamento materno precisa ser analisada, entre outros aspectos, sob a ótica das questões de gênero e suas implicações na contemporaneidade.

#### **1.4. Teoria dos Discursos Sociais e “a palavra como arena”**

Consideramos necessário apresentar, em termos gerais, a perspectiva trazida pela Teoria dos Discursos Sociais (VERÓN, 2004), referencial que orienta a olhar o discurso como produto de suas condições sociais de produção e como espaço de lutas pelo poder. Esse referencial é, ao lado da perspectiva dos Estudos de Gênero, elemento crucial na constituição da “moldura teórica do olhar” com a qual nos munimos para seguir adiante nesta empreitada. Acreditamos, como Foucault (1985), que a teoria não expressa, traduz ou se aplica a uma prática, mas *é* uma prática, que, admitindo seu caráter local, regional e não totalizador, “luta contra o poder, luta para fazê-lo aparecer e feri-lo onde ele é mais invisível e insidioso” (p. 71). E os discursos naturalizados sobre aleitamento materno/amamentação carregam, em nosso ver, uma boa dose de poder; um poder que ainda precisa ser melhor desvelado, explorado e desconstruído, lançando mão de uma ou de várias teorias para isto.

Existiriam, certamente, outros modos ou molduras teóricas possíveis para abordar o objeto. Em nosso caso, desde o início o interesse principal recaía sobre os discursos oficiais sobre aleitamento materno no Brasil e como eles produziam – ou buscavam produzir – sentidos sobre a amamentação e o desmame por meio dos materiais de promoção e orientação. Em razão disso e inspirados pelas considerações de Foucault (2000) acerca das interdições sofridas pelo discurso e “sua ligação com o desejo e com o poder” (p.10), optamos por desenvolver a análise proposta com base na Teoria dos Discursos Sociais (VERÓN, 2004), a qual identificamos, por aproximação, à Semiologia dos Discursos Sociais (PINTO, 1994, 1999; ARAÚJO, 2000).

Tal perspectiva teórica e metodológica tem, entre suas pedras fundamentais, contribuições de Michel Foucault, Pierre Bourdieu e Mikhail Bakhtin, autores que “trouxeram a problemática linguística e semiótica para o centro de suas teorias” (PINTO, 1999, p. 25). Esses pensadores ressaltavam a chamada “opacidade ideológica” dos discursos (aparente neutralidade, transparência e imanência dos textos, como se fossem independentes dos contextos), qualidade esta que a Análise de Discurso (AD) procura colocar em primeiro plano, expondo as relações de poder que estão na base da formação dos discursos e que, por sua vez, são por eles reiteradas, modificadas ou, até mesmo, subvertidas.



Mikhail Bakhtin foi um filósofo da linguagem russo de orientação marxista que, ainda nas primeiras décadas do século XX, ocupou-se da linguagem numa perspectiva inovadora, tornando-se uma espécie de fundador da corrente teórica que afirma o conteúdo ideológico da língua, ou seja, a ligação da língua com as estruturas da sociedade. Para o autor, fazia-se necessário pensar sobre a relação de reciprocidade entre a infraestrutura e as superestruturas, entendendo que a realidade material (no caso, a infraestrutura) determina o signo, mas que o signo reflete uma realidade em processo de transformação. Ele defendia que a palavra, além de ser uma arena onde se encontram em disputa os diferentes interesses, valores e classes sociais, funcionaria como uma espécie de termômetro da dinâmica social, indicando as transformações que ainda não tomaram forma definitiva.

A palavra constitui o meio no qual se produzem lentas acumulações quantitativas de mudanças que ainda não tiveram tempo de adquirir uma nova qualidade ideológica, que ainda não tiveram tempo de engendrar uma forma ideológica nova e acabada. A palavra é capaz de registrar as fases transitórias mais íntimas, mais efêmeras das mudanças sociais. (BAKHTIN, 2006, p. 42)

O autor desenvolveu sua análise da língua ao redor de alguns conceitos importantes, dois deles bastante revisitados pelos teóricos do discurso contemporâneos. Polifonia e dialogismo apresentam, respectivamente, a visão de que por um discurso falam sempre múltiplas vozes e de que o texto (visto como discurso) sempre se constrói por um debate com outros textos. Esses conceitos, certamente, ajudaram-nos a olhar nosso objeto – os discursos contemporâneos sobre aleitamento materno – em sua múltipla ancoragem, por vezes contraditória, em variados discursos sobre a criança, a mulher, a família, a sociedade e a saúde.

Pierre Bourdieu, sociólogo francês de grande influência em diferentes áreas, desde a educação até as demais ciências humanas e sociais, trouxe para o debate a importante questão do “poder simbólico” e da “função ideológica do discurso” (conceituados anteriormente neste mesmo capítulo). Sobre as produções simbólicas como instrumentos potenciais de dominação, o autor afirmou que as várias classes sociais se encontram envolvidas em uma ‘luta simbólica’ no intuito de impor uma definição de mundo conforme seus próprios interesses, destacando que as batalhas podem ser travadas diretamente, “nos conflitos simbólicos da vida quotidiana” ou mediadas pelos “especialistas da produção simbólica” (BOURDIEU, 2010, p. 11). Segundo Bourdieu, o que estaria em jogo seria o que Weber nomeou de ‘monopólio da violência simbólica legítima’, ou seja, “o poder de impor – e mesmo de inculcar – instrumentos de conhecimento e de expressão (taxinomias) arbitrários – embora ignorados como tais – da realidade social” (p. 11-12).

Com base no pensamento de Bourdieu, podemos inferir que o discurso hegemônico sobre aleitamento materno, dotado de maior poder simbólico em relação aos demais, trata a prática da amamentação predominantemente sob a ótica da saúde da criança amamentada. A perspectiva das mulheres-mães, seus contextos, dificuldades e necessidades não compõem o rol de questões que embasam, de um modo geral, a construção dos discursos oficiais. A situação familiar da mulher, por exemplo, que inclui elementos como a existência de filhos mais velhos, a ajuda ou não de um companheiro, o tipo de união, a importância do rendimento da mulher na manutenção das despesas domésticas, não costuma ser adequadamente levada em consideração, bem como sua subjetividade e seus desejos relativos à experiência da amamentação. É com a força simbólica desses discursos que vêm prevalecendo, especialmente para muitas mulheres, determinados sentidos – e não outros – sobre o processo de amamentação.

Michel Foucault é, por sua vez, o autor que serve de inspiração primeira a este trabalho e está textualmente presente nele. O reconhecido filósofo francês, além de nos alertar para a relação dialética entre discurso e estruturas sociais (sendo o discurso instituído por elas ao mesmo tempo em que as institui), também observa como o discurso implica/está implicado em procedimentos de exclusão que definem *o que pode ser dito, em que situações e quem está autorizado a fazê-lo*. O autor enfatiza que, “por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder” (FOUCAULT, 2000, p.10).

Para uma Análise de Discurso (AD) que tem como inspiração as reflexões de tais autores, cabe ao semiólogo/analista de discursos problematizar por que, dentro do universo de todos os textos passíveis de citação, consciente ou inconscientemente, só alguns deles são citados/acessados recorrentemente no texto analisado (PINTO, 1999). Por que *isto* foi dito em detrimento de *outras coisas* não ditas? Que outras coisas foram deixadas de fora do discurso nesse processo contínuo de seleção e exclusão que orienta a prática discursiva e por quê? Que sentidos são provocados/privilegiados nesses discursos e que outros são excluídos – ao menos do contexto específico da produção?

Tais questionamentos nos parecem essenciais para guiar a análise dos discursos em prol do aleitamento materno atuais, entendendo que, nesses, as omissões ou restrições de sentidos não são meramente casuais ou apenas fruto da dificuldade de traduzir, para a linguagem leiga ou popular, as representações do processo de amamentação que vão além do seu aspecto biológico e da saúde física e emocional do bebê, alcançando a esfera das subjetividades da mãe e do bebê envolvidos no processo. Afinal, a escolha de determinados

sentidos acerca de um tema – em detrimento de outros possíveis – faz parte de um “processo institucional de decisão seletivo [ainda que inconsciente], definidor de um *a priori* que acaba por revestir a informação de norma, e daí em discurso de massa” (PITTA, 1993).

A corrente da AD a qual nos filiamos agrega um grupo de autores formado por Verón, Orlandi, Pinto e Araújo, teóricos contemporâneos que, tendo como base conceitos e pressupostos cunhados por Foucault, Bourdieu e Bakhtin e criando novos, prosseguem no caminho de analisar discursos por meio da interpretação de “pistas ou marcas deixadas pelos processos sociais de produção de sentidos” (PINTO, 1999, p. 22) em sua superfície. Mais do que responder à questão “o que dizem os materiais de promoção e orientação ao aleitamento materno”, tais instrumentos teórico-metodológicos nos auxiliam a compreender *como e por que* dizem (PINTO, 1999), enfocando a relação entre os sentidos produzidos nos discursos e os regimes de verdade em voga sobre o tema, como apontou Foucault (2000). Desses autores tomamos de empréstimo “conceitos operativos”, ou seja, conceitos que são úteis na análise propriamente dita desses discursos.

Para compreender as relações desses discursos com a(s) ideologia(s) e o poder, o conceito de “condições sociais de produção” ou, simplesmente, “condições de produção” mostra-se crucial. As condições de produção, como entendidas pela Teoria dos Discursos Sociais, compreendem não somente as condições no âmbito da produção dos discursos *stricto sensu*, mas todo o processo de produção de sentidos, abarcando produção, circulação e consumo (ou apropriação, como preferimos nomear, uma vez que o consumo ou recepção é um processo ativo de produção de sentidos por um receptor-interlocutor).

Segundo Orlandi (1999), ainda no âmbito da produção *stricto sensu*,

Podemos considerar as condições de produção em sentido estrito e temos as circunstâncias da enunciação: é o contexto imediato. E se as considerarmos em sentido amplo, as condições de produção incluem o contexto sócio-histórico, ideológico. [...] O contexto amplo é o que traz para a consideração dos efeitos de sentidos elementos que derivam da forma de nossa sociedade, com suas Instituições [...]. E, finalmente, entra a história, a produção de acontecimentos que significam. (p. 30-31)

As condições de produção são também chamadas de “contextos” que envolvem e estão envolvidos na produção de sentidos por um texto que, seja escrito, imagem estática ou audiovisual, é interpretado e nomeado aqui de ‘discurso’. Para Pinto (1996), o pertinente para a caracterização do texto como discurso são, precisamente, “as marcas que o ligam à situação em que foi produzido, que se encontram não em uma estrutura abstrata que se construa a partir dele, mas sim na materialidade mesma de sua superfície” (p. 163). Ou seja: todo texto é,

potencialmente, um discurso, desde que manuseado/abordado como tal, ou seja, analisado em relação aos seus contextos ou suas condições sociais de produção.

Araújo (2006) destaca quatro contextos que considera “fundamentais na prática comunicativa, definindo e delimitando o âmbito de significação de cada ato de comunicação” (p. 3): textual, intertextual, existencial e situacional. O *contexto textual* ou *cotexto* representaria a forma como o texto se relaciona – espacial ou temporalmente – com outros. É uma relação de ordem física, uma vez que “um texto se ‘contamina’ pela contiguidade de outro, veiculado no mesmo espaço físico ou temporal” (ARAÚJO, 2006, p. 4). Diz respeito ao próprio contexto da enunciação, referindo-se ao fato de que os elementos de textos contíguos, seus enunciados, conversam entre si produzindo sentidos, complementam-se, podendo por vezes reiterar-se um ao outro e, por outras, contradizer-se.

O *contexto intertextual* se refere à produção de sentidos de um texto a partir da remissão que ele promove – consciente ou não por parte do “autor” – a outros textos, ou seja, “associações da ordem da memória discursiva” (ARAÚJO, 2006, p. 4). A intertextualidade é um conceito caro à corrente de AD adotada, estando relacionado aos conceitos de heterogeneidade enunciativa, dialogismo e polifonia. A heterogeneidade enunciativa, segundo Pinto (1999), manifesta-se no texto em dois planos distintos. Como *heterogeneidade mostrada* (ou *constituente*), ela se caracteriza por manifestação que pode ser localizada no texto tanto pelos receptores quanto pelo analista de discursos, com base no contexto situacional imediato, “de uma multiplicidade de outros textos citados de maneira unívoca ou aludidos pelo texto presente” (p. 27). Já como *heterogeneidade constitutiva*, *interdiscurso* ou *plural do texto*, a heterogeneidade enunciativa se dá mediante o entrelaçamento, no texto, de marcas e vestígios de outros textos que lhe são anteriores, “muitas vezes independentemente de traços recuperáveis de citação ou alusão e segundo restrições sócio-histórico-culturais sobre as quais o(s) autor(es) empírico(s) do texto não tem controle” (PINTO, 1999, p. 27).

Orlandi (1999), por exemplo, fala da memória pensada em relação ao discurso como *memória discursiva* ou *interdiscurso*: “aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente. [...] O saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível” (p. 31). Na constituição dos sentidos de um discurso, atuam, além dos próprios sujeitos físicos que, naquele momento, participaram da construção dos enunciados ali presentes, os sujeitos que pensam e embasam a construção de tais enunciados (os regimes de verdade que estão na raiz desses discursos) e ainda os outros sujeitos/vozes que estão presentes nos discursos ainda que não se tenha consciência e/ou controle sobre eles, acionados por meio da memória discursiva.

A autora propõe, no entanto, uma diferenciação entre o *intertexto* e o *interdiscurso*:

Se tanto o interdiscurso como o intertexto mobilizam o que chamamos relações de sentido [...], no entanto o interdiscurso é da ordem do saber discursivo, memória afetada pelo esquecimento, ao longo do dizer, enquanto o intertexto restringe-se à relação de um texto com outros textos. Nessa relação, a intertextual, o esquecimento não é estruturante, como o é para o interdiscurso. (ORLANDI, 1999, p. 34)

Neste trabalho, optamos por não distinguir, caso a caso, os intertextos e interdiscursos, entendendo, com base no referencial teórico adotado, que um texto é sempre – potencialmente – um discurso, seja ele mais claramente acionado como texto (no caso da citação consciente por parte do locutor), seja quando se trata de uma remissão involuntária, da ordem da memória discursiva (e do esquecimento), como sugeriu Orlandi (1999).

O conceito de *polifonia*, herdado de Bakhtin, tem importância crucial no desenvolvimento do conceito de heterogeneidade enunciativa. Segundo Araújo (2000), Bakhtin nomeou de polifonia a característica discursiva que se refere ao discurso ser composto por várias vozes, “cujos consciência e controle escapam em parte ao locutor e que se manifestam em cada ato enunciativo” (p. 124). Algumas dessas vozes são elencadas conscientemente pelo locutor, e podem mesmo estar explicitamente referenciadas no discurso, mas outras são acionadas por ele inconscientemente, e isto acontece alheio a sua vontade e mesmo contra ela.

Tal conceito, por sua vez, está intimamente ligado ao de *dialogismo*, também cunhado por Bakhtin, que se refere à relação indissociável do Eu com o Outro na construção do discurso e da própria subjetividade. “O dialogismo é a rede interativa que articula as vozes de um discurso, é o jogo das diferenças e das relações: entre sujeitos do mesmo texto, entre enunciados, entre textos, entre texto e contexto e assim por diante” (ARAÚJO, 2000, p. 125-126). Ou seja: em um discurso falam múltiplas vozes e essas vozes se articulam umas com as outras, em relações que podem ser de concordância, complementaridade, oposição. O discurso e o sujeito do discurso se constituem sempre “em relação”, ou, nas palavras de Araújo (2000), “é por meio do dialogismo que os sujeitos se constituem, isto é, constituem-se no discurso” (p. 126).

O contexto intertextual se relaciona, também, ao processo nomeado de “semiose infinita”, definida como uma “rede infinita de remissivas de representações na mente dos indivíduos: cada significante remete para outro(s) significante(s), não se chegando a um sentido estável, a não ser muito provisoriamente” (ARAÚJO, 2000, p. 130). Esse processo se dá, prioritariamente, pela intertextualidade presente em qualquer texto, que é o fato de ele remeter sempre a outros “textos”, que remetem a outros textos, indefinidamente; e pela

presença, na própria constituição de qualquer texto, de vestígios de outros tantos textos preexistentes.

A intertextualidade não é exclusiva dos textos escritos e/ou verbais. Uma imagem, por exemplo, mesmo isolada de qualquer outro sistema semiótico, é considerada como discurso, sendo encontrados nela os mesmos elementos - intertextualidade, enunciadores e dialogismo – que apresentam os textos verbais. Pinto (1999) destaca, ainda, que as modalidades de criação que têm sua base na imagem, desde a pintura e a escultura até o cinema e a mídia, em charges e peças publicitárias, “fazem um uso extensivo da citação e da paródia nas imagens” (p. 34).

Também Joly (1996) nos lembra que Roland Barthes, no artigo *Retórica da Imagem*, de 1964, já apontava a necessidade de conceitualizar e formalizar a ‘leitura simbólica da imagem’, que seria uma espécie de segundo nível de leitura da imagem, em seu aspecto ‘conotativo’ (“significação segunda a partir de uma significação primeira, de um signo pleno”, p. 82), para além do seus sentidos ‘denotativos’ ou literais.

Para ele, esse processo de conotação é constitutivo de qualquer imagem, mesmo das mais “naturalizantes”, como a fotografia, por exemplo, pois não existe imagem “adâmica”. Que o motor dessa leitura segunda, ou interpretação, seja a ideologia, para uma sociedade e história determinadas, em nada invalida o fato de, para Barthes, uma imagem pretender sempre dizer algo diferente do que representa no primeiro grau, isto é, no nível da denotação. (JOLY, 1996, p. 83)<sup>20</sup>

O *contexto existencial* é aquele que diz respeito aos referenciais do receptor, sua história de vida, sua relação com aquele tema específico e outros afins, como esse receptor se situa no espaço e no tempo, a que grupos sociais pertence, suas identidades sociais. Araújo (2006) destaca que ele “é a primeira instância que aciona a rede intertextual e pode ser entendido como ‘cultura’” (p. 4). Apesar de poder ser visto como uma particularidade ou idiosincrasia pertinente a cada indivíduo (o que acaba por dificultar a previsão de sentidos que um determinado discurso irá produzir), a autora destaca que se trata de um contexto passível de ser aplicado a grupos sociais determinados, entendendo que “nenhum indivíduo vive isolado e que os sentidos individuais são socialmente constituídos” (ARAÚJO, 2006, p. 5).

Por fim, o *contexto situacional* está relacionado à situação específica de interlocução, à relação do receptor com o emissor, ao papel que ambos ocupam na hierarquia social e, sobretudo, um em relação ao outro naquele contexto de comunicação. Nas palavras de Araújo

---

<sup>20</sup> Sem entrar na discussão sobre a questão da denotação/conotação proposta por Barthes e criticada por autores que refletiram posteriormente sobre o discurso, entendemos que, ao falar em denotação, o autor se referia a um nível mais “literal” de leitura da imagem, como uma descrição textual, enquanto que a conotação sugere uma leitura mais “analítica” da mesma, que remeteria a seus condicionantes históricos e ideológicos.

(2006), refere-se ao “lugar social do qual eles [os interlocutores] desenvolvem suas relações comunicativas” (p. 7), sendo um contexto que varia de acordo com as mudanças na relação comunicacional e no lugar que cada um dos participantes ocupa *em relação* a seu interlocutor.

#### **1.4.1. A produção social dos sentidos e um novo receptor**

O olhar da Teoria dos Discursos Sociais sobre a produção dos sentidos no/pelo discurso modifica, de forma radical, o entendimento acerca do “receptor”, concebido como interlocutor no processo de comunicação. Nessa perspectiva, que considera que, independentemente da vontade e do controle do emissor, a produção de sentidos propriamente dita somente ocorre na recepção/apropriação do discurso pelo sujeito-receptor, que o ressignifica com base em seus contextos – seu lugar no mundo, história pessoal, relações com os demais interlocutores, e relações do discurso com elementos desse mesmo discurso e de outros discursos, associados a este a partir da memória discursiva. Tal modo de enxergar o receptor se contrapõe ao tradicionalmente praticado e aceito no âmbito da educação, informação, comunicação e saúde.

Para Castiel e Vasconcellos-Silva (2006), o campo da educação e saúde tem sido, em geral, espaço privilegiado “para a formação de sujeitos racionais e autônomos” (p. 98) por meio da atuação de profissionais especializados na mudança de comportamentos “à espera de *health outcomes* (resultados) mais promissores que confirmem o sucesso de suas intervenções” (p. 98). No âmbito da comunicação e saúde, não tem sido diferente. Araújo (2004) argumenta que o modelo adotado hegemonicamente no âmbito das políticas públicas, especialmente na saúde coletiva, foi o da Comunicação e Desenvolvimento, introduzido no Brasil na década de 1950. Tal modelo, segundo a autora, “concebe a comunicação como moldagem de atitudes e comportamentos, que se efetivaria por meio de informação suficiente e adequada” (ARAÚJO, 2004, p. 166).

Nesse modelo, herdeiro de uma concepção funcionalista da comunicação, o *receptor*, como a própria terminologia indica, está associado à passividade com relação ao emissor da mensagem. Segundo afirmou Sousa (1995), é “como se houvesse uma relação direta, linear, unívoca e necessária de um pólo, o emissor, sobre outro, o receptor” (p. 14). Tal relação encontra-se calcada na ideia de um emissor que é genérico, ligado a uma rede de veículos de comunicação (a comunicação de massa), e um receptor que é específico, individual, cuja imagem está relacionada à debilidade e à decodificação e consumo frequente de supérfluos.

De acordo com esse modelo, o enfoque analítico recairia sobre o código, a mensagem e a sua legibilidade por ambos os polos da comunicação. O campo e espaço da recepção é tratado como uma “caixa-vazia”, supondo-se “que as interações entre as partes – emissor-receptor – sejam automaticamente ajustadas e, ao mesmo tempo, assépticas” (FAUSTO NETO, 1995, p. 190). A comunicação seria, nesse entendimento, uma consequência mecânica – ou uma relação de causa e efeito – das ações e discursos de A sobre B.

É a esse modelo, caracterizado por Araújo (2004) como “bipolar, linear, unidirecional e vertical” (p. 166), que uma comunicação dialógica se contrapõe, entendendo que uma concepção mais ampla de comunicação é necessária para apreender a complexidade da dinâmica social. Numa perspectiva latino-americana dos Estudos de Recepção, surgida nos anos 1980 e influenciada por teorias advindas dos estudos culturais, um grupo de autores analisa as condições sociais de produção do discurso em um ciclo completo, que não consiste apenas na produção *stricto sensu*, mas inclui todo o processo de circulação desses discursos e sua apropriação pelos “destinatários”. Esses pesquisadores dedicam especial atenção à etapa de ‘fechamento’, ainda que transitório, da comunicação – a recepção -, entendendo o receptor não mais como receptáculo passivo dos conteúdos, mas como sujeito/interlocutor no processo de comunicação e de produção de sentidos, deslocando o enfoque dos meios para as mediações.

A teoria das mediações pensa a recepção como um processo que extrapola a relação emissor meio mensagem receptor, constituindo-se num processo que engloba a vida cotidiana, as instituições, o contexto social enfim, numa perspectiva histórica e cultural. Sendo múltiplas, possibilitam formas múltiplas de apropriação das mensagens e produzem múltiplos sentidos e é isto que se busca descobrir: que sentidos são produzidos e quais seus mecanismos de produção recorrendo-se à antropologia, semiologia, etnografia e outros domínios conexos. (ARAÚJO; JORDÃO, 1995, p. 176)

Para Martín-Barbero (1995), grande inspiração desse novo modelo, “a recepção não é somente uma etapa no interior do processo de comunicação, um momento separável, em termos de disciplina, de metodologia, mas uma espécie de um outro lugar, o de rever e repensar o processo inteiro da comunicação” (p. 40). Sobre essa vertente mais contextualista, Escosteguy (2002) destacou que “os estudos de recepção, a partir do final dos anos 80, descobriram e celebraram um sujeito-receptor que ressignificava as mensagens mediáticas, identificando suas negociações e resistências à lógica dos meios” (p. 3).

Nesse sentido, Verón (2004) propõe uma separação – de ordem metodológica – para o estudo dos âmbitos da produção e da recepção dos discursos. Para o autor, na dimensão da produção o analista se debruça sobre o “ideológico”, que é, segundo ele, “o nome do sistema de relações entre um discurso e suas condições (sociais) de produção” (p. 56, grifos no



original). O ideológico, frisa Verón (2004), não implica a questão do verdadeiro e do falso ou as noções de falsa consciência ou deformação de um suposto “real”, mas se atém à ligação de todo e qualquer discurso com as suas condições de produção, que deixam nele suas marcas.

Por outro lado, por meio da análise dos discursos na dimensão da recepção/apropriação, o analista pode apreender as relações entre o discurso e suas condições sociais de reconhecimento, e, portanto, sua relação com o “poder”, conceito que, para Verón (2004), está relacionado aos “efeitos de sentido” dos discursos: “assim como o ideológico, a noção de ‘poder’ designa, como se vê, uma dimensão de todo discurso, de toda produção de sentido que circula em uma sociedade” (p. 59).

Com base nesses pressupostos, Kelly-Santos e Rozemberg (2006) consideram que “a análise de materiais educativos por seus destinatários significa um lugar privilegiado de negociação de sentidos, sobretudo, representa um espaço de apreensão dos modos de viver de diferentes grupos sociais (p. 984)”. Para esses autores, tais materiais integram um processo de aprendizagem. Se usados de forma participativa e que promova a interação, mostram-se capazes de facilitar a produção de conhecimento por seus usuários/leitores/receptores.

Ainda que não esteja entre os objetivos deste trabalho empreender um estudo de recepção dos materiais de promoção e orientação analisados – uma vez que ele está restrito ao âmbito específico da produção propriamente dita nos discursos, voltando-se à análise de sua relação com o *ideológico* -, o questionamento do processo de recepção e do receptor nos termos defendidos por tais autores é crucial para a análise dos materiais selecionados. Temos em mente que os “receptores” dos discursos são, na prática (e mesmo à revelia dos “produtores”), coprodutores de sentidos, e que, portanto, os sentidos sobre qualquer texto são produzidos na mediação entre esses polos da comunicação e envolvem, invariavelmente, dois aspectos: o ideológico e o poder.

No entanto, embora reconheçamos que a produção de sentidos no processo comunicacional se dá, efetivamente, na apropriação desses materiais por seus interlocutores, entendemos que tal produção não se dá de forma totalmente aberta, mas está condicionada a determinados fatores, inclusive, inerentes às fontes e formas de produção *stricto sensu* desses discursos. Defendemos também que, ainda que a realização de estudos de recepção sobre os materiais oficiais seja de extrema importância para o conhecimento da produção dos sentidos por seus interlocutores, eles não podem prescindir, antes, de estudos que, como este, tratem de elucidar as condições de produção *stricto sensu* desses discursos, produzindo uma melhor compreensão dos sentidos por eles/neles propostos.

**PARTE II – DAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS SOBRE  
AMAMENTAÇÃO**

## CAPÍTULO 2 – HISTORICIZANDO O “NATURAL”: OS DIFERENTES CONTEXTOS DA AMAMENTAÇÃO E DO ALEITAMENTO MATERNO

Em nossos dias, o aleitamento materno está, como defende Badinter (2011), no cerne de uma determinada filosofia de maternidade “que condiciona a situação da mulher e seu papel na sociedade” (p. 86). Observa-se, na maioria dos discursos brasileiros e internacionais proferidos por governos e organizações que atuam em prol da causa, que a amamentação<sup>21</sup> vem sendo apresentada como uma prática “naturalizada”, no sentido de um comportamento que é apresentado como absoluto ou a-histórico, ao qual se confere estatuto de ‘verdade’.

No entanto, a despeito de ser um imperativo que se faz cada vez mais forte no mundo ocidental a todas as mulheres que se aventuram na experiência da maternidade, tratado como comportamento “instintivo” ou “natural” (BADINTER, 2011), a prática do aleitamento materno não foi unânime em outros momentos históricos e em distintas situações socioculturais, bem como não é vivenciado nos mesmos termos em diferentes classes dentro de uma única sociedade complexa.

Nossa proposta, neste capítulo, é passear por algumas das importantes oscilações que as práticas e discursos sobre amamentação/aleitamento materno atravessaram nos últimos séculos até chegarem a sua configuração atual, entendendo que o conhecimento de tais “passagens” possibilita-nos um entendimento mais claro de alguns dos intertextos e interdiscursos acionados nos discursos contemporâneos acerca dessa temática<sup>22</sup>.

Badinter (1985) aponta que, antes da metade do século XVIII, nem mesmo o amor era um elemento prestigiado na Europa, não se constituindo, portanto, como valor familiar e social. Também a criança não ocupava, na família, a posição de centralidade que ocupa hoje. Segundo Ariès (1981), por exemplo, a atitude de enviar os filhos para a casa de outras famílias, recebendo crianças estranhas dentro da sua própria casa, era um hábito comum ao Ocidente no período medieval. Tal prática tinha, como objetivo explícito, que as crianças tivessem o aprendizado necessário à vida. Em geral, as crianças deveriam aprender boas maneiras e cuidar do serviço doméstico, atendendo “bem e devidamente” o mestre que as recebia.

---

<sup>21</sup> Neste primeiro momento do trabalho, utilizaremos os termos “amamentação” e “aleitamento materno” como sinônimos. As possíveis diferenças de sentido entre eles somente serão abordadas no decorrer da tese, com uma problematização das implicações de seus possíveis usos em contextos específicos.

<sup>22</sup> Para facilitar a compreensão dessa trajetória, elaboramos uma linha do tempo, que não tem qualquer pretensão de rigor historiográfico, mas objetiva apenas uma visualização mais clara, por parte do/a leitor/a, de momentos históricos importantes no que se refere às mudanças nos discursos e práticas da amamentação/aleitamento materno. (Cf. Apêndice E)

As pessoas não conservavam as próprias crianças em casa: enviavam-nas a outras famílias, com ou sem contrato, para que com elas morassem e começassem suas vidas, ou, nesse novo ambiente, aprendessem as maneiras de um cavaleiro ou um ofício, ou mesmo para que frequentassem uma escola e aprendessem as letras latinas. Essa aprendizagem era um hábito difundido em todas as condições sociais. (ARIÈS, 1981, p. 228-229)

O mesmo autor afirma que a transmissão do conhecimento era garantida, em geral, “pela participação familiar das crianças na vida dos adultos” (ARIÈS, 1981, p.230). Essa mistura ou falta de separação entre o mundo adulto e um “infantil” tinha como base a concepção da criança como um “aprendiz de adulto”, um adulto ainda incompleto, em formação, não havendo um lugar específico, na família, para a ideia de “infância” como concebida em nossos dias.

Por outro lado, Ariès (1981) defende que, em razão da separação precoce de pais e filhos, não era possível alimentar um sentimento existencial profundo entre eles. O que não significava, entretanto, que os pais não amassem seus filhos, mas que sua dedicação às crianças era “menos por elas mesmas, pelo apego que lhes tinham, do que pela contribuição que essas crianças podiam trazer à obra comum, ao estabelecimento da família” (p. 231), que era mais uma realidade moral e social do que sentimental.

Badinter (1985) acredita que não se trata, precisamente, de negar, àquela época, a existência do amor dos pais pelos filhos. Mas considera necessário “admitir que esse sentimento não tinha a posição nem a importância que hoje lhe são conferidas” (BADINTER, 1985, p. 49). Como afirmou Marques (2000), a criança pequena era vista como “uma espécie de fração d’alma envolta por um corpo frágil” (p. 23), sendo sua vida física e espiritual bastante desvalorizada.

Talvez em razão disso, o infanticídio, embora considerado prática criminosa, persistiria na Europa até o final do século XVII devido a uma velada tolerância social. Ao lado disso, assistia-se a altos índices de mortalidade infantil em função das próprias condições de higiene e nutrição, e eram as crianças pequenas as que “pagavam o maior dividendo à morte, sendo quase dizimadas” (MARQUES, 2000, p.23).

Por sua vez, o amor materno, como representado atualmente, não tinha grande valor, apresentando-se a amamentação como prática pouco usual entre as mulheres, especialmente das camadas sociais mais abastadas. De acordo com Ariès (1981), no século XVI e início do XVII, enquanto as famílias mais pobres apelavam para a alimentação com leite de vaca no caso de a mãe não ter leite, as mais abastadas recrutavam amas de leite na vizinhança, permanecendo a criança amamentada em casa e sendo criada junto às demais crianças da família. O mesmo autor afirma que o costume de enviar as crianças pequenas a casas de amas

de leite em aldeias vizinhas se desenvolveu no século XVII, no mesmo período em que era “denunciado pelos educadores moralistas que, muito antes de Rousseau, recomendavam que as mães nutrissem elas mesmas suas crianças” (ARIÈS, 1981, p. 237).

Além de questões estéticas negativas vinculadas à amamentação (relacionadas à ideia de que o ato de amamentar deixaria os seios flácidos ou caídos), havia também a crença de que à mulher que amamentava estava negada a sexualidade, pois o ato sexual poderia corromper o leite, envenenando-o (FOUCAULT, 1985). Em razão de pôr em risco os casamentos, o aleitamento materno era terminantemente desaconselhado, estimulando-se o aleitamento mercenário, realizado pelas amas de leite (BADINTER, 1985).

Ariès (1981) ressalta que, somente a partir dos séculos XVI e XVII, a família começa a passar por um processo profundo e lento de transformação de “suas relações internas com a criança” (p. 225), passando do modelo de família medieval para o de família moderna. Tal processo se dá, de acordo com o autor, juntamente à consolidação da escola como instituição responsável pela formação, em detrimento da “aprendizagem pela prática”, e a uma necessidade dos pais de manterem seus filhos mais perto, vigiá-los e não abandoná-los, ainda que provisoriamente, aos cuidados de outra família.

A escola deixou de ser reservada aos clérigos para se tornar o instrumento normal da iniciação social, da passagem do estado da infância ao do adulto. [...] Essa evolução correspondeu a uma necessidade nova de rigor moral da parte dos educadores, a uma preocupação de isolar a juventude do mundo sujo dos adultos para mantê-la na inocência primitiva, a um desejo de treiná-la para melhor resistir às tentações dos adultos. [...] A substituição da aprendizagem pela escola exprime também uma aproximação da família e das crianças, do sentimento da família e do sentimento da infância, outrora separados. (ARIÈS, 1981, p. 231-232)

Também de acordo com Marques (2000), esse processo de progressiva valorização da criança (entre a metade do século XVII e o final do século XVIII) aconteceu, simultaneamente, a outras transformações nas estruturas das sociedades europeias mais avançadas, como a urbanização e o crescente ‘medo da cidade’ (FOUCAULT, 1985), com seus aglomerados populacionais, epidemias e altas taxas de mortalidade infantil. Mas, se a paulatina valorização da criança teve, posteriormente, um impacto nas tendências demográficas e na redução dos elevados índices de mortes infantis, Marques (2000) destaca que, a despeito dessas mudanças, “a situação social da infância permaneceu praticamente inalterada até meados do século XVIII” (p. 24).

Aos poucos, primeiramente nas famílias médias e, só posteriormente, nas camadas mais ricas e nas mais pobres, foi-se percebendo “um movimento gradual da família-casa em direção à família sentimental moderna” (ARIÈS, 1981, p.235), centrada da criança e para a

qual a afeição entre pais e filhos passa a ser a base de toda a realidade familiar. Nesse sentido, uma nova conformação da mulher e da família foi sendo forjada desde o início do capitalismo, com o Estado conquistando progressiva tutela legal, moral e física sobre a mulher, tutela que se exerceu “também sobre o corpo e a mente” (LUZ, 1982, p. 13) dela.

Para confinar a mulher no interior do lar, contrapondo a este o espaço público, constroem-se então concepções romanceadas do ser “feminino”, a quem se atribui uma “*natureza* ‘frágil’, ‘instintiva’, ‘sensível’, ‘emotiva’ (LUZ, 1982, p. 14, grifo no original). Sem aptidão para a vida política e pública, o lugar da mulher na construção da Nação “passa exatamente pelo *lar*, que asseguraria a harmonia celular de sociedade, e pela *maternidade*, que asseguraria ao mesmo tempo sua realização existencial como ser feminino (ser fêmea), e a realização da existência (biológica) da sociedade (LUZ, 1982, p. 14, grifos no original).

No Brasil, a mudança no valor da prática da amamentação ao seio materno ao longo da história demonstra que os modelos de alimentação infantil estiveram relacionados a uma série de fatores externos à própria interação mãe-bebê e à ideia de saúde propriamente dita, inclusive interesses políticos e econômicos, tendo variado bastante em diferentes momentos do nosso país. Segundo Silva (1990a), com base em sua pesquisa histórica sobre amamentação, os registros e dados descritivos sobre a duração do aleitamento materno entre as indígenas brasileiras oscilam bastante, mas, em geral, apontam que estas amamentavam amplamente seus filhos (por pelo menos 1 ano, 1 ano e meio de idade ou até mesmo por 7 ou 8 anos, como relatam alguns autores).

Silva (1990a) encontrou ainda registros de que as crianças indígenas não tinham o hábito de chupar o dedo, que a amamentação começava logo após o parto e, posteriormente, prosseguia sem horários rígidos, sempre que a criança quisesse e até que ela estivesse saciada (sistema hoje conhecido como “livre demanda”), e que o desmame, em geral, acontecia por iniciativa da criança, que, mesmo consumindo farinhas e carnes, sugava ainda o seio materno. (Tratar-se-ia do chamado ‘desmame natural’, referenciado e preconizado pela política pública atual de aleitamento materno).

Já na sociedade colonial, no entanto, os hábitos adotados passaram a ser outros. “As mulheres brancas e mais ricas tinham o costume de entregar o seu filho aos cuidados de uma ama-de-leite, geralmente negra, para que o criasse e amamentasse” (SILVA, 1990a, p. 1), comportamento que, provavelmente imitado das europeias, perdurou até o Império. Tal mudança nos modelos de alimentação infantil praticados, de antes da chegada dos colonizadores ao Brasil até o final do século XX, teve, assim como na Europa, relação com as

diferentes formas de organização social e o lugar que a criança ocupava na família e na sociedade como um todo (ALMEIDA, 1999).

Segundo Almeida (1999), apesar da miscigenação presente na formação da sociedade brasileira, a dominação econômica do europeu sobrepôs vários elementos da cultura branca sobre a herança africana e indígena, fazendo com que seus valores se espalhassem facilmente entre as classes sociais menos favorecidas. Seguindo os costumes do colonizador europeu, na Colônia as mulheres brancas também não amamentavam seus filhos, delegando esta tarefa às amas de leite, sobretudo as escravas negras. Estas, por sua vez, a despeito de terem, como as índias brasileiras, o hábito de amamentar seus bebês, foram privadas de amamentar seus próprios filhos pela obrigação de amamentar os filhos das famílias de elite, cujas mulheres tinham por hábito a não amamentação. Muitas vezes, as escravas eram mantidas dentro de casa para aleitar as crianças ricas, impondo-se a elas o desmame de seus bebês (ALMEIDA, 1999).

Besse (1999) também destaca que, até a segunda metade do século XIX no país, a responsabilidade com a criação – e amamentação – dos filhos não definia a vida das mulheres de elite, vivendo os filhos à margem da família patriarcal, sendo, em geral, criados e amamentados por escravas negras. Também estavam submetidos à autoridade patriarcal absoluta e eram vistos com “adultos incompletos” até chegarem à adolescência, quando passavam à condição de adultos para que pudessem seguir o mesmo modelo de vida de seus pais.

Ao lado disso, na Colônia, muitas mulheres precisaram abandonar seus filhos. “Meninas e meninos com dias ou meses de vida não encontravam abrigo; eram deixados em calçadas, praias e terrenos baldios” (VENÂNCIO, 2010, p. 190). Segundo Venâncio, desde o século XVI, tal problema gerava preocupações entre eclesiásticos e administradores. Primeiro, pela multidão de índios que ficaram órfãos em razão de suas famílias serem dizimadas pelas doenças do branco colonizador, e, posteriormente, no século XVII, pelo abandono de crianças de origem portuguesa. Em razão desse hábito, durante os séculos XVIII e XIX, as santas casas de Salvador e do Rio de Janeiro receberam 50 mil crianças rejeitadas, o que as levou a implementar o sistema que ficou conhecido como “Roda dos Expostos”, utensílio localizado junto à parede lateral ou frontal do imóvel.

Dispositivo bastante difundido em Portugal, a Roda consistia num cilindro que unia a rua ao interior da Casa de Misericórdia. No Brasil, apenas Salvador, Recife e Rio de Janeiro estabeleceram tais Rodas no período colonial. Após a independência, a instituição conheceu enorme sucesso, alcançando o número de doze em meados do século XIX. (VENÂNCIO, 2010, p. 191)

Entre as origens do abandono, destacava-se a enorme população miserável das cidades, que não tinha como garantir o sustento de suas proles. Mas Venâncio (2010) afirma que esta não era a única procedência dos ‘pequenos enjeitados’. Também mulheres brancas e de ‘boa estirpe’ abandonavam suas crias, gesto que, em geral, estava associado à condenação moral da sociedade e da própria família “frente aos amores proibidos” (p. 192). Além dos filhos ilegítimos ou frutos de relações sexuais fora de um matrimônio formalmente constituído, havia ainda casos de crianças cujas mães tinham falecido ou que, internadas por motivo de doença nas santas casas, recorriam à ajuda aos ‘expostos’. “Para essas mulheres, o envio do filho à casa dos expostos consistia em expediente provisório até elas recuperarem plenamente a saúde” (VENÂNCIO, 2010, p. 193).

Nos casos dessas crianças abandonadas, provisória ou definitivamente, o aleitamento pela mãe biológica, no período em que permaneciam acolhidos nas santas casas, estava impossibilitado de acontecer, sendo, na maioria das vezes, substituído pelo aleitamento mercenário realizado por amas de leite remuneradas pelas instituições de caridade. Essas mulheres, muitas vezes, fingiam ter condições de amamentar os enjeitados, mas as taxas de mortalidade das crianças eram extremamente elevadas. Venâncio (2010) afirma que “a morte precoce consistia no destino da maioria esmagadora dos bebês auxiliados pelas câmaras e hospitais” (p. 212). Apesar disso, o autor ressalta que a amamentação por ama de leite era quase a única chance de sobrevivência dessas crianças, uma vez que as várias formas de alimentação artificial apresentavam-se muito mais danosas.

Para se ter ideia do impacto produzido pela experiência de amamentação artificial, basta mencionar que a taxa de mortalidade do referido período [1836-1837] atingiu o impressionante percentual de 906 em mil, ou seja, 90% das crianças assistidas faleceram. (VENÂNCIO, 2010, p. 213)

A partir da década de 1830, a experiência realizada pela Misericórdia baiana, que manteve os enjeitados no recinto de recolhimento de órfãos, anexo ao hospital, assistidos por um pequeno grupo de enfermeiras, resultando no elevadíssimo número de mortes relatado acima, “revelou aos médicos a importância da amamentação natural” (VENÂNCIO, 2010, p. 212).

## **2.1. Politização do corpo, reinado da criança e o surgimento da “mãe higiênica”**

A partir do final do século XVIII, na Europa, vivencia-se o que o sociólogo britânico Anthony Giddens nomeou de “invenção da maternidade”, processo que integra uma série de influências no comportamento das mulheres a partir do final do século XVIII, como o



surgimento da ideia de um “amor romântico”, a criação do lar moderno e a instituição de um novo modelo de relação entre pais e filhos (SCAVONE, 2001, p. 49). Nesse movimento, enquanto o poder patriarcal absoluto, com direito de vida e morte sobre os filhos, perde força no seio da família, o amor e afeição materna ganham espaço, passando o exercício da maternidade a estar associado, de forma indelével, ao imaginário sobre feminilidade. A função da mulher como mãe é exaltada como natural, sendo-lhes atribuídos “todos os deveres e obrigações na criação do(a)s filho(a)s e limitando a função social feminina à realização da maternidade” (SCAVONE, 2001, p. 49).

O chamado “reinado da criança”, que passa a constituir o cerne da família burguesa ascendente, tem início mesmo na segunda metade do século XVIII, fundando a concepção de família moderna, “caracterizada pela ternura e a intimidade que ligam os pais aos filhos” (BADINTER, 1985, p. 53). Segundo a autora, “data dessa época [por volta dos anos 1760-1770] o aparecimento de uma floração de obras que incitam os pais a novos sentimentos e particularmente a mãe ao amor materno” (p. 54). Mas Badinter ressalta que se fez necessário o uso de recursos persuasivos e coercitivos para convencer a mulher de seu “instinto”, como “apelar ao seu senso do dever, culpá-la e até ameaçá-la para reconduzi-la à sua função nutritícia e maternante, dita natural e espontânea” (BADINTER, 1985, p. 144).

Em sua reflexão histórica sobre modelos de maternidade, Badinter (1985) destaca a crescente valorização do aleitamento materno como pilar da construção moderna da maternidade. A nova imagem da mãe e de seu papel social é forjada, a partir do último terço do século XVIII, por meio de diversas publicações que tecem recomendações sobre como as mães devem cuidar de seus filhos e a rigorosa orientação de amamentá-los. Trata-se de um empreendimento que impõe à mulher a maternidade como obrigação, acima de qualquer outra função social, e, que, segundo Badinter (1985), funda o mito do instinto materno, que ainda continua impregnando o imaginário sobre maternidade nos dias atuais.

Tais esforços não foram neutros ou desprovidos de objetivos, e podem ser compreendidos como parte de um movimento nomeado de “poder sobre a vida” (FOUCAULT, 1985), iniciado no século XVIII, na Europa, e impulsionado pela aceleração do processo de urbanização das cidades e a conseqüente generalização dos problemas relacionados ao chamado “fenômeno população” (epidemias, condições de higiene, entre outros). Segundo Foucault (1985), passou-se a aplicar a esses problemas novos saberes, como a demografia e as crescentes observações sobre distribuição das epidemias, amas de leite e condições de aleitamento dos bebês. Ao lado disso, surgem “aparelhos de poder [como a

medicina social, por exemplo] que permitem não somente a observação, mas a intervenção direta e a manipulação de tudo isto” (p. 275).

Em outra obra, Foucault (1988) questiona se as estratégias sociais em torno da sexualidade praticadas a partir do século XVII na Europa não estariam relacionadas ao fortalecimento de uma “sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora” (p.44), capaz de assegurar a manutenção do povoamento e da força de trabalho e a reprodução das relações sociais estabelecidas. Para ele, com o desenvolvimento do capitalismo, entre o final do século XVII e o início do XIX, o primeiro objeto que sofreu socialização foi o corpo.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. (FOUCAULT, 1985, p. 80)

Foucault (1985) entende a própria medicina como “estratégia bio-política” (p. 80) que ganha força e legitimidade nesse momento histórico, sendo a medicalização do corpo feminino um dispositivo social, que funciona “normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana” (VIEIRA, 2002, p. 24). Com a criação da Ginecologia, uma ciência dedicada ao conhecimento do corpo feminino, que não encontra correspondente para o corpo masculino, operou-se uma profunda medicalização do corpo da mulher que apontava diferenças e particularidades da fisiologia feminina e formulava “todo um conjunto de teorias e práticas, pressupostos, teses, normas de comportamento, visando ao adestramento dos corpos das mulheres, de seus desejos e sensibilidades” (MATOS, 2007, p. 15).

Impera, então, uma ideia de ‘natureza feminina’, determinando padrões de comportamento – voltados, essencialmente, para sua função materna – que têm sua origem e construção, precisamente, na condição biológica da mulher, condição esta que predetermina seu papel social. Segundo Vieira (2002), essa ideia está baseada em determinados fatos biológicos que acontecem no corpo feminino, como menstruar, gestar, parir e amamentar. A suposta ‘predestinação biológica’ da mulher acaba por converter “a maternidade em obrigação” (MATOS, 2007, p. 17), e a identidade da mulher está focada na sensibilidade, devoção e submissão, secundarizando quaisquer aspirações intelectuais.

No Brasil, sobretudo nas capitais, o processo de urbanização e industrialização promoveu importantes alterações nas relações familiares, principalmente em função da mudança no significado da infância. Tal transformação nos modelos de família, segundo Besse (1999), ocorreu primeira na elite, para quem os filhos foram se tornando, aos poucos, “o centro da atenção da família, os fiadores do bem-estar da família e o recurso mais precioso

do país” (p. 100). Somente na virada do século XVIII para XIX é que esses novos padrões familiares e de infância ganham amplitude, estendendo-se a preocupação com o bem-estar das crianças em geral, inclusive as das classes operárias (BESSE, 1999).

Costa (1999) e Silva (1990a) também apontam a ocorrência de transformações significativas no comportamento social em relação à amamentação, no contexto brasileiro, a partir do século XIX, quando o aleitamento ganha conotação de problema nacional, resultado do receituário higienista. Por colocar em risco a vida das crianças burguesas e se contrapor aos interesses políticos populacionistas da elite da época, o aleitamento mercenário passa a ser considerado pelo higienismo como uma infração às leis da natureza.

A mulher que não amamentava, dizia-se, rompia duplamente os cânones naturais. Em primeiro lugar, porque se conduzia de modo contrário a todas as fêmeas da classe dos mamíferos; em segundo lugar, porque contrariava sua outra vocação “natural”, a de ser mãe, conforme o figurino higiênico. (COSTA, 1999, p. 256-257)

Por necessidade de realizar o controle demográfico e político da população, o Estado moderno buscava exercer tal controle junto às famílias com o intuito de disciplinar a concepção e os cuidados com os filhos, bem como prevenir consequências politicamente perigosas da miséria. O movimento higiênico, aliança entre médicos e Estado com o objetivo de defender a saúde física e moral das famílias e, conseqüentemente, o progresso da nação, executava-se por meio de dois tipos de intervenção. Por um lado, com a medicina doméstica, adentrava a família burguesa, estimulando a política de cunho populacionista e “reorganizando as famílias em torno da conservação e educação das crianças” (COSTA, 1999, p. 51). Por outro, voltando-se para as famílias pobres com foco nas “campanhas de moralização e higiene da coletividade” (COSTA, 1999, P. 51-52). Com o surgimento desse processo que denominou de “estatização do indivíduo”, operado intensamente pelas normas de saúde impostas no período, o autor explica como se deu a transformação dos hábitos e condutas que se repetiam na tradição familiar da nação e, principalmente, a reformulação do papel da mulher na família, a partir daquele momento convertida ao amor filial e transformada no que denominou de “mãe higiênica” (COSTA, 1999, p.255).

Gondra e Garcia (2004) também destacaram a importância que o aleitamento materno tinha nas teses higienistas, ressaltando que, junto a elas, encontrava-se também uma crítica ao regime escravocrata e ao uso das amas de leite escravas pelas senhoras da elite, baseada, sobretudo, no ideário eugênico, que pregava “a noção de que os indivíduos e grupos humanos tinham valor hereditário variável e de que um dia, se não imediatamente, as políticas sociais deveriam basear-se nessas diferenças” (STEPAN, 2005, p. 13).

Nas últimas décadas do século XIX, a idéia da eugenia emergiu em muitas áreas da América Latina como parte dos debates sobre evolução, degeneração, progresso e civilização. Seu desenvolvimento mais sistemático, no entanto, surgiu depois da Primeira Guerra Mundial, com o estabelecimento de sociedades e organizações eugênicas específicas. A partir de então, a eugenia tocou ou influenciou a história da medicina, da família, da maternidade, da população, da criminologia, da saúde pública e do bem-estar social. (STEPAN, 2005, p. 15)

Nas palavras de Severiano Martins de Oliveira Urculu, médico brasileiro que, em tese de 1882, considerava ‘erro gravíssimo’ as senhoras que, aptas a amamentarem seus filhos, os entregavam a amas escravas, principalmente em razão da vaidade, deixando que do seu leite se nutrissem e adquirissem delas os hábitos menores por meio da imitação, típica do aprendizado de toda criança (GONDRA; GARCIA, 2004, p. 74).

Ellas se dedignam de cumprir a augustissima missão de mães para não perderem a belleza dos seios, a elegancia do talhe, o torneado dos membros; ellas que não querem ter suas custosas toilettes manchadas por alguma inconveniência do filhinho, que evitam com repugnância a presença de um individuo menos bem trajado, porque a etiqueta... a posição... a nobreza..., não se envergonham de entrega--los aos cuidados de uma pária da sociedade, não coram de ver converter-se em sangue azul de sua familia o leite da escrava! Deshonram-se em estender a mão para darem uma esmola a pobre maltrapilha, mas não pejam de ver conchegado ao peito da escrava seu nobre descendente! Irrisão!... Do charco immundo do vicio, onde a prepotência arrojou a miseranda escrava, a photographia está bem junta da criancinha. Esta a vê, sente, apalpa, nada mais fácil que imitar o original, e é precisamente no talento da imitação que as crianças são insignes. Não é senão por esta convivência tão intima que nos admiramos de ver crianças tão novas sabendo cousas impossíveis. (URCULU, 1882, p. 52 apud GONDRA; GARCIA, 2004, p. 74-75)

Marques (2000) defende que, nos primeiros anos do século XX no país, a “linguagem médica” sofreu um processo de endurecimento, passando dos conselhos às ordens e não mais permitindo que a mãe escolhesse entre os métodos diversos de criação dos filhos. A autoridade do médico teria se estendido aos poucos para além da doença, sendo exercida também sobre a saúde. “O campo da medicina alcança novos domínios e trazia para seu interior aquela infinidade de atos privados que a mulher exerce no cotidiano da maternidade” (MARQUES, 2000, p. 43).

Essa “nova mulher”, agora submetida à tutela médica, era não somente uma agente da higiene social dentro da família, mas tornar-se-ia “o baluarte da moral da sociedade e, dessa forma, as normas médicas deveriam ser transmitidas pelas mães às suas filhas a partir da adolescência e puberdade” (MATOS, 2000, p. 80). A mudança trazida pelo olhar higiênico fez com que médicos e Estado passassem a empreender inúmeros esforços – práticos e discursivos – no sentido de orientar as mulheres sobre a importância de seguir determinados preceitos de higiene e nutrição, culpabilizando-as pela elevada mortalidade infantil. Esse

empreendimento tinha como elemento fundamental a valorização da criança como centro da família, posto que, a partir daquele momento, ela era considerada como indivíduo em formação e garantia do futuro vigoroso da moderna nação brasileira.

Dessa forma, a maternidade deixava de ser uma experiência exclusivamente feminina, transmitida entre mulheres, para transformar-se em um saber que emergia de um discurso profissional da medicina – na verdade, um discurso masculino sobre as mulheres. (MATOS, 2007, p. 24)

Tal processo de normatização e regulação estendeu-se à prática da amamentação, com a medicina higienista definindo o corpo feminino como provedor do alimento essencial ao crescimento saudável dos futuros cidadãos e criando, analogamente à “sexualidade útil” observada por Foucault (1988), uma “maternidade útil” (KALIL; COSTA, 2012). Nesse contexto, como destacou Matos (2000), as campanhas em prol do aleitamento materno obtêm destaque, constituindo ponto fundamental tanto dos discursos quanto das ações higienistas.

Apresentando o aleitamento como um momento de estreitamento dos laços familiares e de manifestação do amor materno capaz de garantir o bom desenvolvimento físico e mental das crianças, denunciavam o egoísmo e a vaidade das mulheres que não queriam amamentar seus filhos [...]. (MATOS, 2000, p. 80)

Na lógica dessa “maternidade útil”, a mulher foi, mais uma vez, submetida a sua condição meramente biológica, e a subjetividade feminina, reduzida ao ideal da mãe higiênica, modelo que, segundo Costa (1999), nasceu “de um duplo movimento histórico: por um lado, emancipação feminina do poder patriarcal; por outro, ‘colonização’ da mulher pelo poder médico” (COSTA, 1999, p. 255). O mesmo autor afirma que a argumentação higiênica sobre a ‘vocação natural’ da mulher para a amamentação era uma falácia.

Se amamentar e ser “mãe” fosse uma imposição natural da ordem do instinto, nenhuma mulher sobreviveria à sua sistemática transgressão, mesmo considerando que, no caso, o instinto dissesse respeito à reprodução da espécie e não à conservação do indivíduo, a argumentação persistia falsa. Pois, a nível biológico, qualquer mulher, e não somente a genitora, estaria capacitada a amamentar o filhote do homem. (COSTA, 1999, p. 257)

No entanto, Costa (1999) admite que, embora tendenciosa, a comparação da mulher a outras fêmeas animais era eficaz em meados do século XIX, sobretudo nas maiores capitais do país, impulsionado, principalmente, pela elevada taxa de mortalidade infantil e sua possível consequência: a inviabilidade da nação moderna, desenvolvida. Isso funcionou, segundo Freire (2009), como justificativa para o projeto pedagógico da puericultura da época, “renovado na década de 1920, no apogeu da popularização do ideário da maternidade científica” (FREIRE, 2009, p. 140).

Tanto a mudança de paradigmas com relação ao conhecimento científico, quanto a aproximação do médico com as mulheres, opinando sobre casamento, educação dos filhos e

organização da vida familiar, contribuem para a conversão desse profissional em conselheiro familiar e autoridade principal nos assuntos domésticos e, posteriormente, também naqueles relativos à saúde da mulher.

A imagem do médico protetor da mulher também expressa o crescente interesse médico-científico pela natureza feminina e as doenças das mulheres, interesse este que resultou na constituição de especialidades médicas voltadas para a especificidade do sexo feminino: a obstetrícia e a ginecologia. (MARTINS, 2004, p. 140)

A partir da aliança entre médicos e mulheres propiciada pela influência do higienismo no interior da família brasileira, surge no país um fenômeno nomeado por Apple (1987), na virada do século XIX para o XX, como “maternidade científica”: o exercício da maternidade calcado não na tradição, mas em bases científicas. Tanto quanto no “culto à domesticidade”, para a ideologia da “maternidade científica” a maternidade era o papel essencial da mulher, centrada na esfera doméstica e sendo compreendida, inclusive, como sua “mais nobre profissão” (APPLE, 1987).

No contexto norte-americano analisado pela autora, no qual se presenciava a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho e a introdução de novas tecnologias que facilitavam a administração do lar, o cuidado com os filhos – sua educação, alimentação e saúde – conquistou uma importância diferenciada na constituição do papel social feminino. Com relação à alimentação infantil, o incentivo ao aleitamento materno – visto como a forma “natural” de alimentar o bebê e dever da mãe – convivia com a forte influência das indústrias de alimentos infantis, que forneciam substitutos ao leite materno para uso pelas mães impossibilitadas de amamentar ou cujo leite era “pouco” ou não era “suficientemente bom”.

Apple (1987) destaca que, ao longo da passagem do final do século XIX para os primeiros anos do século seguinte, nos Estados Unidos, “a insistência na amamentação tornou-se gradualmente menos inflexível e a mamadeira, mais aceitável”<sup>23</sup> (p. 108). Como a maternidade científica advogava o uso da ciência contemporânea para moldar as práticas das mães, as recomendações específicas sobre alimentação infantil sofreram enormes mudanças, que variavam de acordo com os achados científicos de cada momento. O mais importante, nesse novo modelo de maternidade, não era precisamente a forma adotada de alimentação infantil, mas o fato de a escolha estar necessariamente dirigida pelas prescrições dos especialistas, embasadas nas descobertas científicas mais recentes. E as descobertas mais recentes, ao que parece, apontavam para a necessidade de adotar “uma alimentação infantil mais saudável” que a natural.

---

<sup>23</sup> *The insistence on breast feeding gradually became less adamant and bottle feeding more acceptable.*

Ao lado da sua orientação médico-científica, a função maternal deixa de estar restrita somente ao âmbito privado, dentro da estrutura familiar. Ainda que vinculada a uma “natureza feminina”, a maternidade rompe a esfera doméstica e alcança um novo caráter, “de missão patriótica e função pública. Ser mãe não significaria apenas garantir filhos ao marido, mas cidadãos à pátria” (FREIRE, 2009, p. 21). E é assim que médicos e Estado adquirem um papel controlador do exercício da maternidade, prescrevendo comportamentos socialmente e higienicamente ideais.

Matos (2007) nomeou esse movimento de “maternologia”, no sentido de uma “‘profissionalização’ da maternidade” (p. 22), fruto da constatação das altas taxas de mortalidade de mães e filhos e da necessidade de reduzi-las. Tal corrente, segundo a autora, “vinculava-se às ‘idéias higiênicas e redentoras’ da maternidade e da proteção à infância” (MATOS, 2007, p. 22), e foi por meio dela que o saber médico constituiu um discurso e uma prática cujos elementos principais eram a criança e a mãe.

Besse (1999) afirma que foi o culto a essa “maternidade científica” como destino natural e missão social de toda mulher que engendrou a essência do novo sistema de gênero que nascia naquele momento. A autora defende que, apesar de esse novo ideal de maternidade não ser de fácil concretização na prática cotidiana das mães, “ele fornecia a mais poderosa sustentação para a consolidação do modelo da família burguesa e da continuidade da divisão sexual do trabalho” (BESSE, 1999, p. 101).

Nesse contexto, a prática da amamentação esteve relacionada, historicamente, com a possibilidade (ou não) de emancipação feminina do poder patriarcal. Sobre os objetivos disciplinares do aleitamento materno, Costa (1999) afirma que eram três: “o uso higiênico do tempo livre da mulher na casa” (p. 258), que impedia que ela se perdesse no ócio e em passatempos considerados moralmente inadequados; a restrição da atuação da mulher ao espaço doméstico, evitando assim sua concorrência com o homem no mundo do trabalho advinda de uma onda de emancipação feminina insuflada pela urbanização; e a manutenção da coesão do núcleo familiar, buscando-se, por meio da amamentação, “depositar na mulher a responsabilidade pela unidade da família e dar ao homem maior disponibilidade para outras obrigações sociais” (COSTA, 1999, p. 261-262). Por essas razões, o autor supõe “que a pressão higiênica em favor da amamentação tinha outros objetivos, além da proteção à vida das crianças” (COSTA, 1999, p. 258).

O discurso que servia de alicerce a esse novo modelo de maternidade, para qual o aleitamento materno era elemento fundamental, teve seus primeiros efeitos nas mulheres da burguesia, divulgado por meio, inclusive, das revistas dirigidas ao público feminino, como

observou Freire (2009) na análise de publicações nas primeiras décadas do século XX. Para essas mulheres, convergiam discursos, muitas vezes, contraditórios: ao mesmo tempo em que valorizavam a constituição da “mulher moderna”, mais independente e que lutava para conquistar direitos, e teciam elogios à mulher que aceita o seu destino biológico, assumindo ser fútil, dependente e talhada para a maternidade.

Uma síntese dessas contradições é que, embora se esperasse da mulher um comportamento condizente com o novo século, tendo ela o direito de colaborar com a reorganização do país e do mundo, destacava-se que “sua maior contribuição se originaria de sua influência como mães, que preparam no lar os futuros homens públicos” (FREIRE, 2009, p. 43). O trabalho da mulher fora de casa era visto como motivo de ‘preocupações morais’ para os médicos, bem como “um desperdício físico de energias dos corpos femininos e como fator de dissolução da saúde e da capacidade de desempenho das funções maternas” (MATOS, 2007, p. 24). Em razão de seu caráter nocivo à moralidade e dignidade feminina, ele seria responsável tanto pela mortalidade infantil quanto por outras desordens sociais, pelo abandono de crianças, marginalidade e até mesmo a prostituição (MATOS, 2007).

Tal modelo de família burguesa, no qual a mulher era a base do cuidado e da criação dos filhos, foi incorporado aos discursos e ao imaginário das próprias mulheres do período, sobretudo às das classes mais abastadas. A partir de 1850, começaram a circular no país os primeiros jornais editados por mulheres (MOTT, 2001), e tanto eles quanto os livros publicados por elas serviram, também, à divulgação e valorização da imagem da mulher em seu papel de mãe. Mott (2001) destaca que a batalha em curso era para “acabar com a tirania empreendida por maridos, pais e irmãos” e para obter o devido reconhecimento ao seu papel social por meio da maternidade.

A natureza feminina, segundo elas, atribuía às mulheres características específicas para a maternidade, o que fazia com que marido e esposa tivessem funções igualmente importantes, embora diferentes e exercidas em esferas distintas. O exercício do papel de mãe era visto como uma forma de patriotismo. (MOTT, 2001, p. 210)

Garantir a saúde das crianças, futuro da nação, tornou-se, então, inclusive para as mulheres, um projeto de extrema relevância para o país, e sua realização dependia, em grande medida, do seu empenho como boas mães. Como destacou Besse (1999), as próprias mulheres começaram a encontrar seu lugar e legitimidade social a partir da valorização da criação dos filhos, uma vez que o trabalho doméstico era pouco valorizado e que o trabalho feminino fora de casa estava limitado a funções e setores desprestigiados e era visto com maus olhos.

O atordoante consenso social de que o bem-estar da criança estava entre as questões mais críticas com que se defrontava o país tornava maior o poder e



o prestígio das mulheres dentro da família e abria para elas novas oportunidades de assumir papéis públicos relacionados com a saúde e a educação das crianças. (BESSE, 1999, p.107-108)

Tal constatação é também corroborada por Freire (2009), quando afirma que a consolidação da função maternal como preocupação de ordem pública e a valorização da maternidade como representando a valorização da nação brasileira moderna em construção conquistaram força e justificaram tanto o discurso médico quanto o feminista. Se, por um lado, tal concepção de maternidade – de formação dos futuros cidadãos brasileiros – agregava-lhe o status de função social para as mulheres, por outro, elevava o prestígio dos médicos que atuavam na higiene infantil.

Assim, se esses médicos enxergaram na valorização da maternidade um caminho para obterem reconhecimento e legitimação profissional, para as mulheres tal perspectiva representava uma maneira de extrapolar o espaço doméstico e melhorar sua posição social. (FREIRE, 2009, p. 245)

Freire (2009) salienta, portanto, que, no Brasil, a “maternidade científica” foi uma apropriação não apenas do movimento higiênico, de médicos e Estado, mas também serviu aos interesses das mulheres, sobretudo das camadas médias, e de parte do discurso feminista – identificado como “maternalista” -, que enxergou nessa aliança com os médicos e na ideologia da maternidade científica um meio de “transformar a maternidade no papel social feminino” (FREIRE, 2009, p. 246). Apesar disso, Matos (2000) defende que tal ideologia não trouxe grandes avanços para a condição feminina, uma vez que a ‘teoria da complementaridade entre os sexos’ reforçava a divisão sexual do trabalho (produção X reprodução) e a dicotomia entre a casa e a rua, o público e privado, sendo o primeiro espaço destinado aos homens e o segundo, às mulheres, “rainhas do lar”.

Destacando a maneira “correta” de a mulher exercer sua “mais nobre missão”, tanto os discursos das revistas femininas de prestígio como os das propagandas de remédios e alimentos infantis proferiam a afirmação de que a saúde das crianças se encontrava “‘na mão de suas mães’, deslocando tanto a responsabilidade pela saúde quanto a resolução dos seus problemas para uma dimensão de ação exclusivamente individual e dependente da orientação médica” (FREIRE, 2009, p. 133).

Mas, se o modelo da maternidade científica era um ideal difícil de ser seguido à risca até para as mulheres das classes médias e altas da sociedade brasileira, mostrava-se impossível para as que precisavam compor renda com os maridos ou mesmo sustentar o lar. Scavone (2001) salienta que as mudanças trazidas, a partir do século XIX, quando as mulheres operárias começaram a conjugar a maternidade (e o trabalho doméstico) com o trabalho fora de casa, instauraram uma lógica da dupla responsabilidade da mulher, “que se

consolidou no séc. XX, com o avanço da industrialização e da urbanização, recebendo por parte das análises feministas contemporâneas a designação de “dupla jornada de trabalho” (p. 49).

E foi para essas famílias que se voltou mais diretamente a intervenção médica, por meio de campanhas profiláticas e educativas, sobretudo nos Centros de Saúde, que, a partir de 1920, concentraram sua atuação no atendimento a mães e crianças (MATOS, 2007). Nesse contexto, as campanhas em prol do aleitamento materno constituíram um dos pontos principais, objeto da literatura e da ação médicas. Apresentado como oportunidade para estreitamento do vínculo entre mãe e bebê e prova do amor materno, ele seria capaz, ainda, “de garantir o bom desenvolvimento físico e mental das crianças” (MATOS, 2007, p. 23). As campanhas, portanto, destacavam suas vantagens, bem como atribuíam, às mulheres que não queriam amamentar, o título de ‘egoístas’ ou ‘vaidosas’. Progressivamente, e guardadas as diferenças de apropriação entre universos socioculturais distintos, a ideologia da maternidade científica foi permeando também as camadas mais populares da sociedade brasileira.

## **2.2. Segunda metade do século XX: efeitos do “desmame comerciogênico” e a aliança mundial pró-amamentação**

No Brasil, passou-se parte do século XIX e as primeiras décadas do século XX com o imperativo dominante do higienismo, que pregava que a construção de uma forte e saudável nação brasileira dependia, em grande medida, da educação da mulher para o cuidado e a boa criação dos filhos. Foi a época do advento e consolidação de uma “maternidade científica”, para a qual um dos pilares era o aleitamento materno em contraposição ao chamado “aleitamento mercenário” praticado na colônia (FREIRE, 2009). “À época, educar, higienizar e sanear eram as palavras de ordem, profundamente articuladas ao intenso debate sobre o projeto nacional” (ARAÚJO; CARDOSO, 2009, p. 95).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que se incentivava o aleitamento materno e o dever da mulher “saudável” de amamentar sua prole, assistia-se à disseminação de uso de substitutos do leite materno, desde fórmulas “maternizadas” até farinhas e outros produtos destinados à alimentação infantil. Já na segunda metade do século XX, o mundo presenciou um significativo declínio da amamentação nas mais diferentes realidades nacionais. Para Venancio (2008), esse fenômeno resultou de uma série de fatores. Dentre eles, destacam-se o processo de industrialização iniciado no final do século XIX e as mudanças culturais decorrentes dele, como o ingresso da mulher no mercado de trabalho, além da criação e

massiva publicização dos leites industrializados, cuja indicação indiscriminada para lactentes imperou no Brasil até o final da década de 1970.

Acreditando no discurso bastante difundido à época de que as fórmulas lácteas eram a “resposta às descobertas sobre as necessidades nutricionais, resultantes do avanço do conhecimento científico em relação às peculiaridades fisiológicas do metabolismo da criança” (ALMEIDA, 1999, p. 41), muitas mulheres optavam por deixar de amamentar seus filhos. A consolidação da industrial no país, entre 1955 e 1961, possibilitou a expansão da fabricação e distribuição de leites em pó, “contribuindo para a difusão do aleitamento artificial em detrimento do aleitamento materno, situação que permaneceu até o início da década de 80” (AMORIM, 2008, p. 582).

No entanto, não eram somente as supostas propriedades das fórmulas lácteas que eram destacadas nos discursos do período sobre alimentação infantil. O contexto social do mundo e também do país, na década de 1960, foi de intensas transformações. As mulheres lutavam cada vez mais pela ampliação de seus direitos civis, pela igualdade de condições no mercado de trabalho e pela liberdade sexual, com o advento da pílula anticoncepcional, a bandeira pela liberação do aborto e pela “livre escolha da maternidade” (SCAVONE, 2004, p. 29).

A publicação, em 1949, de *O segundo sexo*, da filósofa e escritora francesa Simone de Beauvoir, demarca o início de uma fase do feminismo que tinha como foco a discussão da ‘mulher-sujeito’, “dando os elementos necessários para a politização das questões privadas” (SCAVONE, 2004, p. 28). Essa corrente problematiza as relações entre homens e mulheres não somente no espaço público, com a questão dos direitos civis, por exemplo, mas propõe o debate dessas relações no lar, enfocando a divisão do trabalho doméstico e a responsabilidade sobre a criação e o cuidado com os filhos.

Esse período foi, portanto, de grandes mudanças na vida feminina e a prática da amamentação ao seio, quando já existiam alternativas de alimentação infantil, poderia ser vista como fator limitador da liberdade da mulher (AMORIM, 2008). Nesse contexto, já influenciado pelo questionamento das funções familiares tradicionais da mulher e pelos ecos da sua liberação para as atividades e papéis fora do lar, os discursos das revistas analisadas por Amorim (2008), ao tratar das dificuldades para realizar o aleitamento materno ou mesmo as condições adequadas para sua realização, acabavam por dar, à mãe, a impressão de que a alimentação por meio de mamadeira exigiria menos trabalho e garantiria a seu bebê uma boa nutrição e crescimento.

Algumas reportagens posicionavam-se francamente a favor do aleitamento artificial, liberando ou tentando liberar as mulheres de qualquer culpa ou

constrangimento. A liberdade da mulher, as exigências da modernidade e o trabalho foram razões apontadas para a opção pelo aleitamento artificial: nesse período, a mãe que amamentasse poderia ser vista como antiquada ou fora de contexto. (AMORIM, 2008, p. 588)

Ao valorizar o bem-estar e a tranquilidade da mulher, esses discursos acabavam por contribuir, não sem a influência dos interesses econômicos envolvidos (como da indústria alimentícia e do próprio sistema produtivo, que incorporava maciçamente a mão de obra feminina), para desvencilhar as mães da culpa por não amamentarem, destacando que “mesmo que a mãe não amamentasse, poderia criar laços afetivos com o filho de outra maneira” (AMORIM, 2008, p. 591).

Nesse sentido, Rea (2003) afirma que, embora não existam estudos anteriores à década de 1970, com população sadia, que tratem dos índices de aleitamento materno no país, estudos isolados permitem “estimar que a prática de amamentar registra seus pontos mais baixos nessa década, confirmados pelo inquérito domiciliar nacional que mostrou que era de 2,5 meses a mediana [duração] de amamentação (VENANCIO; MONTEIRO, 1998)” (p. 39). De acordo com a autora, tal fato pode ser resultado de um conjunto de fatores, como o não incentivo dos pediatras à amamentação; propaganda não ética e não regulamentada e venda irrestrita de substitutos do leite materno; distribuição gratuita de leite pelo governo por meio de programas de suplementação alimentar, a despeito de já existirem “algumas ações de incentivo a amamentação em instituições isoladas, impulsionadas por profissionais pioneiros” (REA, 2003, p. 39).

Ao mesmo tempo, começaram a ser observados, nos países mais pobres da Ásia, África e América Central, índices crescentes de morbimortalidade infantil<sup>24</sup>. As principais causas das doenças e mortes foram apontadas como sendo a diarreia e a desnutrição, “os dois principais produtos do que passou a ser chamado de *desmame comerciogênico*” (JELLIFFE; JELLIFFE, 1979 apud ALMEIDA, 1999, p. 42, grifos no original). A revelação sobre os danos do uso dos leites industrializados na alimentação de lactentes dos países do chamado “Terceiro Mundo” foi impulsionada pela publicação de *The baby killer*, de Mike Muller. O livro atribuía esse quadro à adoção massiva da alimentação artificial para lactentes, ao lado do grave quadro de desnutrição e doenças que assolava as crianças que não sucumbiam ao consumo dos leites infantis em condições inaceitáveis, com água de má qualidade, medidas de higiene insuficientes e preparo inadequado.

---

<sup>24</sup> Morbimortalidade infantil significa a quantidade de crianças doentes e mortes em decorrência enfermidades em relação à população infantil de determinado local e momento.

A obra de Muller também enfatizava a responsabilidade da indústria de alimentos infantis, cujas companhias eram acusadas de promover seus produtos em comunidades onde eles não poderiam ser usados corretamente, fazendo propaganda, distribuindo amostras e donativos e utilizando-se de vendedoras vestidos em uniformes de enfermeiras para que as mães fossem convencidas a abandonar a prática da amamentação.

O vácuo cultural das comunidades recém-urbanizadas torna-as vulneráveis à adoção de novas práticas – o que pode ser prejudicial. Mas, para abandonar o aleitamento materno, a existência de uma alternativa é quase uma condição prévia. E não há dúvida que, no turbilhão cultural das sociedades do Terceiro Mundo, em que comunidades rurais tradicionais se deparam com as promessas materiais da sociedade de consumo, as indústrias de alimentos infantis não têm hesitado em promover uma tomada de consciência sobre seus produtos. E os meios que eles têm utilizado, frequentemente, têm tido graves efeitos sobre o bem-estar dos bebês a quem se destinam<sup>25</sup>. (MULLER, 1974, p. 5)

Nas palavras de Venancio (2008), “as conseqüências desastrosas do desmame precoce, que passaram a ser evidenciadas nos países em desenvolvimento em meados da década de 1970, levaram à mobilização da sociedade para o retorno à amamentação” (p. 37). De acordo com Amorim (2008), a partir daí se observaram mudanças significativas nos discursos nos discursos de profissionais de saúde e instituições oficiais e não governamentais com relação à alimentação de crianças, e, em especial, ao tipo de aleitamento.

Se, na década de 1960, as reportagens em revistas femininas e para o grande público abordavam tanto o aleitamento materno quanto o artificial, sendo este último apontado, explícita ou implicitamente, como alternativa à amamentação, a partir de 1979, passaram a ratificar, em grande medida, as recomendações definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) sobre a alimentação de lactentes e crianças na primeira infância. Tais orientações retomavam “a questão do ‘natural ou da natureza’ [...] para sensibilizar as mulheres e a sociedade sobre a importância do aleitamento materno e recomendar a todos os governos nacionais (inclusive o brasileiro) a fazê-lo” (AMORIM, 2008, p. 591).

Antes mesmo da implantação, em 1981, pelo Ministério da Saúde brasileiro, do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que apresentava estratégias nas áreas de educação, saúde, controle da publicidade de alimentos infantis e

---

<sup>25</sup> *The cultural vacuum of newly urbanised communities makes them vulnerable to the adoption of new practices – which may be harmful. But to move from breast feeding, the existence of an alternative is almost a precondition. And there is little doubt that in the cultural maelstrom of Third World societies, in which traditional rural communities face up to the material promises of the consumer society the infant food companies have not hesitated to promote an awareness of their products. And the means they have used have often had serious effects on the well-being of the babies for whom they are intended.*

proteção à nutriz por parte do Estado, Amorim (2008) relata que as revistas analisadas por ela já vinham incorporando, em suas reportagens, os enunciados mais recentes acerca da problemática da alimentação infantil. A autora defende que, desde a segunda metade da década de 1970, voltou com força total o discurso que “associa a amamentação ao amor materno” (AMORIM, 2008, p. 587), herança higienista que perdura, ainda, nos discursos atuais em prol da causa.

Por ocasião do retorno do incentivo ao aleitamento materno, os discursos que tentaram convencer as mulheres de que deveriam amamentar foram radicais na defesa dessa prática, deixando de considerar ou minimizando as dificuldades enfrentadas em seu cotidiano. A amamentação foi sacralizada e passou a ser confundida com amor e dedicação ao filho, enquanto a culpa voltou a assediar as mulheres que não desejavam ou que não conseguiam amamentar. (AMORIM, 2008, p. 595)

Também parte do movimento feminista contribuiu para a consolidação do discurso de retorno ao aleitamento materno. A corrente identificada por Scavone (2004) como diferencialista, por exemplo, entendia que “o fortalecimento da identidade feminina construiu-se com base em uma estratégia que passava pelo corpo e pela maternidade”, tratando de “fortalecer o poder das mulheres pelo resgate de uma história que as diferenciava dos homens” (p. 18).

Analogamente, Badinter (2011) nos fala de uma segunda onda feminista caracterizada por ela como uma espécie de *naturalismo* ou *maternidade ecológica*, iniciada, na Europa e América do Norte, na virada da década de 70 para 80, contrapondo-se à bandeira mais culturalista das primeiras correntes do feminismo, que apostavam na igualdade entre os sexos por meio do destaque às semelhanças entre homens e mulheres. Segundo a autora, por considerar “a maternidade a experiência crucial da feminilidade a partir da qual se pode construir um mundo mais humano e mais justo” (BADINTER, 2011, p. 71), esse movimento traduz um processo de valorização das diferenças biológicas entre os sexos por meio do reconhecimento do caráter natural da maternidade e da amamentação e de sua apropriação como a realização de um desejo e uma forma de afirmação da feminilidade.

Como resultado da mobilização internacional, em 1º de agosto de 1990, durante o encontro “Amamentação nos anos 1990: Uma iniciativa global”<sup>26</sup>, organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em Florença, na Itália, estas e outras organizações não-governamentais assinaram com 30 governos a Declaração de *Innocenti*, cujo objetivo era reduzir drasticamente a morbimortalidade infantil, sobretudo nos países em desenvolvimento.

---

<sup>26</sup> *Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative.*

O documento definia os períodos ideais de aleitamento materno (exclusivamente “desde o nascimento até os primeiros 4 e 6 meses de vida” e “até os dois anos de idade, ou mais, mesmo depois de começarem a ser alimentadas adequadamente”) e ressaltava a importância de as mulheres serem estimuladas e informadas sobre os benefícios do aleitamento materno. Praticado naqueles termos, ele proporcionaria nutrição de alta qualidade para a criança, contribuiria para a saúde da mulher e, na maioria das vezes, sua satisfação pessoal, e ainda geraria vantagens econômicas para a família e a nação<sup>27</sup>.

Para que esses índices fossem alcançados, fazia-se necessário, de acordo com OMS/Unicef, um processo de conscientização das mulheres, e os Estados pactuantes foram clamados a trabalhar em estratégias de mobilização e apoio às mães por meio da formulação de políticas nacionais de aleitamento materno, do estabelecimento de metas e da elaboração de campanhas informativas.

Atingir este objetivo exige de muitos países reforçar a cultura do aleitamento materno, defendendo vigorosamente esta prática contra as incursões da cultura da mamadeira. Isto requer compromisso e campanhas de mobilização social, utilizando o prestígio e a autoridade de líderes reconhecidos da sociedade em todos os setores<sup>28</sup>.

Diante do desafio colocado pela assinatura da Declaração de *Innocenti*, surgiu a necessidade de criar uma organização que interligasse as diversas entidades voltadas à promoção da amamentação já atuantes. Em 1991, foi fundada a World Alliance for Breastfeeding Action (Waba), com sede na Malásia e representações locais nos territórios dos países signatários do documento. Um dos desdobramentos mais significativos da fundação da Waba foi a criação da World Breastfeeding Week (WBW), que, no Brasil, ficou conhecida como Semana Mundial da Amamentação (Smam), comemorada anualmente entre os dias 1º e 7 de agosto.

Tendo realizado sua primeira edição em 1992, a WBW/Smam é hoje celebrada em mais de 170 países e apoiada pelo Unicef, OMS, Food and Agriculture Organization of the United Nations – FAO (Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura), entre outras entidades. É a Waba quem realiza a coordenação do evento, envolvendo a escolha do tema e do *slogan* anual de cada campanha, a seleção de fontes especializadas para prestar consultoria sobre temas específicos e a preparação e disseminação de materiais de divulgação da WBW/Smam, como peças publicitárias. Esses materiais de promoção têm como objetivo

---

<sup>27</sup>Fonte: Declaração de *Innocenti*. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_innocenti.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf). Acesso em 24.04.2013.

<sup>28</sup>Fonte: Declaração de *Innocenti*. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_innocenti.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf). Acesso em 24.04.2013.

estimular a ação entre grupos locais, governos, Nações Unidas e outras agências e para outras organizações nas atividades da WBW/Smam em seus próprios países<sup>29</sup>.

### **2.2.1. *La Leche League*: “a batalha do leite” e o modelo de maternidade intensificada**

Consideramos necessário pontuar que o reconhecimento por parte dos organismos internacionais da relevância da promoção à amamentação sofreu, segundo Badinter (2011), enorme influência da atuação de *La Leche League* (LLL), organização civil norte-americana empenhada na promoção do aleitamento materno em diversos países, e da corroboração de suas teses sobre amamentação quando se tornam conhecidas as consequências da utilização dos leites em pó na alimentação de bebês de países pobres. “A água insalubre, as condições de higiene e as temperaturas elevadas os transformam em venenos que matam” (BADINTER, 2010, p. 101).

A mesma autora destaca como, sobretudo nos últimos vinte anos, temos presenciado, mundialmente, uma verdadeira “batalha do leite”, protagonizada nos Estados Unidos e em vários países pela LLL. Na ideologia pregada por essa instituição, a mãe que amamenta carrega um papel social fundamental, que é o de garantir aos filhos um desenvolvimento harmonioso, vantajoso não apenas para eles, mas também para a sociedade como um todo. E o que se diz à mãe que, por falta de desejo ou por impossibilidades de várias naturezas, não consegue amamentar? “O reverso da medalha é, evidentemente, a culpa de todas as mães que não se reconhecem aí. Estigmatizam-se aquelas que preferem dar mamadeira e, portanto, não podem experimentar o mesmo apego físico em relação ao seu bebê” (BADINTER, 2011, p. 98).

Criada em 1956, por iniciativa de um grupo de mães da classe média de Chicago, militantes no tradicionalista Christian Family Movement (Movimento da Família Cristã), a LLL surgiu com o propósito de “ajudar ‘de mãe para mãe’ todas as que desejam amamentar sem ousar fazê-lo por medo das dificuldades” (BADINTER, 2011, p. 87). Em meio ao contexto “inóspito” de meados do século XX – com transformações nos padrões de fertilidade, novos modelos de parto e técnicas de alimentação infantil, o avanço do feminismo e da força de trabalho da mulher -, ela surge para defender a “domesticidade tradicional contra os assaltos da vida industrial moderna e dignificar o lado físico, biológico da maternidade de

---

<sup>29</sup> Fonte: *World Breastfeeding Week*, disponível em <http://worldbreastfeedingweek.net/>, acesso em 27.03.2013.



forma que provou ter apelo surpreendente para muitas americanas”<sup>30</sup> (WEINER, 1994, p. 1358).

De acordo com Badinter (2011), as reuniões da organização fizeram tanto sucesso que os grupos vinculados se multiplicaram e se estenderam rapidamente pelos Estados Unidos, chegando a quase 3 mil em 1976, vinte anos depois de sua fundação, e exercendo enorme influência na elevação dos índices de aleitamento materno. Apesar das possíveis contradições entre o momento histórico, determinados setores do movimento feminista e a ideologia pregada pela LLL, seus preceitos sobre maternidade e amamentação espalharam-se rapidamente pelo mundo.

O famoso livro *The womanly art of breastfeeding* (A arte feminina da amamentação), publicado pela organização em 1958, contabilizava, em 1990, mais de 2 milhões de exemplares vendidos. A obra baseava sua argumentação relativa à maternidade e à amamentação em dois princípios claramente formulados: “o primeiro diz que a boa mãe põe ‘naturalmente’ as necessidades do filho acima de tudo. O segundo, que as necessidades do filho são estabelecidas pela ‘natureza’, e que são progressivamente cada vez mais conhecidas” (BADINTER, 2011, p.88).

Weiner (1994) também defende a ideia de que, enquanto a versão classe média da “verdadeira maternidade” no século XIX enfatizava a pureza moral e a piedade, no século XX, apesar da secularidade, industrialização e cientificismo, enfatizou-se o naturalismo. Para a autora, nos discursos proferidos pela La Leche League a mãe e o bebê passam a ser considerados símbolos de natureza e simplicidade, mas não apenas isso.

As fundadoras da liga têm uma visão social que pode ser chamada de maternalista; ou seja, elas subentendem que uma maternidade empoderada definida por qualidades “femininas” melhoraria a sociedade. Sua fé nesta prescrição maternalista permite às mulheres de La Leche League concentrar seus esforços. A partir de meados da década de 1950 até o presente, a La Leche League tem perseguido uma firme missão: “trazer a mãe e o bebê juntos novamente” por meio da “arte feminina de amamentar”.<sup>31</sup> (WEINER, 1994, p. 1358)

Atualmente, La Leche League International está presente em mais de 60 países. Sua filosofia, traduzida em dez preceitos básicos<sup>32</sup>, já faz parte do imaginário científico e leigo da

<sup>30</sup> *Tradicional domesticity against the assaults of modern industrial life and to dignify the physical, biological side of motherhood in ways that proved to have surprising appeal to many Americans.*

<sup>31</sup> *The founders of the league have a social outlook that can be called maternalist; that is, they implied that an empowered motherhood defined by "female" qualities would improve society. Their faith in this maternalist prescription enable La Leche League women to focus their efforts. From the mid-1950s to the present, the La Leche League has pursued a steadfast mission: to "bring mother and baby together again" through the "womanly art of breastfeeding".*

<sup>32</sup> - *Mothering through breastfeeding is the most natural and effective way of understanding and satisfying the needs of the baby; - Mother and baby need to be together early and often to establish a satisfying relationship*

grande maioria das sociedades contemporâneas. A naturalidade do ato de amamentar e sua centralidade na vivência do cuidado com o bebê, a importância do elo emocional entre mãe e filho proporcionado pela amamentação, a superioridade do leite materno em relação a qualquer outro alimento dirigido a lactentes, o protagonismo da criança no processo de amamentação e desmame, com a priorização de suas necessidades em detrimento das necessidades da mãe, entre outras afirmações são “verdades” aceitas e propagadas pelas principais organizações internacionais que atuam em prol do aleitamento materno e compõem o discurso reproduzido, no âmbito das políticas públicas, por grande parte – se não todas – as nações ocidentais.

Os discursos proferidos e difundidos mundialmente ao longo do último quarto do século XX em prol do aleitamento materno, não apenas pela *La Leche League*, mas por governos e organizações internacionais dedicadas à saúde vêm influenciando a consolidação de um processo identificado, na atualidade, como uma nova ideologia de maternidade. Guardadas as especificidades de cada abordagem, tal ideologia já foi nomeada de “politização da maternidade” (MEYER, 2003), “maternidade intensificada” (HAYS, 1998) ou “maternidade total” (WOLF, 2007), uma espécie de ‘código moral’ que exorta as mães a aperfeiçoarem e se sentirem responsáveis por todas as dimensões da vida dos filhos, começando na gestação.

É possível aventar que tal processo tenha se iniciado, no Brasil, com o que Besse (1999) chamou de ‘modernização do sistema de gênero’, ocorrida nas primeiras décadas do século XX por meio de uma série de fatores – dentre eles, a extinção do patriarcalismo, a renovação do casamento e a atualização da educação dos filhos, passando a maternidade e a prática da amamentação por uma revalorização social. Embora tenha, em parte, liberado ‘a nova mulher ideal’ da suposta ignorância, esse processo trouxe, segundo a autora, consequências ambíguas para a condição feminina na sociedade brasileira. Por um lado, provocou a valorização crescente de sua ‘maternidade esclarecida’; por outro, incrementou,

---

*and an adequate milk supply; - In the early years the baby has an intense need to be with his mother which is as basic as his need for food; - Breast milk is the superior infant food; - For the healthy, full-term baby, breast milk is the only food necessary until the baby shows signs of needing solids, about the middle of the first year after birth; - Ideally the breastfeeding relationship will continue until the baby outgrows the need; - Alert and active participation by the mother in childbirth is a help in getting breastfeeding off to a good start; - Breastfeeding is enhanced and the nursing couple sustained by the loving support, help, and companionship of the baby's father. A father's unique relationship with his baby is an important element in the child's development from early infancy; - Good nutrition means eating a well-balanced and varied diet of foods in as close to their natural state as possible; - From infancy on, children need loving guidance which reflects acceptance of their capabilities and sensitivity to their feelings. (Fonte: *La Leche League International*, disponível em <http://www.llli.org/philosophy.html?m=1,0,1>, acesso em 5 nov. 2014)*

gradativamente, a lista dos requisitos que vinculavam a mulher à esfera doméstica por meio da ênfase dada à criação dos filhos e sua relação com traços da personalidade supostamente feminina.

### **CAPÍTULO 3 – CONTEXTOS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL E CONSOLIDAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA CENTRAL**

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma síntese do processo de configuração, no país, da saúde da criança como objeto de políticas públicas específicas, desde a sua conformação como “problema nacional” até os dias atuais, com a constituição da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, de responsabilidade do Ministério da Saúde. Nesse contexto, procuramos explicitar a relevância que o aleitamento materno assumiu, ainda na virada do século XIX para o século XX no Brasil, conquistando centralidade na discussão de um modelo de assistência à saúde e ao bem-estar da criança, desde as iniciativas higienistas de Moncorvo Filho até hoje.

Neste momento, optamos por utilizar a expressão ‘aleitamento materno’ (e não a palavra ‘amamentação’) por entendermos que é, precisamente, ao longo dessa trajetória, que trata da eleição da saúde da criança como ‘questão’ de Estado, que os sentidos relacionados ao ‘aleitamento materno’ preponderaram na construção da política pública brasileira em detrimento dos sentidos acionados pela ‘amamentação’. Este capítulo é, portanto, peça fundamental para contextualizar a formação dos discursos que, mais à frente, analisaremos, apresentando, desde já, intertextos e interdiscursos tão vigorosos nos discursos contemporâneos em defesa da causa no país.

Durante a segunda metade do século XIX, a Europa foi assombrada pelo “fantasma do despovoamento”, decorrente da elevada mortalidade infantil, que girava em torno de 150 óbitos para cada mil nascidos vivos. Na virada para o século seguinte, com uma mortalidade infantil que continuava estacionada, conquistaram espaço novamente “as velhas idéias dos tempos da Reforma Sanitária [ocorrida na Inglaterra e outras nações europeias a partir de 1850] de que a determinação social da saúde e da doença, muitas vezes, consegue superar as possibilidades da intervenção da medicina” (MARQUES, 2000, p. 47).

Nesse contexto, iniciativas voltadas para a mudança de comportamentos familiares e sociais no mundo ocidental, iniciadas na Europa desde finais do século XVIII e início do XIX, tinham como objetivo principal conservar a vida e a saúde das crianças. Os médicos foram uma das categorias mais ativas nesse processo, orientando-se, inicialmente, para dentro da família burguesa. Martins (2004) chama a atenção para o fato de que, ao adentrar a vida e a intimidade da família burguesa, conquistando a confiança e a parceria das mulheres para alcançar os objetivos higiênicos, os médicos começaram a opinar sobre outros temas relativos

à saúde da mulher, além da própria criação dos filhos. Assuntos como gravidez, parto, puerpério e queixas ginecológicas passaram a, cada vez mais, fazer parte da alçada médica.

A maternidade foi, então, alçada à grande função social da mulher para o progresso da sociedade, com inúmeros estudos médicos e psiquiátricos do final do século XIX ressaltando “a incapacidade biológica e psíquica da mulher, sua fragilidade e incapacidade para atividades físicas e pesadas, ou abstratas, para ciências como a matemática” (LUZ, 1982, p. 14). Luz observa que, a despeito de não se adequar às mulheres operárias, bastante exploradas (como as crianças), desde o início do processo de industrialização, esta imagem da mulher frágil e desprovida de capacidades para o enfrentamento do trabalho tido como ‘masculino’ também a elas se aplicará.

A tutela exercida pelo homem sobre a mulher, desde a segunda metade do século XIX até as primeiras décadas do seguinte, seria “uma tutela *estatal*, que está diretamente relacionada à *Ordem das Nações capitalistas*. Em outras palavras, trata-se de um controle político” (LUZ, 1982, p. 15, grifos no original). Assim, a mulher cumpria não somente o papel de ‘reprodutora biológica’, mas também o de ‘reprodutora ideológica’ da sociedade.

Nos “ensinamentos” que proporciona aos filhos, no atendimento às suas necessidades afetivas, na formação do seu caráter, pelo exemplo vivido de qualidades compatíveis com as suas “características” (acima mencionadas) simplicidade, fidelidade, recato, asseio, um pouco de vaidade (que lhe vem da “natural beleza”) e imaginação, compaixão, bondade e pureza, [a mulher/mãe] está moldando à sua maneira, o futuro cidadão e a futura mãe de família. (LUZ, 1982, p. 15)

*Tais discursos sobre maternidade e amamentação carregam, certamente, três dos importantes intertextos/interdiscursos/sentidos que identificamos acerca do tema presentes na contemporaneidade: o da natureza, o do compromisso moral e o do dever cívico. Além de ser biologicamente preparada e destinada a amamentar sua prole, a mãe também tem o compromisso moral de criar seus filhos com boa saúde e sob rigorosos valores morais e o dever cívico de garantir cidadãos fortes – e futuras mães de família, no caso de filhas do sexo feminino - e dispostos a lutar pelo progresso da nação<sup>33</sup>.*

No Brasil, esse processo de transformação da maternidade em função social se deu cerca de um século mais tarde que no Velho Continente, a partir de meados do século XIX. Aqui, diferentemente da Europa, o povoamento não constituía um problema central. No entanto, já no final do século XIX, a constatação das precárias condições de saúde da população e da elevada mortalidade infantil causava preocupação com relação ao futuro do

---

<sup>33</sup> Trataremos mais detalhadamente desses intertextos/discursos no Capítulo 5.

país, mostrando-se inaceitável para as elites reformistas e incompatível com os ideais republicanos da época.

Segundo Freire (2009), o discurso maternalista brasileiro, protagonizado em grande medida pelos médicos, enfatizou a importância da assistência à criança para o progresso da nação, e, embora tivesse características próprias da herança escravista, “foi influenciado pelo exemplo francês – ainda o principal modelo de sociabilidade e civilização na década de 1920” (p. 101). Tanto a mudança de paradigmas com relação ao conhecimento científico quanto a aproximação do médico com as mulheres, opinando sobre casamento, educação dos filhos e organização da vida familiar, contribuíram para a conversão desse profissional em conselheiro familiar e autoridade principal nos assuntos domésticos e, posteriormente, naqueles relativos à saúde da mulher.

A imagem do médico protetor da mulher também expressa o crescente interesse médico-científico pela natureza feminina e as doenças das mulheres, interesse este que resultou na constituição de especialidades médicas voltadas para a especificidade do sexo feminino: a obstetrícia e a ginecologia. (MARTINS, 2004, p. 140)

Até o início do século XX, o Estado brasileiro encontrava na família um dos maiores entraves a sua consolidação. Os hábitos e condutas da tradição familiar colonial dificultavam a higienização das cidades e “levavam os indivíduos a não se subordinarem aos objetivos do Governo” (COSTA, 1999, p. 30). A atuação higiênica da medicina recebeu como herança essa oposição entre poder público e instituição familiar, e foi esta última, então, a escolhida como principal alvo das ações do governo no sentido da higienização das cidades. Nas palavras de Costa (1999), “a reconversão das famílias ao Estado pela higiene tornou-se uma tarefa urgente dos médicos” (p. 30-31).

No entanto, se, na Colônia, o combate à instituição familiar era feito com base na ética punitiva e legal, a medicina higienista reconsiderou essa forma de atuação, entendendo que “a família não podia ser tratada como um adversário político-militar em situação de guerra” (COSTA, 1999, p. 31). Após avaliar e classificar os elementos que compunham o poder familiar, foram criadas novas técnicas persuasivas e outras estratégias de ataque a que a medicina social nomeou de ‘higiene familiar’.

Dentre as regras que norteavam as recentes táticas de ‘assalto à família’, Costa (1999) afirma que uma delas era, em lugar de considerar todos os seus membros como inimigos da medicina higienista, “selecionar os aliados, converter os vulneráveis” (p. 31). As mulheres e crianças tornaram-se, então, alvos prioritários para o processamento dessa mudança. Principalmente a partir de 1910, com a organização do movimento sanitarista, ganha visibilidade o chamado ‘problema da infância’, que se transforma “no eixo da proposta

reformadora capitaneada pelas elites” (FREIRE, 2009, p. 20), sendo as altas taxas de mortalidade infantil interpretadas como produto da falta de cuidado com as crianças. Nesse sentido, a saúde infantil era o grande foco das campanhas, que visavam à adoção do aleitamento materno em detrimento do aleitamento mercenário (feito pelas amas de leite), e de outras medidas higiênicas para a infância no interior do espaço doméstico, voltando-se, sobretudo, à figura da mãe.

Como ressaltou a mesma autora, nas primeiras décadas do século XX, ganhava espaço e visibilidade a proposta baseada em uma dupla estratégia: garantir a assistência do Estado para as mães pobres; e propiciar a difusão do discurso da puericultura e da higiene para as classes média e alta das cidades. Nesse período, as revistas femininas publicaram diversos artigos enfocando a questão da proteção à infância, em geral escritos por médicos, os chamados “especialistas”.

O dr. Mangin da Cunha, que assinava vários desses artigos, garantia ser possível diminuir a mortalidade infantil se as mães proletárias, quando impedidas de amamentar, pudessem obter amas certificadas nos consultórios de lactentes, ou, ainda, “leite puro, gratuito ou a baixo custo”, ofertado nos centros de distribuição, onde as mulheres receberiam também conselhos médicos e explicações sobre o modo de alimentar a criança. (FREIRE, 2009, p. 207)

*Era o dr. Mangin da Cunha quem sugeria também que as mães deveriam começar a aprender sua função maternal desde o hospital no qual fizessem o parto, “onde as puérperas incorporariam a noção de que o leite materno era o alimento mais adequado para seu filho” (FREIRE, 2009, p. 209), exatamente como propõe hoje a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), estratégia da OMS/Unicef presente em diversos países. Tomando como base os resultados obtidos no Serviço de Higiene de Lyon, na França, o médico apregoava tanto a puericultura intrauterina (acompanhamento médico durante a gravidez, atualmente nomeado de Pré-Natal) quanto a amamentação exclusiva ao seio, ou mista, por um período de 12 meses “sob fiscalização médica constante” (FREIRE, 2009, p. 209).*

Desde a segunda metade do século XIX, os médicos brasileiros acreditavam que o enfrentamento da mortalidade infantil demandava medidas higienizadoras, incluindo não somente a assistência formal à saúde materno-infantil, como também “proposições a respeito da educação das mulheres visando à formação física e moral dos filhos, vistos como o futuro do país” (FREIRE, 2009, p. 20). Segundo Wadsworth (1999), em um contexto no qual higienistas e eugenistas elegiam a questão da saúde física e moral como problema urgente, “uma multidão de especialistas em medicina e assistência social propunha-se a instruir as mães nos princípios básicos de saúde e higiene” (p. 2).

Freire (2009) afirma que as então recentes concepções de infância (entendida como valor familiar e social), e de maternidade (sendo a mãe responsável tanto pela formação física, quanto moral e intelectual da criança) eram reiteradas pelos discursos das revistas femininas. A autora aponta, ainda, que muitas feministas, como Ana de Castro Osório, compartilhavam o ideário da maternidade científica e consideravam a alimentação infantil uma responsabilidade materna e atividade de relevância crucial para o progresso da nação.

Além de defender a necessidade de atenção especial à alimentação das crianças, enfatizando que amamentar era um dever maternal da mãe para com seu filho, a maior parte dos artigos das revistas analisadas apresentava a prática da amamentação como um misto de instinto e técnica, que deveria ser aprendida pela mulher, com os médicos, para melhor realização da sua função maternal (FREIRE, 2009).

*A Revista Feminina explicitava a dimensão técnica do tema: “A respeito da alimentação infantil existem certas regras gerais que todas as mães devem estudar e conhecer”. Assim, embora considerada atividade natural das mulheres – definida pela própria essência feminina e inscrita na especificidade de sua estrutura corporal -, a amamentação seria submetida à racionalidade médica e explicada segundo os cânones da ciência da higiene, tornando-se alvo de processo pedagógico específico. (FREIRE, 2009, p. 218, grifos no original)*

Nos jornais editados por mulheres nas primeiras décadas do século XX no Brasil, o tema da educação feminina era defendido para diversas finalidades, desde o progresso da nação à realização pessoal, passando pelo desenvolvimento da inteligência e das aptidões femininas e um meio de a mulher obter seu sustento na falta do pai ou marido. No entanto, a principal razão seria, de acordo com Mott (2001), “para melhor desempenharem a função de mãe de família, pois era com as mães que os filhos deveriam aprender as primeiras lições e os princípios morais” (p. 209).

As mulheres a que os médicos e articulistas da imprensa se dirigiam, propondo a adoção de seus ensinamentos, não eram, inicialmente, as das classes mais pobres, que precisavam trabalhar em qualquer ocupação para garantir o sustento da família, mas as mulheres das classes abastadas urbanas. Estas, além de serem herdeiras dos costumes coloniais de não amamentar, partilhavam agora “os usos criados pela sociabilidade urbana. As modas, festas e diversões consumiam as energias femininas, sem deixar vez à amamentação” (COSTA, 1999, p. 256).

Freire (2009) destaca que, ao lado do fornecimento de informações científicas sobre as vantagens do aleitamento materno, os articulistas das revistas femininas por ela analisadas, em geral médicos, faziam amplo uso de adjetivos e metáforas para convencer as mulheres da necessidade de cumprirem sua missão biológica e social.



Em seu entusiasmo, dr. Wittrock chegou a assegurar que somente a “criança de peito” era perfeitamente normal e que a mulher só se tornava verdadeiramente mãe quando amamentava. Alguns médicos acompanhavam a retórica do obstetra francês Adolphe Pinard – que recuperou, na virada do século XIX para o XX, o termo “puericultura”, criada em 1860 por Alfred Caron -, o qual valorizava de tal forma a amamentação que chegou a considerá-la uma “segunda maternidade”. (FREIRE, 2009, p. 214)

Naquele momento, a culpabilização da mulher foi, segundo Costa (1999), uma das estratégias adotadas pelo discurso da higiene para persuadir as mães a amamentarem suas crias. Pela primeira vez, a mulher da elite teria sido informada de que não sabia cuidar dos próprios filhos. “Até então, nada podia certificá-la de que “amor de mãe” fosse sinônimo de amamentação. Nem, inversamente, de que não amamentar significasse desamor pela prole” (COSTA, 1999, p.258).

Essa revisão do conjunto de normas sociais sobre as relações familiares e a forma de cuidar e educar as crianças na aspirante a ‘moderna nação brasileira’ foi, para Besse (1999), resultado de uma convergência de interesses e esforços entre Estado, Igreja Católica, indústria, profissionais liberais (sobretudo médicos), e outras parcelas da elite brasileira. Segundo a autora, vivenciava-se um “arrasador consenso de que o destino da ‘civilização’ brasileira estava no colo das mães” (BESSE, 1999, p. 108), uma vez que a saúde física e moral das crianças, futuro do país, estaria garantida por meio do exercício irretocável de sua função maternal.

Algumas figuras se destacaram nessa empreitada, iniciada ainda no século XIX, pela garantia da saúde da criança, inclusive nas camadas mais pobres da população. Marques (2000) chama a atenção para o fato de que, nas primeiras décadas do século XX, personalidades importantes da medicina brasileira estiveram envolvidas na defesa do direito à saúde de mães e crianças. De acordo com a autora, motivos não faltavam para essa empreitada movida a discursos emocionados: em 1929, a taxa de mortalidade infantil<sup>34</sup> na cidade de São Paulo era de 156 óbitos, no primeiro ano de vida, por cada 1000 crianças nascidas vivas<sup>35</sup>.

Um dos principais nomes, de acordo com a literatura disponível, ao lado de médicos como Raul Briquet, Fernando de Magalhães e Pedro de Alcântara, entre outros (MARQUES, 2000), foi o Dr. Arthur Moncorvo Filho, eminente pediatra que deixou enorme legado no

<sup>34</sup> Taxa de mortalidade infantil - frequência com que ocorrem os óbitos infantis (menores de um ano) em uma população, em relação ao número de nascidos vivos em determinado ano civil. Expressa-se para cada mil crianças nascidas vivas. (Fonte: Sítio oficial do IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>. Acesso em: 25 de dezembro de 2014)

<sup>35</sup> Segundo o IBGE (1999), em 1930, a taxa de mortalidade infantil no Brasil era estimada em 168‰, ou seja, de 168 por cada 1000 crianças nascidas vivas, valor que já refletia “um lento mas consistente declínio de mortalidade, iniciado desde o princípio do século que é o reflexo da implantação de determinadas políticas sanitárias em alguns centros urbanos nacionais” (p. 20). Em 2010, esse índice era de 15,6‰ (IBGE, 2010b).

âmbito da proteção à criança no país, criando modelos que foram, em grande medida, incorporados pelo Estado brasileiro.

### **3.1. Moncorvo Filho e seu modelo nacional de assistência à infância**

Um dos eminentes médicos a atuar intensamente na defesa da infância no país foi o Dr. Arthur Moncorvo Filho, respeitado pediatra que seguiu os passos de seu pai, Carlos Arthur Moncorvo Filho, considerado o “pai da pediatria brasileira” (FREIRE, 2009). Seus mais de 300 trabalhos publicados em defesa da infância, dentre os quais se destacava o *Histórico da proteção à infância no Brasil 1500-1922*, relacionavam “a higiene infantil à constituição da nação brasileira” (FREIRE, 2009, p. 69).

“Defensor aguerrido da organização de serviços públicos nesta área [da assistência à criança]” (WADSWORTH, 1999, p. 3), Moncorvo Filho tentou, de diversas formas, demonstrar a negligência, por parte do governo, em relação à situação de vulnerabilidade das crianças no país, evidenciando, de acordo com as crenças do período, como tal postura comprometia o futuro da moderna nação brasileira. Para tanto, o pediatra criou, em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (Ipai), cujas metas eram inspecionar as amas de leite e escolas, organizar campanhas de vacinação, estudar as condições de vida das crianças das camadas pobres da população, fiscalizar o trabalho de mulheres e menores na indústria, criação de instituições voltadas à assistência infantil, entre outras (BESSE, 1999; FREIRE, 2009; WADSWORTH, 1999).

De acordo com Besse (1999), a fundação da instituição aconteceu no contexto em que os médicos estavam cada vez mais convencidos da necessidade de reorientar sua reflexão e ação do bem-estar da família de elite para as classes sociais mais pobres e a elaboração de políticas públicas para o setor, buscando deter a “hecatombe das crianças” (p. 102). Tendo, desde sua criação, contado com o apoio de centenas de jornalistas, médicos, advogados, políticos, empresários e também filantropos, o Ipai tinha, entre seus objetivos, “pressionar o Congresso em favor de novas leis que protegessem mães e filhos” (BESSE, 1999, p. 102). Em relatório anual do período de 1903 a 1904, assim Moncorvo Filho definiu a fundação do Instituto:

Quando já eram portentosos os feitos em prol da infancia em todos os paizes do mundo, quando já nos colocava em um ponto de inferioridade devéras estristecedor, a attitude activa e prospera das Republicas sul-americanas, imitando ingentemente o que a civilisação indicava fosse posto em execução no sentido de se cuidar de sua infancia, atirada ao mais reprovavel dos abandonos, nasceu a nossa cruzada, ha cinco annos! Os scepticos e os

retrógrados atiraram sobre nós o vaticínio da desilusão; emprestaram-nos o ephiteto de loucos porque houveramos pretendido estabelecer, abroquelado unicamente na nossa vontade herculea, no nosso inquebrantavel esforço, as bases da assistencia à infancia, taes quaes são impóstas hoje pelo aperfeiçoamento da sociedade. (MONCORVO FILHO, 1904, p.21)

Ao longo do tempo, o Ipai tornou-se responsável por centralizar a administração de todas as organizações fundadas pelo médico. Um exemplo foi o Dispensário Moncorvo, cuja função era oferecer diversos serviços à população, desde a distribuição de leites e consulta para lactantes até creches, até vacinação e tratamento de várias doenças infantis. O Instituto também produzia inúmeros folhetos educacionais, dirigidos, sobretudo, às mães pobres, para que estas aprendessem a ser ‘mães melhores’ e criar seus filhos “segundo as modernas práticas da higiene” (WADSWORTH, 1999, p. 8).

O folheto “ABC das mães” informava-as do perigo representado pelas mamadeiras de metal, denominadas por Moncorvo Filho de “mamadeiras assassinas”, e pelos bicos de borracha cinzenta, que chamava de “venenosos”. Aconselhava as mães livrarem os filhos da chupeta até por dever humanitário: “enquanto o seio leva a vida à boca da criança, a chupeta leva à morte”. Instava-as a protegerem os filhos, lembrando-lhes ser este um “dever social”, uma vez que o futuro da nação dependia dessas crianças. (WADSWORTH, 1999, p. 8)

Para Wadsworth (1999), os folhetos publicados por Moncorvo Filho, médico formado dentro dos mais rigorosos preceitos da higiene e da eugenia da época, revelam que os programas que idealizou não foram motivados por uma preocupação genuína com a saúde das mães pobres e de seus filhos, mas estavam, de fato, comprometidos com o progresso da nação e mesmo com a segurança das classes abastadas e a conservação da ordem social. Segundo o autor, naquele momento, a elite “parecia menos preocupada com suas próprias crianças do que com as crianças pobres, que representavam o futuro da nação brasileira graças ao seu potencial enquanto força de trabalho” (WADSWORTH, 1999, p. 7).

Não apenas para Moncorvo Filho, mas para outros expoentes do período, como Ferreira de Magalhães, “a ameaça social provinha do comportamento criminoso das classes baixas, cujas crianças sofriam de ‘defeitos profundos’ ou da falta de cuidado dos pais”, e a maneira mais eficaz de combater essa ‘doença social’ seria “oferecer o padrão de moralidade, felicidade, saúde e bem estar das classes abastadas às crianças e famílias pobres das cidades” (WADSWORTH, 1999, p. 7).

Da mesma forma, Freire (2009) argumenta que o combate às amas de leite, nas primeiras décadas do século XX no país, a despeito de também invocar aspectos ligados à demografia (e à perda de vidas das crianças cuja alimentação era a elas delegada), “vinculava-se mais estreitamente ao desejo dos intelectuais republicanos no sentido de ruptura com práticas identificadas com o antigo regime – especialmente a cultura escravista – e associadas

ao atraso e à tradição” (p. 212). A condenação das amas negras refletiria, no contexto da adoção da higiene como diretriz no processo de modernização brasileiro, “o medo da contaminação física e moral da sociedade e, de forma mais ampla, a inviabilidade da nação” (FREIRE, 2009, p. 212).

Por essa razão, Moncorvo Filho investiu no potencial educativo de suas ações, buscando “conscientizar” a população sobre a importância dos parâmetros por ele preconizados. Com a criação do Museu da Infância, o médico estabeleceu um espaço que “apresentava um caleidoscópio visual da infância, um panorama enciclopédico da evolução histórica da infância brasileira” (WADSWORTH, 1999, p. 11). Nele, eram difundidos, de acordo com a tradição das exposições universais do século XIX, ideais de progresso e modernidade da elite nacional, e sua organização tinha a intenção de “imprimir na mente dos visitantes a necessidade de seguir as práticas higiênicas, ofertadas pela comunidade médica a uma população arredia” (WADSWORTH, 1999, p. 12).

O Concurso de Robustez era um dos eventos mais importantes do calendário do Ipai. Realizado uma ou duas vezes ao ano, segundo Wadsworth (1999), o concurso premiava com um conto de réis (US\$ 121) as mães, necessariamente pobres, que apresentassem os bebês mais “saudáveis” de acordo com critérios do médico avaliador. “Para participar, a criança deveria possuir menos de um ano de idade, regra que nem sempre era seguida, e ter sido amamentada durante pelo menos por seis meses” (WADSWORTH, 1999, p. 6).

Tal evento refletia e, ao mesmo tempo, reafirmava hierarquias de gênero e raça na sociedade brasileira. Analisando fotos publicadas na *Revista da Semana* sobre um concurso realizado no Ipai do Paraná, em 1922, Wadsworth (1999) constata a predominância do sexo masculino entre os bebês vencedores, “todos brancos, gordinhos e saudáveis” (p. 6). Não apenas na visão dele os concursos privilegiavam “um ideal médico e racial para a saúde, vigor e beleza” (WADSWORTH, 1999, p. 6). Freire (2009) também ressalta que, despertando opiniões diversas e mesmo contrárias, já na época de sua realização, os concursos eram identificados com a ideologia eugênica, de melhoramento da raça.

Alertando, no editorial intitulado “Hominicultura” da primeira edição de *Vida Doméstica*, para o fato de que era “tempo de abrir os olhos de todos” para a moderna ciência da eugenia, dr. Barbosa Vianna comparava os concursos de robustez a “exposições humanas”, nas quais as crianças eram avaliadas por médicos, de forma similar ao que acontecia nas exposições de animais. Já dr. Wittrock criticava tais concursos chamando-os de “concurso de superalimentados”, por estimularem a obesidade infantil. (FREIRE, 2009, p. 238)

A defesa do aleitamento materno era uma das tônicas do discurso de Moncorvo Filho e seus contemporâneos. Já no princípio do século XX, o médico divulgava resultados de suas

pesquisas sobre a composição do leite humano em relação aos leites de outras espécies utilizados pelas mães como substitutivos na alimentação de seus filhos. No seu *Curso Popular de Hygiene Infantil*, de 1917, Moncorvo fez um detalhado histórico da higiene e da assistência à criança, desde a civilização egípcia, passando por gregos e romanos, até chegar ao início do século XX. Nesse panorama, ele destacava a importância da preocupação com a alimentação das crianças e apontava como as mudanças no hábito das mães de aleitarem seus próprios filhos tiveram consequências – desastrosas ou benéficas – para a saúde das crianças em diferentes momentos históricos.

[No século XIX] O rápido desenvolvimento da industria, a agravação da lucta pela existencia, a concentração das populações nas cidades, não podiam deixar de reflectir-se desfavoravelmente sobre a parte menos resistente da sociedade que é a infancia. [...] O refinamento crescente dos costumes, as suggestões da moda, a ancia dos prazeres mundanos incessantes, acarretaram certamente ás mães o incomprehensivel menosprezo pelo aleitamento de seus filhos. (MONCORVO FILHO, 1917, p. 30-31)

No mesmo documento, o médico afirmava que, já nas últimas décadas do século XIX, com o desenvolvimento da Pediatria e como resultado de uma série de pesquisas feitas sobre diversos assuntos da higiene infantil, teve relevância a questão do aleitamento das crianças. Em consonância com as descobertas e progressos das ciências biológicas, ele destacava as várias iniciativas, empreendidas pelo poder público na Europa, “para que fôsse a criação convenientemente amparada, recebendo a alimentação o maior numero de vezes possível, graças ao leite de sua propria genitora”<sup>36</sup> (MONCORVO FILHO, 1917, p. 36).

*Começa a despontar, nesse momento, também o discurso da amamentação calcado no argumento da saúde, bastante alicerçado no alto índice de mortalidade das crianças aleitadas por amas de leite. Ao lado disso, alguns escritos de Moncorvo Filho que destacam achados de estudos, feitos pelo próprio médico, com relação às particularidades de composição do leite humano e sua superioridade em comparação a outros utilizados na alimentação de lactentes passam a compor o discurso higiênico, apresentando-se como precursores do discurso científico acerca do tema.*

*Vemos, aí, o surgimento de uma formação histórica e discursiva específica, na qual a terminologia aleitamento materno passa a se sobrepôr à amamentação na realidade brasileira, reforçando determinados sentidos associados à prática – especialmente a importância do leite materno na alimentação e garantia da saúde do bebê lactente – e*

---

<sup>36</sup> É interessante notar, com relação a isso, que o forte discurso moral para que as mães amantassem dividia espaço com uma complacência referente à alimentação artificial, que passa a conquistar espaço, gradativamente, nos consultórios médicos ao longo da primeira metade do século XX.

*minimizando outros, como o aspecto relacional da prática da amamentação compreendida como experiência vivida entre mãe e filho. Associado a isso, o discurso sobre o papel da mulher no cuidado e alimentação dos filhos é apropriado pelas próprias mulheres, que veem nele uma possibilidade de alcançar mais poder e projeção social, ainda que por meio da reafirmação do espaço doméstico como seu habitat natural.*

Freire (2009) destaca que a preocupação de Moncorvo Filho com a adoção do aleitamento materno não era exatamente precursora, uma vez que, desde a primeira metade do século XIX, no Brasil, os médicos incentivavam as mulheres a amamentar “como parte do projeto mais amplo de construção da nação através de famílias fortes, com crianças saudáveis” (p. 211). Tal projeto ganhou novo fôlego na década de 1870, com a criação da pediatria e também com a força do movimento abolicionista, que recriminava o uso das amas negras no aleitamento das crianças das elites.

Segundo a autora, nas primeiras décadas do século XX, a insistência de diversas categorias sociais, especialmente médicos, políticos e educadores, para que as mulheres amamentassem seus próprios filhos “sugere que a prática da amamentação não era tão comum no período, ao menos em centros urbanos como o Rio de Janeiro e São Paulo” (FREIRE, 2009, p. 210). Após a instauração da República, a relação entre a maternidade e a construção da nação tornou-se o centro das atenções de intelectuais e autoridades em diversas especialidades.

O diferencial da abordagem do aleitamento materno na década de 1920, além do uso mais intenso dos argumentos científicos, estaria, de acordo com Freire (2009), na maior aceitação, tanto por parte das mulheres quanto da sociedade como um todo, do discurso dito científico, na força que o ideal da criança vista como “esteio da nação” conquistara e, ainda, nas reivindicações do movimento feminista por maior valorização da mulher e de seu papel social. No entanto, os “novos argumentos” conviviam com os antigos. Como afirma a autora, “as justificativas em defesa do aleitamento materno invocavam, de maneira geral, seu caráter ‘natural’ e proclamavam o leite da mulher o alimento mais adequado para as crianças” (FREIRE, 2009, p. 213). Ou seja: ao lado das justificativas oriundas da ciência, permanecia a concepção da amamentação como algo natural, próprio da “natureza feminina”.

Moncorvo Filho conclamava, ainda, a intervenção do Estado no quesito da assistência às crianças e às mães. Nesse sentido, organizou e presidiu o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (1922), que discutiu uma ampla gama de questões, como assistência, pedagogia, medicina infantil e higiene, destacando-se a proposição de instrumentos legais específicos de proteção à infância e à maternidade. Para Wadsworth (1999), “as conclusões e

recomendações do Congresso revelam uma forte tendência para a centralização e o controle governamental da assistência infantil pública e privada” (p. 10).

Entre as várias recomendações, sugestões e apelos aos governantes feitos pelos participantes do evento, pleiteava-se o estabelecimento do 12 de outubro como Dia Internacional da Criança; a regulamentação da produção e do consumo de alimentos infantis industrializados; a fundação de um instituto internacional para a proteção das crianças no Rio de Janeiro; a regulamentação dos institutos de assistência à infância; o fim das rodas dos expostos; a supervisão permanente do poder público em relação à assistência à infância; e a sugestão de estabelecimento de espaços reservados para que as mães, sem prejuízo do salário, pudessem amamentar os filhos nos locais de trabalho<sup>37</sup>. Algumas das recomendações do Congresso acabaram sendo incorporadas no *Código de Menores* de 1927” (WADSWORTH, 1999, p. 11, grifo no original). Segundo Wadsworth (1999), o Juiz de Menores Mello de Mattos teria declarado, em 1929, que “a motivação para as medidas legais de proteção repousavam na crença de que a criança representava um recurso econômico e social para a nação” (p. 8).

Ao lado da sua atuação junto às esferas públicas, Moncorvo Filho também investiu na ação filantrópica. Segundo Freire (2009), desde fins do século XIX que o médico esforçou-se na missão de fazer sensíveis as camadas mais elevadas da sociedade urbana brasileira, especialmente as mulheres da elite, à “luta pela higienização das crianças como estratégia de enfrentamento do ‘problema da infância’, representando, sobretudo, pela elevada mortalidade infantil” (FREIRE, 2009, p. 69).

Assim foi que, incorporando mulheres das classes média e alta a seu projeto de assistência à criança, o médico organizou as Damas da Assistência à Infância, cujo papel abarcava desde confeccionar roupas para menores carentes até preparar festas e recolher doações para serem distribuídas nas comemorações do Natal, Ano Novo, Dia das Crianças (12 de outubro) e de Dia de Reis (6 de janeiro). As Damas também auxiliavam o Conselho Administrativo do Ipai (WADSWORTH, 1999).

Na opinião de Wadsworth (1999), a participação de mulheres nas organizações do movimento de assistência à infância “não ameaçava os profissionais do sexo masculino, pois canalizava as energias femininas para atividades percebidas como extensões naturais da maternidade e da esfera doméstica” (p. 5). O autor defende que a estrutura institucional criada

---

<sup>37</sup> Medida bastante avançada para a época, o espaço para que as mães amamentem seus filhos no local de trabalho é hoje um projeto idealizado pelo Ministério da Saúde brasileiro sob o nome de Sala de Apoio à Amamentação (a ser implementada em empresas).

pelo médico, ao colocar a mulher de elite e a mulher pobre em lugares específicos de atuação, acabava por reforçar tanto as hierarquias sociais quanto as de gênero.

Ao longo da sua trajetória em favor da assistência infantil, Moncorvo Filho buscou a legitimação de sua instituição junto às autoridades, por meio de uma série de recursos, como visitas de presidentes, cartas, eventos e relatórios, que tinham como objetivo “obter subvenções do governo para suas obras de inspeção de amas-de-leite, creche e dispensário” (FALEIROS, 2011, p. 44). Com seu intenso trabalho e as várias instituições sob sua coordenação, o médico ofereceu ao governo da época “um modelo organizacional e institucional para a assistência à infância” (WADSWORTH, 1999, p. 5).

Freire (2009) também entende que ele não teria ficado satisfeito em oferecer seus serviços por meio de uma organização de caridade privada, mas “esperava que o Instituto se tornasse o alicerce de um programa nacional de assistência à infância” (p. 4) e tinha a expectativa de que suas ideias e instituições fossem incorporadas pelo poder público em todo o país. Nesse sentido, optou pela criação, em 1919, do Departamento da Criança, que funcionava como “um apêndice do Instituto, que deveria atuar como uma agência de pesquisa e recolhimento de dados” (WADSWORTH, 1999) a serem disponibilizados para o governo federal.

O Departamento da Criança de Moncorvo Filho teve como modelo instituições de proteção à infância de países com Bélgica, Argentina e Estados Unidos e se manteve com base em recursos próprios, heranças e donativos até seu fechamento, em 1938. Desde sua fundação, o Departamento realizou uma série de atividades e produziu um grande volume de documentos, entre relatórios, compêndios do 1º Congresso Brasileiro de Protecção á Infancia e materiais de divulgação impressos, cuja importância o próprio médico destacou em relatório apresentado sobre o ano de 1924:

Um dos maiores serviços que á população brasileira está prestando o **“Departamento da Creança no Brasil”** é, certamente, a grande divulgação de seus impressos, todos cheios de preciosos ensinamentos e que, em vultosas edições, têm sido fartamente distribuidos pelo Brasil inteiro, e larga copia enviada para o estrangeiro. (MONCORVO FILHO, 1925, p. 13-14, grifo no original)

Para sua decepção, o projeto de sistema nacional de assistência infantil esboçado por ele nunca foi assumido oficialmente como governamental, como desejava o seu idealizador. No entanto, o governo brasileiro se apropriou do modelo elaborado pelo médico na estruturação, em 1940, de seu Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado após algumas ações empreendidas durante o Estado Novo. A atuação do respeitado pediatra em prol da assistência à criança certamente contribuiu para gerar, ainda, outros frutos. Alguns



deles foram: o avanço da legislação trabalhista de proteção à criança e à mulher; o desenvolvimento da filantropia, sobretudo como atividade feminina; e a educação sanitária, com a ampla divulgação de informações por meio de materiais educativos e pela ação feminina das educadoras sanitárias.

Como destacou Wadsworth (1999), o movimento de assistência à criança se transformou numa “cruzada pessoal” do pediatra. O autor acredita que um conhecimento mais amplo dos “modelos institucionais e ideológicos com os quais esperava alterar o conteúdo e a forma do sistema assistencial no Brasil” (p. 3) é capaz de fornecer informações fundamentais sobre a constituição do sistema de assistência infantil no país e possibilitar uma compreensão mais profunda das motivações de diversos setores da sociedade – eugenistas, advogados, médicos, políticos e mulheres da elite urbana – para se envolverem com a causa.

### **3.2. Feminismo, filantropia, educação sanitária e proteção à infância**

Durante a Campanha Pró-Infância, organizada por Moncorvo Filho no jornal *Correio da Manhã*, no período de outubro de 1905 a junho de 1906, sobressaíam, na relação dos doadores ao seu Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (Ipai), “sobretudo as listas de subscrição lideradas pelas ‘comissões de senhoras’” (FREIRE, 2009, p. 70). Tais comissões assumiam, principalmente, as funções de venda de cupons e organização de festas (Natal, Ano Novo, Dia de Reis e das Crianças), momentos em que as crianças auxiliadas pelo seu Instituto recebiam roupas, brinquedos e também participavam do baile e do “banquete das crianças”.

De acordo com Freire (2009), ao longo dos textos, “Dr. Moncorvo não se cansava de agradecer os esforços ‘do numeroso grupo de senhoras que auxiliam em tão piedoso mister’” (p. 70). A ação precursora do médico, por meio das Damas da Assistência à Infância, abriu caminho para outras iniciativas de proteção materno-infantil, surgidas principalmente nas duas maiores capitais do país, coordenadas por mulheres integrantes da elite econômica e intelectual urbana brasileira.

Lideradas pela mulher de Moncorvo Filho, d. Guilhermina, as senhoras da sociedade, voluntárias da associação, preparavam também enxovais para os recém-nascidos e ajudavam a assistir as mulheres pobres inscritas no Serviço de Proteção à Mulher Grávida, organização complementar ao instituto. Tais práticas sofreriam, posteriormente, processo de profissionalização, conformando os campos de enfermagem, serviço social e educação sanitária. (FREIRE, 2009, p. 73)

Em meio a um processo de intensa urbanização, industrialização e proletarização, discutia-se o papel que os governos deveriam assumir na vida de seus habitantes, como, por exemplo, na regulação das relações de trabalho e na oferta de serviços no campo da saúde e da assistência social. Como destaca Mott (2001),

[Até então] Os hospitais pertenciam à iniciativa privada ou religiosa e o papel do Estado no campo da saúde restringia-se basicamente ao combate das epidemias e à fiscalização do exercício profissional, dos gêneros de consumo e dos remédios. [...] O percurso do estabelecimento das leis sociais no Brasil foi longo, sendo obtido através da luta de homens e mulheres provenientes de diferentes grupos. (MOTT, 2001, p. 205)

Ao lado disso, com a chegada da República, periódicos femininos começaram a publicar artigos em defesa do sufrágio – direito a voto –, algumas mulheres já tendo lutado para exercer, na prática, tal direito. A dentista Isabel Dillon foi precursora nesse sentido, reivindicando não somente o direito a votar, mas a se candidatar para a Constituinte Republicana, e “uma das primeiras mulheres brasileiras a propor leis de proteção à infância, à maternidade, visto serem esses tópicos de seu programa” (MOTT, 2001, p. 211).

No que concerne ao âmbito da assistência à criança e à mulher, a filantropia exerceu influência fundamental, tendo sido uma seara na qual se destacaram as mulheres da elite intelectual e econômica do país. A partir do final da década de 1910 e durante o período republicano, as associações e grupos fundados e administrados por mulheres aumentaram consideravelmente. As associações de caridade constituíam-se, nesse contexto de virada de século, como um dos poucos lugares de encontro e discussão para as mulheres brasileiras (MOTT, 2001, p. 208).

De acordo com Mott (2001), o discurso maternalista adotado por mulheres das classes média e alta urbanas das principais cidades do país, nas primeiras décadas do século XX, “defendia a preponderância do sexo feminino devido a natureza específica para a maternidade, na defesa e desempenho de atividades relacionadas ao bem-estar das mulheres e das crianças” (p. 202). A atividade filantrópica era vista, portanto, como uma extensão das atribuições domésticas da mulher, em seus cuidados com a família e na administração do lar.

Freire (2009) destaca que, embora fosse herdeira da caridade, atividade estreitamente relacionada, ao longo da história, à religião católica, a filantropia representou, no início do século XX, o tipo de trabalho externo ao ambiente doméstico que era permitido às mulheres, sendo, inclusive, incentivada pelos diversos das revistas femininas como forma de reação aos comportamentos ociosos e frívolos das mulheres das classes mais abastadas, considerados incompatíveis com uma “sociedade moderna”.

O processo que Freire (2009) chamou de “laicização da filantropia” deslocou o sentido da própria atividade, que, esvaziada de seu caráter de gratificação espiritual, passou a representar uma ação em prol do bem comum e do progresso da sociedade, mantendo forte vínculo com a sociabilidade. A autora ressalta que, na década de 1920, a filantropia fazia parte do cotidiano de boa parte dos membros das camadas média e alta urbanas brasileiras, a elas concedendo prestígio e ares de modernidade. “Além de fazer parte da cultura da elite, a filantropia investia-se de caráter cívico, afinado com uma ideologia que lhe atribuía dimensão estratégica na construção da nacionalidade” (p. 67).

Mott (2001) também aborda as diferenças entre a atuação das associações de caridade de meados do século XIX e a das entidades filantrópicas do início do século seguinte. Ela afirma que, se de um lado, as primeiras haviam sido criadas e administradas por religiosos, tendo como foco principal prestar assistência material e espiritual aos necessitados, sobretudo, por meio de doações, nas associações fundadas e dirigidas por mulheres, às vezes provenientes de várias denominações religiosas, as participantes “trabalhavam junto aos beneficiados e tinham por objetivos não só ajudar com doações, como também dar meios para que eles saíssem da situação de necessidade ou seja preocupavam-se com a promoção social” (p. 212).

*Sem desconsiderar as diferenças apontadas pelas autoras, acreditamos que marcas da tradição caritativa católica permaneceram impregnados em práticas e discursos da filantropia, vestígios que, por sua vez, marcam ainda, por exemplo, os discursos contemporâneos das campanhas da Semana Mundial da Amamentação, especialmente na figura da ‘madrinha’ (como detalharemos no Capítulo 4).*

A julgar pelas notas e artigos publicados nas revistas femininas, tanto as novas normas da puericultura, que engendraram a “maternidade científica”, quanto a atividade filantrópica como missão da mulher haviam sido incorporadas e defendidas pela maior parte do movimento feminista da época (FREIRE, 2009). Embora criticada por alguns por constituir o exercício, na vida pública, de atividades consideradas extensões da função doméstica, a mobilização feminina na assistência materno-infantil revela, segundo Freire (2009), a convergência de interesses e opiniões entre higienistas e feministas sobre a valorização da maternidade, “o que contribuiu para que se estabelecesse a relação de aliança e parceria em torno dos princípios da puericultura” (p. 74).

Bertha Lutz, fundadora e principal porta-voz da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (FBPF), ao mesmo tempo em que falava com convicção da emancipação econômica das mulheres, seus direitos políticos e a liberdade para escolher a profissão que desejassem

exercer, independentemente de seu estado civil, “defendia o lar como base da sociedade” (MOTT, 2001, p. 214), entendendo que aquele era o lugar concedido pela natureza à mulher.

No entanto, para ela, o lar não se limitava às quatro paredes do espaço doméstico, mas abarcava a escola, a fábrica e, “principalmente o parlamento onde se elaboram leis que regem a família e a sociedade humana” (MOTT, 2001, p. 214). De acordo com Mott (2001), tal posicionamento da feminista sugere que, para ela, a emancipação feminina, seu acesso à educação e ao trabalho, não se opunha ao papel da mulher como esposa e mãe, “nem o desvio da missão educadora e altruísta da mulher na vida social e política” (p. 214).

Criada em 1922, no Rio de Janeiro, e “considerada a organização feminista que obteve maior visibilidade e agregou o maior número de sócias no período” (MOTT, 2001, p. 213), a FBPF era composta, predominantemente, por mulheres educadas das classes média e alta da sociedade, mas também contava com a participação de profissionais de camadas menos abastadas, como professoras, comerciárias e outras. Proteger as mães e a infância era uma das sete metas da organização, que também atuava no sentido de uma maior instrução feminina e de seu posicionamento no mercado de trabalho, do estímulo à sociabilidade e à compreensão entre as mulheres, de garantir avanços nos seus direitos políticos e na legislação, bem como nas práticas referentes ao trabalho feminino, entre outros objetivos.

No mesmo ano de sua fundação, a Federação organizou o I Congresso Internacional Feminista, no Rio de Janeiro, que formou, entre as suas comissões, uma que discutia a proteção à infância e à maternidade. Uma das participantes, Valentina Biosca, ao tratar da situação de trabalho das mulheres nas fábricas, revelou um panorama degradante e recomendou uma série de ações, como, por exemplo, a implementação de medidas que protegessem o aleitamento materno durante a jornada de trabalho (MOTT, 2001).

O II Congresso Internacional Feminista, realizado em 1931, também foi palco de discussões sobre diversas questões, desde o direito ao voto e mudanças na educação feminina até a criação de um Departamento da Criança e da Mulher e a regulamentação da licença maternidade. Mott (2001) destaca que muitas das propostas colocadas em pauta pela FBPF e suas filiadas foram incorporadas, pelo governo, na Constituição de 1934.

Dentre os itens incluídos na Constituição de 1934 estão: o direito das mulheres votar e serem votadas em situação de igualdade aos homens; de conservarem a nacionalidade e transmitirem aos filhos se casadas com estrangeiros; pagamento igual para trabalho igual; salário mínimo, limite de oito horas de trabalho diário; férias remuneradas; *licença maternidade*; direito de acesso das mulheres a funções públicas; *participação das mulheres na direção e administração de programas de assistência e bem-estar social relativos à maternidade e à infância*. (MOTT, 2001, p. 217, grifos nossos)

A partir de 1920, a concepção imperante era de que os problemas de saúde no país decorriam da falta de educação de maior parte da população. Em meio a esse ideário, que proclamava a necessidade de instituir novas práticas de cuidado com o próprio corpo, assim como a formação de outras categorias profissionais no campo da saúde, surge então uma nova profissão, a de educadora sanitária, compreendida, aos poucos, como eminentemente feminina (FREIRE, 2009). Investidas da tarefa de difundir, mais amplamente, os preceitos da higiene na sociedade brasileira, as educadoras sanitárias também tiveram papel fundamental na consolidação dos ideais higiênicos no âmbito da assistência materno-infantil.

De fato, os documentos assinados por Moncorvo Filho corroboram tal afirmação. Em sua comunicação intitulada *Algumas considerações sobre o problema da infância*, apresentada no II Congresso Internacional Feminino, em 1930<sup>38</sup>, o médico ressaltava o papel da mulher como educadora, função a ela atribuída desde os primórdios do seu trabalho em prol da infância.

Si medicos, philanthropos, estadistas, sociologos e hygienistas, em grande numero se quedam a dirigir suas benevolas vistas para o palpitante problema em causa, não deixa de ser verdade que á Mulher deve estar reservado o principal papel como educadora, como insinuadora dos bons preceitos, como guia para a vida saudavel e feliz, como propagandista dos conselhos para evitar os males funestos como o jogo, o álcool, etc.. como a grande inspiradora das melhores acções na defesa dos direitos que á criança assistem, como ficou evidenciado em 17 de maio de 1927, na celebre “Declaração de Genebra”, aprovada pela Sociedade das Nações. (MONCORVO FILHO, 1930, p. 4)

Freire (2009) destaca que, por meio da análise de revistas femininas da época, é possível perceber que o conteúdo e a tônica das matérias expressam a preocupação dos movimentos feministas, especialmente os que tinham orientação católica, com a questão da educação e da higiene. Tal interseção de interesses, que levou à aliança entre feminismo, filantropia e higienismo, produziu efeitos, sobretudo, a partir da terceira década da República. Um deles foi a criação, em 1930, da Associação das Educadoras Sanitárias.

Tendo por alvo prioritário as crianças, e por destino final as famílias, o trabalho de educação sanitária foi considerado simultaneamente como cruzada, apostolado, ou “evangelho da saúde”, sem perder sua finalidade patriótica de engrandecimento da nação e regeneração da raça. Recrutadas sobretudo entre as professoras, e habilitadas pela ciência médica, as educadoras sanitárias viriam a constituir um grupo profissional cujas funções se caracterizariam como continuidade do magistério, confirmando a identificação entre as representações de mulher, mãe e professora. (FREIRE, 2009, p. 59)

---

<sup>38</sup> Neste quesito, existe, aparentemente, uma divergência com relação a datas. Seria este evento de que fala Moncorvo Filho (1930) o II Congresso Internacional Feminista, que, segundo Mott (2001), teria acontecido em 1931?

Foi da comissão contra a mortalidade infantil de tal associação que se formou um grupo de mulheres, membros da elite paulista, responsável por fundar, também em 1930, a Cruzada Pró-Infância (CP-I), liderada por Pérola Byington e Maria Antonieta de Castro. A primeira, protestante, casada com importante empresário do ramo de eletrificação e comércio de importação, era uma educadora com projeto de reforma social e vasta experiência em trabalho voluntário, realizado na Cruz Vermelha brasileira e norte-americana; a segunda, por sua vez, era católica, solteira e atuava como educadora sanitária, professora e escritora infantil.

As duas participaram ativamente dos congressos feministas organizados pela FBPF, no Rio de Janeiro, debatendo questões que iam desde a criação de parques infantis, escolas de saúde e cursos de puericultura até a defesa do salário maternidade, educação sexual e a criação de uma polícia feminina (MOTT, 2001). Em razão dessa intensa atuação, a Cruzada Pró-Infância, sediada em São Paulo, também teve um papel importante não somente na assistência direta a mães e crianças, mas na luta pela garantia de direitos para essas populações.

As propostas da Cruzada – de pleitear o estabelecimento de leis, criar programas e serviços de proteção à infância e à maternidade e tornar-se um centro de produção de conhecimento – não foram esquecidas. Entre 1930 e 1945 pode-se dizer que a entidade se profissionalizou. [...] Por várias vezes a Cruzada procurou influenciar as autoridades governamentais e legislativas no sentido de patrocinar novos programas em prol das crianças e das suas mães e fazer cumprir os direitos adquiridos. Algumas das propostas feitas estavam em sintonia com aquilo que era defendido pelo governo de Getúlio Vargas e foram incorporadas, outras só anos mais tarde, outras não tiveram êxito. (MOTT, 2001, p. 221)

Assim como a FBPF, a CP-I realizou um trabalho de destaque no âmbito da atenção materno-infantil na cidade de São Paulo, sendo a única instituição a prestar tal serviço por quase 10 anos. Apenas em 1939 um grupo de médicos e religiosas católicas fundou o Amparo Maternal, e a Casa Maternal Leonor Mendes de Barros, do governo do estado, foi criada somente em 1944. A Cruzada lutou intensamente pelos direitos maternos, pela criação de creches e defendeu a proteção à maternidade para todas as mulheres, “as solteiras e as casadas, as mulheres não trabalhadoras e as trabalhadoras de todas as categorias, inclusive as empregadas domésticas e as trabalhadoras rurais, que foram esquecidas pela legislação social e trabalhista até recentemente (MOTT, 2001, P. 229).

A CP-I enviou, ainda, diversos ofícios ao legislativo propondo criação e a aplicação das leis em defesa desses grupos populacionais, promoveu fóruns de discussão e buscou mobilizar a opinião pública por meio das mídias da época. Segundo Mott (2001), durante a ditadura de Vargas, a Semana da Criança idealizada pela instituição foi incorporada e a Casa

Maternal, “copiada” pelo governo. A autora arrisca afirmar, inclusive, que, em determinados momentos, a organização “supriu o papel do Estado, sobretudo através de seus ambulatórios e parques infantis, tendo em vista a precariedade, ou até mesmo a inexistência, de alguns serviços oferecidos pela rede pública” (MOTT, 2001, p. 232).

Em suma, a literatura especializada sugere que, em ambas as posições ocupadas pelas mulheres, seja na filantropia ou na atuação como educadoras sanitárias, elas assumiam funções de relevo para a consolidação do modelo de nação almejado à época, ganhando espaço na vida pública das grandes cidades por meio da assistência e da educação. Em razão da espécie de consenso social de que tais atividades seriam uma extensão do cuidado maternal, qualidade naturalmente feminina, as novas concepções de assistência à infância possibilitaram que as mulheres finalmente pudessem adentrar as estruturas de uma sociedade tradicionalmente patriarcal e masculina, conquistando, muitas vezes, a ampliação da sua formação escolar, atuação política e trânsito social.

No entanto, Besse (1999) defende que, se por um lado, esse foi um período de “avanços” na legislação em defesa dos direitos das mães e das crianças, por outro, as próprias leis que restringiam o trabalho feminino eram produto também de uma convergência de interesses dos sindicatos dominados por homens com os das elites que tinham influência na formulação das políticas. Segundo a autora, os operários tinham como objetivo manter suas mulheres em casa, enquanto “os que elaboravam as políticas buscavam orientar as energias das mulheres das classes operárias para a construção de famílias nucleares estáveis” (p. 107), bem como domesticar maridos e filhos, conservando a ordem social.

No mesmo sentido, Besse (1999) entende que muitas das leis e decretos aprovados nesse período – como os incentivos à procriação e às famílias com muitos filhos, a proteção das crianças contra a exploração e o abandono, a redução da mortalidade infantil e os que regulavam, especificamente, os trabalhos feminino e infantil, garantiam a licença maternidade obrigatória de quatro semanas antes e quatro semanas depois do parto e os intervalos durante o expediente para amamentação até que o bebê completasse 6 meses – continuaram não sendo praticados ou não foram implementados. Embora não resolvessem a “questão social”, eles refletiam o consenso “segundo o qual o bem-estar da criança constituía preocupação pública premente e o Estado tinha o direito e a responsabilidade de controlar o modo como as famílias criavam os filhos” (BESSE, 1999, p. 106).

*Podemos ver, nessa apropriação por parte das mulheres do discurso hegemônico sobre a amamentação, o embrião de um discurso também bastante conhecido hoje, sobretudo nas investigações internacionais sobre o tema numa perspectiva dos Estudos de Gênero: o da*

*amamentação como direito da mulher ou retomada de controle sobre seu próprio corpo. Este foi um dos sentidos encontrados por Kalil e Costa (2013) em revisão de literatura recente, apontando uma tentativa de aproximação do discurso pró-aleitamento materno ou amamentação da pauta mais ampla dos direitos reprodutivos da mulher e do movimento feminista, acreditando que, assim, “o aleitamento materno poderia obter maior apoio político e social” (p. 12).*

### **3.3. Quando o Estado assume a saúde da criança como política**

Alguns autores creditam ao Brasil um papel precursor em relação às ações no âmbito da proteção à infância e à maternidade. Segundo Mott (2001), isto se deve ao fato de, ainda durante a monarquia, terem sido elaborados projetos de lei que pretendiam regulamentar o trabalho de escravos (inclusive mulheres grávidas e crianças), fiscalizar a atuação das amas de leite, entre outros. Pelo projeto de lei elaborado, em 1822, por José Bonifácio de Andrade e Silva,

(...) a escrava depois de completar três meses de gravidez estava proibida de realizar trabalhos pesados e violentos. Após o oitavo mês a atividade deveria ficar restrita ao serviço da casa e depois do parto deveria ter um mês de convalescença. O filho deveria permanecer junto da mãe durante um ano. A lei previa ainda que até os 12 anos os escravos não fossem empregados em trabalhos insalubres e excessivos. (p. 206)

Ainda de acordo com a autora, destacava-se o projeto de inspeção das amas de leite, na maioria escravas, elaborado pela parteira Mme. Durocher e enviado à Câmara Municipal da Cidade do Rio de Janeiro, capital do Império, em 1834. O documento tinha como objetivo combater a mortalidade infantil. No entanto, nenhum dos projetos foi aprovado por irem de encontro aos interesses dos senhores de escravos da época.

Mesmo assim, ela ressalta que a cidade do Rio de Janeiro foi, logo após a proclamação da República, “o primeiro local a regulamentar o trabalho de menores” (MOTT, 2001, p. 207), e também que, “a partir de 1910, em algumas cidades, as professoras primárias obtiveram dois meses de licença maternidade com vencimentos e proibiu-se o trabalho das mulheres no último mês de gravidez e no primeiro do puerpério” (MOTT, 2001, p. 207).

De acordo com Arantes (2011), em relação à situação de abandono e indigência de crianças, com exceção de algumas cartas régias e de pequenas doações a instituições de caridade, o Estado só se manifestou concretamente após 1850, quando foram criadas algumas instituições encarregadas de receber e auxiliar a infância pobre do país, como o Asilo de Meninos Desvalidos, posteriormente Cegos (1854), o Imperial Instituto de Meninos Aprendiz



de Marinheiro (1873), a Escola Quinze de Novembro (1889) e outras no Rio de Janeiro; o Instituto de Educando Artífices (1869) e o Instituto Disciplinar (1902) em São Paulo; e o Instituto João Pinheiro (1909) em Minas Gerais.

A partir do final do século XIX, observou-se um crescimento da pressão social para que o Estado brasileiro “assumisse a responsabilidade pela promoção do desenvolvimento físico, moral e intelectual de todas as crianças” (BESSE, 1999, p. 104). Em função disso, ainda durante o decorrer de década de 1890, presenciou-se a extensão da escolarização pública e elementar gratuita, bem como algumas tentativas de regulação do trabalho infantil nas fábricas.

O Decreto 1313, de 1891, proibia o emprego de crianças com menos de doze anos de idade (exceto no setor têxtil, em que podiam ser contratadas crianças de oito anos), proibia o trabalho noturno para elas e limitava seu horário de trabalho a sete horas diárias não-consecutivas. (BESSE, 1999, p. 105)

No entanto, Besse (1999) pondera que tais determinações eram conhecidas por serem infringidas pelos empregadores, o que é evidenciado pelas inúmeras manifestações na imprensa operária, pelos pleitos dos operários em greve e pela sucessão de leis que tinham como objetivo reiterar as restrições impostas em legislação anterior. Nas primeiras décadas do século XX, impulsionado, inclusive, pela atividade de personalidades envolvidas na defesa da infância, como Moncorvo Filho e outras citadas anteriormente, o Estado intensificou a criação de leis que protegiam a saúde e a integridade física de crianças e mães.

Em 1919, o Código Sanitário aumentou para 14 anos a idade mínima para emprego de menores, e, durante a década de 1920, diversos códigos sanitários incluíram restrições ao trabalho feminino e questões relativas à licença-maternidade. Apenas em 1932, no entanto, leis definitivas que versavam sobre a regulação do trabalho de mulheres e crianças foram aprovadas, como os Decretos 21 417-A e 22 042 (BESSE, 1999).

Segundo o Decreto 21 417-A, a licença-maternidade, obrigatória de quatro semanas antes e quatro semanas depois do parto, devia ser remunerada com metade do salário e era garantido o direito ao emprego após a licença. Não só se exigia dos empregadores que concedessem às mães que estivessem amamentando dois intervalos de meia hora por dia até que seu bebê atingisse seis meses de idade, como também que instalassem creches no local de trabalho, em empresas que empregassem mais de trinta mulheres. (BESSE, 1999, p. 105)

Também em 1919, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no âmbito da chamada Reforma Carlos Chagas, com o objetivo de dar maior amplitude aos serviços sanitários federais. Dentro do Departamento, instituiu-se a Seção de Higiene Infantil, fruto da crescente influência dos higienistas no aparato estatal (FALEIROS, 2011). A participação e intervenção do Estado na área da saúde pública ampliaram-se e solidificaram-

se a partir daí. Entre os anos de 1920 e 1926, algumas instituições e reformas foram implementadas, por meio da articulação de médicos e advogados, principalmente durante a gestão de Arthur Bernardes, “chamado de *Presidente da Criança* por Mello Matos” (FALEIROS, 2011, p. 43, grifo no original), no governo federal.

Em 1927, todas as leis relativas à assistência e proteção à infância foram consolidadas no primeiro Código de Menores, assinado por Washington Luiz, após tramitar nos governos dos presidentes Epitácio Pessoa e Arthur Bernardes, e promulgado na forma do Decreto 17.943-A (FALEIROS, 2011). Segundo Wadsworth (1999), tratou-se de uma legislação produzida com base em “décadas de lutas, sempre mais intensas, para proteger as crianças pobres de doenças, das precárias condições de sobrevivência e daquilo que alguns acreditavam ser a ignorância e superstição de suas mães” (p. 2). Também representou, de acordo com Faleiros (2011), a junção da perspectiva higiênica, que visava à proteção do meio e do indivíduo, à jurídica, de cunho moralista e repressivo, “prevê a vigilância da saúde da criança, dos lactantes, das nutrizes, e estabelece a inspeção médica da higiene” (p. 47).

Com sua filosofia higienista e correccional disciplinar o Código traz importantes inovações, e sua leitura é, não raro, feita como fabricação ou invenção da questão do *menor* (Botelho, 1993, p. 21). Em primeiro lugar ele abole formalmente a roda de expostos mantendo, contudo, o registro secreto para “garantir o incógnito” (a paternidade), estabelece a “proteção legal” até os 18 anos de idade, o que significa ao mesmo a inserção da criança na esfera do direito e na tutela do Estado. (FALEIROS, 2011, p. 47, grifo no original)

Durante esse período, aliado ao movimento higiênico e incumbido da “questão da infância”, o Estado passou a adotar como estratégia central para alcançar os objetivos higiênicos as chamadas campanhas sanitárias, com ênfase na importância crescente da propaganda na resolução de questões da ordem da saúde pública. Assim, começou a mobilizar recursos financeiros e humanos na produção de campanhas que tinham como objetivo “angariar o consenso sobre o perigo oferecido por determinadas enfermidades” (RIBEIRO ET AL., s/d, p. 14; apud CARDOSO, 2001, p. 28) e sobre a importância da promoção de hábitos e comportamentos considerados saudáveis, como, por exemplo, o aleitamento materno.

‘Capturada’ pelos discursos higiênicos e pedagógicos, a criança foi eleita o ‘alvo’ principal dos investimentos de formação e regeneração da raça. Junto a ela, e também por seu intermédio, buscou-se ‘atingir’ toda a unidade familiar, mas muito especialmente a mulher, construída e valorizada em seus atributos domésticos e maternos. (CARDOSO, 2001, p. 40)

De acordo com Besse (1999), por meio da Constituição de 1934, expandiu-se a responsabilidade estatal sobre o bem-estar da criança. A partir dela, os governos federal, estadual e municipal passaram a ter o dever de proteger mães e filhos, inclusive ilegítimos. Além disso, o documento também determinava que o Estado brasileiro “auxiliasse famílias

com muitos filhos, protegesse as crianças da exploração e do abandono, reduzisse a mortalidade infantil e fomentasse a higiene social, a higiene mental e a educação eugênica” (p. 106). A autora afirma, ainda, que tais determinações foram reiteradas pela Constituição de 1937 e pelas determinações feitas pela Comissão Nacional para a Proteção da Família, de 1939.

Ainda durante o governo implementado por Getúlio Vargas após o golpe de 1937, é aprovado o Decreto-lei n. 3.200/1941, de cunho natalista, que, além de estabelecer o casamento religioso com efeitos civis e regular o casamento entre parentes de terceiro grau, “incentiva o casamento e a procriação, facilita o reconhecimento de filhos naturais e privilegia a contratação, pelo serviço público, de casados com filhos (Schwartzman, 1984, p. 111)” (FALEIROS, 2011, p. 51).

Para Faleiros (2011), a política da infância organizada no período, denominada “política do menor”, articulava três elementos: repressão, assistência e a defesa da raça. Tornando-se questão de ordem nacional e seguindo os modelos nos quais foi estruturada, a política de Vargas terá “uma profunda influência nas trajetórias das crianças e adolescentes pobres desse país” (p. 57).

*Desde o final do século XIX e nas primeiras décadas do XX, inclusive, e não por acaso, no próprio governo Vargas, identificamos, principalmente, a tônica moral e cívica nos discursos pró-aleitamento materno, reforçando o estabelecimento de uma relação direta entre o cuidado com os filhos e o futuro da nação: indivíduos saudáveis garantiriam braços e pernas para batalhar pelo progresso do país. O discurso da saúde, ainda não tão calcado nos estudos científicos, mas relacionado à redução da mortalidade infantil, também se apresenta como mote desses discursos, ao lado de um elemento importante, embora de caráter quase subliminar: a contenção da mulher no espaço doméstico sob pena do esfacelamento da instituição familiar. Há ainda, e muito marcado, o discurso eugênico. O engrandecimento (e embranquecimento) da raça brasileira dependia de as boas mães abandonarem o velho hábito de delegar os cuidados e alimentação dos filhos às amas de leite e tomarem para si, de uma vez por todas, tal tarefa. A maternidade – e com ela o aleitamento materno – passa a ser pilar da construção racial, moral e cívica da sociedade brasileira da época.*

Somente em 1940, o governo federal cria o Departamento Nacional da Criança (DNCr), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde e responsável por centralizar a política de assistência à mãe e à criança no país durante trinta anos (BRASIL, 2011). De acordo com Faleiros (2011), o DNCr articulava o atendimento à infância por meio da combinação entre serviços médicos e assistência privada, prestados pelo Serviço de Obras Sociais (SOS),

fundado em 1934 e responsável por atender às demandas por remédios, orfanatos, asilos e hospitais, bem como pelo ensino da higiene e de trabalhos domésticos.

No DNCr, como bem assinala Livia Maria Fraga Vieira (1988), predomina a orientação higienista com campanhas educativas, inquéritos médico-sociais, formação de puericultores, orientação sobre funcionamento de creches, organização do atendimento pré-escolar, incentivando o Clube de Mães. No pós-guerra organiza concursos de higiene e atua como executor dos programas do UNICEF (Fundação das Nações Unidas para a Infância). (FALEIROS, 2011, p. 56)

O DNCr foi extinto em 1969, e, em 1970, criou-se a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), vinculada à Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde. A Coordenação tinha como atribuições “planejar, orientar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência” (BRASIL, 2011). Tal estrutura passou por diversas mudanças até chegar à Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (Atscam), renomeada no final da década de 1990, atualmente chamada de Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM)<sup>39</sup>.

No âmbito específico do aleitamento materno, as primeiras ações do governo federal tiveram início em 1976, com a criação do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (ALENCAR, 2008, p. 70). O programa tinha como objetivo a elaboração de estratégias para reduzir a desnutrição infantil no Brasil, que, desde esse momento, “estabeleceu ações direcionadas especialmente as gestantes, nutrizes e crianças, contemplando atividades de Incentivo ao Aleitamento Materno embasadas em estudos e trabalhos de investigação científica aqui desenvolvidos” (ALENCAR, 2008, P. 70).

O contexto internacional era extremamente favorável ao estabelecimento de ações nesse sentido. Em 1979, teve lugar, em Genebra, na Suíça, a Reunião Conjunta OMS/Unicef sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma das deliberações do evento foi a criação de um código de conduta ética que norteasse e regulasse a propaganda de produtos que interferiam na amamentação. Presente à Reunião, o Brasil colaborou, por meio da Presidência do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), com a elaboração do documento que ficou conhecido como *Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno* (REA, 2003).

---

<sup>39</sup>A partir de 2012, por meio de portaria, a Atscam passou a ser chamada de Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM). Em entrevista presencial concedida à pesquisadora Irene Rocha Kalil em agosto de 2014, a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno da CGSCAM explicou que tal mudança se deu com base no entendimento da equipe do Ministério da Saúde de que uma área técnica trabalharia somente o aspecto técnico, com a formulação de materiais educativos, como cartilhas e outros, e que “uma coordenação é mais do que técnica, ela faz também um trabalho político de articulação com as esferas de gestão”.

A partir da ampla discussão sobre o aleitamento materno em todo o país, começa a ser institucionalizada uma política nacional dedicada ao tema (ALENCAR, 2008), já bem próxima aos moldes que temos hoje.

Em 1980, o INAN busca a ajuda da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), para elaborar um audiovisual sobre amamentação com a finalidade de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meios de comunicação de massa, líderes comunitários e de igreja, etc. Este audiovisual apoiava-se em pediatras famosos e apelava para a necessidade de acumular divisas no país em um momento de crise, dando relevância aos aspectos do valor econômico do leite materno, comparando-o aos gastos com leites artificiais. Após percorrer o país com esse material, técnicos do UNICEF e do INAN apresentaram-no aos ministros da saúde e previdência social, sendo decidido o lançamento do PNIAM. (REA, 2003, p. S40)

No ano seguinte, o governo federal criou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), cujas estratégias da primeira fase tiveram o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) (REA, 2003). Tal política surge, segundo Alencar (2008), “como o mais importante programa de combate à desnutrição na primeira infância” (p. 70), trazendo resultados positivos para o desenvolvimento físico e mental das crianças no país e convertendo-se, também, em “um dos mais importantes instrumentos de governo para a redução da mortalidade infantil a partir de então” (ALENCAR, 2008, p. 70).

De acordo com Souza, Espírito Santo e Gigliani (2010), o programa recebeu destaque internacional em razão de sua diversidade de ações, que abarcavam campanhas na mídia, aconselhamento em amamentação individualizado e grupos de apoio à amamentação para a população, treinamento de profissionais de saúde, elaboração de materiais educativos e aprovação de leis que buscavam tanto proteger a amamentação como controlar o marketing de leites artificiais voltados à alimentação de lactentes.

Os aspectos mais importantes do programa brasileiro pró-amamentação de 1981 foram: (1) ter uma coordenação nacional, (2) utilizar a mobilização social de todos os possíveis atores no tema e (3) contar com campanhas bem elaboradas na mídia. Com isso, o que se documenta em 1986, cinco anos após a primeira avaliação, é que a duração mediana da amamentação aumentou na Grande São Paulo, indo de 2,9 para 4,2 meses, e na Grande Recife, de 2,2 para 3,5 meses; nessa área, o aleitamento predominante, que era de 15 dias apenas, passou a 32 dias de duração mediana, com populações e instrumentos de coleta e análise comparáveis (Rea, 1990). (REA, 2003, p. S40)

Com os bons resultados do programa e o contexto internacional favorável à manutenção e incremento de programas nacionais em prol da amamentação, o Estado brasileiro tem, desde então, intensificado suas intervenções no âmbito da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sendo muitas delas normatizadas e implementadas no SUS

em suas três esferas de gestão: municipal, estadual e federal (SOUZA; ESPÍRITO SANTO; GIGLIANI, 2010).

*Nesse momento, tornam-se hegemônicos os sentidos do aleitamento materno vinculados a um discurso da saúde baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, produzidas em estudos ao redor do mundo. Isto não significa que outros sentidos – da natureza, moral, cívico, psicológico, religioso, do risco – não estejam presentes nesses discursos de constituição de uma política nacional de aleitamento materno, pautada em orientações e deliberações internacionais. No entanto, o discurso científico – que atesta a superioridade nutricional do leite materno na alimentação de lactentes e sua atuação no fortalecimento do sistema imunológico do bebê e na redução de determinadas doenças, como a diarreia e a desnutrição – é convocado com maior peso e frequência, ganhando centralidade nos discursos oficiais em favor da causa.*

*Ao lado do discurso científico e indissociável dele, há, também, uma espécie de novo discurso cívico, agora globalizado. Com os acordos internacionais que reúnem diversos países, a adoção do aleitamento materno passa a ser uma prática de promoção da saúde, redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde da mulher em âmbito mundial, conquistando, assim, seu lugar no rol das grandes causas humanitárias que movem governos e organizações em todo o planeta.*

### **3.4. Características gerais do modelo estatal de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e suas estratégias**

Desde a retomada do movimento em defesa da amamentação, a partir, sobretudo, no último quarto do século XX, vários têm sido os argumentos utilizados para defender o aleitamento, “que vão desde as propriedades biológicas ímpares do leite humano até as questões de cunho econômico, capazes de impactar tanto a família como o estado” (ALMEIDA, 1998, p.13). No entanto, ainda que a amamentação venha sendo tratada como um elo que possibilita vantagens para a criança, a mulher, a família e o Estado, os benefícios para o lactente (nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos) continuam sendo os mais difundidos, constituindo o cerne das campanhas oficiais promovidas desde o início dos anos 80 (ALMEIDA, 1998).

Especificamente em relação ao Estado, no âmbito do aleitamento materno, Almeida (1999) afirma que “os aspectos relacionados à saúde e à economia têm merecido lugar de destaque nas publicações. A adoção de políticas de promoção e apoio à amamentação é

apresentada como uma estratégia supletiva de saúde pública” (p. 17). No que se refere à saúde, os materiais oficiais apontam que “o leite materno dá proteção contra doenças porque só ele tem substâncias que protegem o bebê contra doenças como: diarreia [...], pneumonias, infecção de ouvido, alergias e muitas outras”, que “dar de mamar é um ato de amor e carinho” e que “ajuda na prevenção de defeitos na oclusão (fechamento) dos dentes, diminui a incidência de cáries e problemas na fala” (BRASIL; UNICEF, 2007). Quando se fala em economia, o principal argumento, por sua vez, diz respeito ao desperdício de leite humano ocasionado pelo desmame precoce e os altos custos de reposição desse volume com fórmulas lácteas ou leites industrializados para os cofres públicos.

O Brasil vem investindo no aumento dos índices de aleitamento materno e na sua extensão, utilizando como parâmetros oficiais as orientações emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) na Declaração de *Innocenti*, de 1990. Tais orientações, que preconizam a amamentação exclusiva por 6 meses e a complementada estendendo-se até os 2 anos de idade ou mais, estão expressas em todos os materiais produzidos pelo órgão brasileiro, desde cadernos e manuais dirigidos a profissionais de saúde e às próprias mulheres até campanhas publicitárias de divulgação da Semana Mundial da Amamentação, destinadas ao público em geral.

Ao longo da década de 2000, foi publicada uma série de dispositivos legais, no âmbito da promoção da saúde, versando sobre a questão do aleitamento materno diretamente ou voltados para o funcionamento dos bancos de leite humano, redução da mortalidade materna, neonatal e infantil. Em 2003, foi instituído o dia 1º de outubro como Dia Nacional de Doação de Leite Humano e criou-se o Prêmio Bibi Vogel, de amplitude nacional, com o objetivo de reconhecer o mérito de ações inovadoras na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Já em 2004, além do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, constituído como política de Estado até 2015, foram estabelecidas as normas para habilitação de unidades na Iniciativa Hospital Amigo da Criança – Ihac (redefinidas pela Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014).

O ano de 2006 trouxe avanços para a Política, sobretudo no que se refere à Rede BLH-BR. A Portaria GM/MS nº 2193 definiu a estrutura dos bancos de leite humano e a RDC nº 171 dispôs sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos BLH. Também foi instituído o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (reformulado, posteriormente, por meio da Portaria MS/GM nº 111, de 19 de janeiro de 2012) e promulgada a Lei nº 11.265, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. Em 2008, o MS criou a Rede Amamenta Brasil (modificada pela Portaria MS/GM nº 1.920,

de 5 de setembro de 2013, que instituiu a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil), com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno na atenção básica<sup>40</sup>.

Atualmente, a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno é responsabilidade da Coordenação das Ações de Aleitamento Materno da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM)<sup>41</sup>, vinculada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS). Entre outras atribuições, cabe ao Dapes coordenar a formulação e implementação de políticas destinadas a grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravos. As crianças são um dos grupos populacionais contemplados pelo departamento por meio da CGSCAM, que tem o compromisso de elaborar diretrizes políticas e técnicas voltadas à atenção integral à saúde da criança desde a gestação até os 9 anos de idade, apoiando sua implementação nos estados e municípios da federação.

Desde 2011, segundo informações disponíveis no sítio oficial do Ministério da Saúde<sup>42</sup>, a Coordenação tem empreendido esforços na construção e consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), cujas ações englobam desde o pré-natal da mulher, parto e nascimento seguros e humanizados e atenção à saúde do recém-nascido até aleitamento materno, promoção da saúde e prevenção de agravos, estímulo ao desenvolvimento na primeira infância (0 a 5 anos de idade) e prevenção da violência, entre outras.

A Pnaisc contempla seis eixos estratégicos, dentre os quais se encontra um dedicado ao Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Tal eixo apresenta, por sua vez, cinco estratégias centrais: a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH-BR); a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac); o Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta; e a Mobilização Social. Nesse âmbito, a CGSCAM atua também nos eixos da Proteção Legal ao Aleitamento Materno e do Monitoramento dos Indicadores de Aleitamento Materno.

---

<sup>40</sup>Fonte: Portal Saúde/MS. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/513-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/11-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10382-legislacao>>. Acesso em: 5 nov. de 2014

<sup>41</sup> Atualmente, a CGSCAM é composta por quatro nutricionistas que, segundo a coordenadora do setor, são duplamente vinculadas ao tema do aleitamento materno: tanto por sua experiência pessoal quanto pela atuação profissional.

<sup>42</sup>As informações foram coletadas no endereço <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/513-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/11-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12865-pnaisc> em 26 de dezembro de 2014.



A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS, denominada sucintamente de Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, foi lançada em 2012, por meio da junção de duas ações anteriores do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil, de responsabilidade da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), coordenada pelo Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN).

A estratégia tem como foco a formação de recursos humanos na atenção básica, qualificando os processos de trabalho daqueles profissionais da Atenção Básica. O objetivo do MS é conseguir tanto o reforço quanto a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Coordenada em parceria pela CGSCAM e pela CGAN, ela visa colaborar com as iniciativas para a atenção integral da saúde das crianças, tendo como princípio a educação permanente em saúde<sup>43</sup> e como base a metodologia crítico-reflexiva<sup>44</sup>. A efetivação da estratégia ocorre por meio da realização, nos estados e municípios da federação, da formação de tutores e de oficinas de trabalho nas unidades básicas de saúde (UBS).

Trata-se, portanto, de uma estratégia estabelecida na interface entre educação e comunicação, atuando 1) na formação continuada dos profissionais de saúde; 2) nas mediações propiciadas pelas discussões e pelo trabalho em rede que, em tese, tende a privilegiar a *construção compartilhada do conhecimento* (MARTELETO; VALLA, 2003), ainda que essa construção possa ser compartilhada apenas pelos gestores e profissionais de saúde.

Por sua vez, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) é uma estratégia que aposta na importância dos bancos de leite humano (BLH) como agentes fundamentais no aumento dos índices de aleitamento materno em âmbito nacional. Os BLH são responsáveis tanto pelo auxílio a lactantes com dúvidas ou problemas durante a

---

<sup>43</sup> Para Ceccim (2005), a terminologia Educação Permanente em Saúde traz consigo a definição para o “processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” (p. 161). Segundo o autor, ao mesmo tempo em que reconhece a importância da atualização das práticas de saúde com base nos mais recentes “aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis” (p. 161), a Educação Permanente em Saúde implica uma nova construção das relações e processos dentro das equipes por meio de uma atuação conjunta que implica desde atores e práticas organizações até práticas interinstitucionais e intersetoriais e as políticas nas quais os atos de saúde se encontram inseridos.

<sup>44</sup> Segundo o MS, em informações disponíveis em seu site oficial na internet, tal metodologia é desenvolvida por meio de “atividades teóricas e práticas, leituras e discussões de textos, troca de experiências, dinâmicas de grupo, conhecimento da realidade local, sínteses e planos de ação”.

amamentação quanto pela coleta, processamento, controle de qualidade, estoque e fornecimento do leite humano pasteurizado a recém-nascidos, em geral, prematuros de baixo peso, internados em unidades de terapia intensiva neonatal e impedidos de mamar no peito.

A rBLH-BR é hoje considerada a maior e a mais complexa do mundo, sendo composta, atualmente, por 359 unidades, sendo 213 bancos de leite humano e 146 postos de coleta<sup>45</sup>. Em muitos estados, os bancos de leite contam com o apoio de outras categorias de profissionais, como Correios e Corpo de Bombeiros, para coletar o leite das doadoras em domicílio e levar em suas casas os recipientes já esterilizados para a coleta. O sistema BLHWeb, que concentra as informações relativas a todas as unidades da rede, é alimentado por cada uma delas e gerenciado pela equipe do Banco de Leite Humano do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), centro de referência nacional e para países iberoamericanos. Os relatórios, que incluem dados consolidados sobre número de doadoras, total de leite coletado (em litros), total de leite distribuído (em litros) e número de bebês beneficiados – podendo essas informações ser pesquisadas em relação a determinados períodos ou regiões do país –, estão disponíveis para qualquer cidadão interessado no assunto, imprensa e sociedade civil como um todo no endereço <http://www.redeblh.fiocruz.br/>.

Em 2014, a rBLH-BR e o Programa Ibero-americano de Bancos de Leite Humano (IberBLH), ambos coordenados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), lançaram o 1º Prêmio Jovem Pesquisador da Rede de Bancos de Leite Humano (rBLH), dirigido a estudantes universitários ou profissionais com nível superior (com até 10 anos de formação). O objetivo seria reconhecer e estimular o desenvolvimento de trabalhos que possam contribuir para fortalecer as ações desenvolvidas pela rBLH não apenas no Brasil, mas em países da América Latina e Caribe, Península Ibérica e no continente africano.

A iniciativa premiará trabalhos em três linhas de investigação – processamento, controle de qualidade e utilização do leite humano; assistência em amamentação na rBLH; e comunicação e informação na rBLH – e reforça o compromisso que os gestores da estratégia no sentido de produzir conhecimento de excelência no âmbito de atuação da rBLH, incentivando o engajamento das novas gerações e oportunizando a formação de novos valores<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup>Informação coletada no site oficial da Rede BLH-BR ([http://producao.redeblh.icict.fiocruz.br/portal\\_blh/blr\\_brasil.php](http://producao.redeblh.icict.fiocruz.br/portal_blh/blr_brasil.php)) em 26 de dezembro de 2014.

<sup>46</sup> Informações coletadas no endereço <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/rpjport.pdf> em 26 de dezembro de 2014.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac) integra a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Lançada em 1991, já foi adotada por mais de 20.000 hospitais em cerca de 160 países, entre os quais está o Brasil. Os critérios globais da Ihac – necessários ao credenciamento das maternidades interessadas em participar da Iniciativa – compreendem a adesão aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, que, no caso do Brasil, é a NBCAL-Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.

Para a concretização da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, são necessárias a sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos na assistência às mulheres (gestantes/lactantes), seus bebês e as famílias. Esse processo de sensibilização e capacitação se dá por meio da oferta de cursos dirigidos a diferentes públicos: gestores (estaduais, municipais e hospitalares); profissionais da assistência envolvidos diretamente no manejo do aleitamento materno; e avaliadores, que, através desse curso de formação, estarão credenciados a fazer avaliação externa e reavaliação dos hospitais em relação aos critérios da Ihac.

Para que a unidade de saúde possa manter o título de Hospital Amigo da Criança a cada avaliação, é necessária uma formação permanente de seus profissionais e dos próprios usuários, a partir da contínua difusão de informações (os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e outras); de cursos para capacitação de gestores e profissionais, conscientizando-os sobre a importância de incentivar o aleitamento desde antes do parto e a necessidade de adotar medidas mais eficientes para o manejo da amamentação; e da sensibilização das próprias gestantes e mães sobre a importância de amamentar seus filhos diretamente ao seio materno, evitando a introdução inadequada de outros alimentos e utensílios que atrapalham o bom desenvolvimento da amamentação.

O Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta é, segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, a “caçulinha” entre as estratégias que compõem a política pública voltada à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Trata-se de uma ação lançada pelo MS em 2010 e que tem como objetivo apoiar a mulher trabalhadora que está amamentando em seu retorno ao trabalho, após o final da licença maternidade. Segundo ela, a iniciativa surgiu da necessidade de não somente orientar a mulher que amamente exclusivamente até os 6 meses de vida do bebê, mas apoiar a mulher na sua volta ao trabalho, em seu processo de acolhimento pelo empregador e/ou gestor e seus colegas de equipe. Nesse

sentido, trata-se de uma estratégia que, nas palavras da própria coordenadora das, ‘extrapola o setor saúde’ e busca aproximar outros setores para sua sensibilização com relação à importância da amamentação para a saúde da criança amamentada e da mulher que amamenta e para a necessidade de apoiar essa mãe trabalhadora que amamenta para que ela seja capaz de conciliar amamentação e trabalho.

No que concerne aos materiais educativos desenvolvidos para a estratégia, além de uma cartilha voltada às mulheres, que apresenta a legislação pertinente à relação amamentação e trabalho, há um folder dirigido a empresários. Segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS, esses materiais, sobretudo a cartilha, têm atendido a uma demanda por informações úteis não somente de gestantes e lactantes, mas também dos próprios profissionais de saúde. De acordo com ela, em geral, os profissionais detinham o conhecimento técnico sobre o manejo da amamentação – pega, posição do bebê, principais problemas fisiológicos que a mulher pode enfrentar durante o processo -, mas não sabiam, muitas vezes, como orientar as mães sobre seus direitos. Nesse sentido, ela afirma que “isso é extremamente importante porque, se você trabalha querendo que essa mãe continue amamentando, você precisa orientar que ela tem direito a ter pausas durante o trabalho, [...] chegar meia hora mais tarde ou sair meia hora mais cedo para dar continuidade à amamentação”<sup>47</sup>.

A estratégia de Mobilização Social, de acordo com a descrição presente no site oficial do Ministério da Saúde, ocorre por meio da celebração de datas comemorativas como a da Semana Mundial da Amamentação e do Dia Nacional da Doação de Leite Humano, sendo a primeira um evento decidido internacionalmente pela Waba e seguido por diversos países. As comemorações funcionam, segundo destaca o próprio MS em seu sítio oficial, como instrumento de *marketing* social, um elemento de difusão do discurso oficial/hegemônico cujos propósitos são aumentar os índices de aleitamento materno e sensibilizar novas doadoras de leite humano.

A Proteção Legal ao Aleitamento Materno, como o próprio nome da estratégia indica, consiste na criação de um aparato, na forma de leis, que garanta o direito de mulheres trabalhadoras amamentarem seus filhos e protejam o aleitamento por meio de instrumentos reguladores da comercialização e da propaganda de alimentos e produtos para a alimentação infantil. Atualmente, o Brasil possui uma legislação específica que protege o aleitamento materno, com a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças

---

<sup>47</sup> Trecho da entrevista concedida pela profissional à pesquisadora Irene Rocha Kalil em agosto de 2014.

de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e a Lei 11.265. Recentemente, com a Lei 11.770, de setembro de 2008, outro avanço legal foi alcançado no sentido de promover e apoiar a prática do aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê: a extensão da licença maternidade, sem prejuízo do emprego ou do salário, para funcionárias públicas federais. A adoção da licença maternidade de seis meses por estados, municípios e empresas privadas de todo o país não é obrigatória, mas estimulada pelo governo federal.

O Monitoramento dos Indicadores da Amamentação consiste na mensuração das prevalências de aleitamento materno em todos os municípios brasileiros, dados esses que podem ser utilizados tanto na avaliação da efetividade das políticas públicas já empreendidas quanto na formulação de novas estratégias mais condizentes com as realidades neles refletidas. De acordo com a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS, a primeira pesquisa nacional sobre aleitamento materno foi realizada em 1999, durante a campanha nacional de vacinação em todas as capitais brasileiras, exceto Rio de Janeiro. Tal inquérito “trouxo contribuições importantes para a análise da situação da amamentação no País e para a formulação de políticas no âmbito dos estados e regiões analisadas” (BRASIL, 2010c).

*A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*, disponível no sítio do MS, foi publicada em 2009 e, de acordo com trecho do próprio documento, “teve por objetivo verificar a situação atual da amamentação e da alimentação complementar no Brasil, analisar a evolução dos indicadores de aleitamento materno no período de 1999 a 2008” (BRASIL, 2009d, p. 3), identificando também grupos populacionais considerados mais vulneráveis a interromper o aleitamento materno e avaliando práticas alimentares saudáveis e não saudáveis. Outro documento, publicado em 2010 e intitulado *Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros*, apresentou “informações sobre 227 municípios que participaram da pesquisa em 2008 e inseriram seus dados no sistema on-line desenvolvido para esse fim” (BRASIL, 2010c, p. 10).

Segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, em função de uma mudança na metodologia da pesquisa, ela não pôde ser realizada novamente em 2014 como estava previsto pelo MS. Nos anos anteriores, a pesquisa era realizada durante a Campanha Nacional de Vacinação por meio de entrevista com mães de crianças com até 2 anos de idade (tendo como público mais específico as crianças menores de 6 meses). Com a mudança no calendário vacinal, a amostra de crianças menores de 6 meses sofreria uma diminuição significativa, e isto gerou, segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS,

a necessidade de elaboração de uma nova metodologia, que se encontra em fase de validação pelo órgão para que possam ser gerados dados novos acerca da prevalência do aleitamento materno no país.

Com a contribuição de todos esses esforços empreendidos no Brasil a partir das últimas décadas do século XX, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no país apresentou declínio significativo nos últimos anos, passando, segundo dados do Ministério da Saúde, de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, o que representa uma redução média de 59%. O aumento da prevalência do aleitamento materno é apontado, de acordo com os dados oficiais, como um dos fatores que concorreram para essa mudança no perfil nacional, ao lado da ampliação do acesso ao saneamento básico, da melhoria geral das condições de vida, segurança alimentar e nutricional e do crescimento do grau de instrução das mulheres, entre outros (BRASIL, 2009c).

No entanto, Souza, Espírito Santo e Giugliani (2010) destacam que, a despeito do incremento conquistado com relação à prática do aleitamento materno no país nos últimos quarenta anos, as taxas, principalmente às relacionadas à amamentação exclusiva, continuam abaixo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A última *Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros*, divulgada pelo MS em 2010, revelou, ao menos em parte, as diversas realidades em torno da amamentação no país e seu distanciamento, em alguns aspectos, dos parâmetros estabelecidos pela OMS<sup>48</sup>. No que se refere ao aleitamento materno (AM) exclusivo em menores de 6 meses, no Brasil, o observado em todas as regiões - Norte, Nordeste, Centro- Oeste, Sul e Sudeste -, é que a maioria dos municípios pesquisados apresentou prevalências inferiores à média nacional (41%), considerada razoável de acordo com o preconizado pela OMS.

Em relação ao aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses, utilizado como indicador da continuidade do AM<sup>49</sup>, as situações diferem bastante: na Região Norte, a maioria dos municípios apresentou prevalências de aleitamento materno superiores à média do Brasil (58,70%), destacando-se quatro municípios do Estado do Pará com mais de 90%; na Região Nordeste, a maioria dos municípios apresentou prevalências de AM superiores à média nacional, destacando-se Itapecuru Mirim, no Maranhão, com o maior índice (85,71%); na Região Centro-Oeste, observou-se um equilíbrio entre o número de municípios com prevalências superiores e inferiores à média nacional; na Região Sudeste, os estados tiveram

---

<sup>48</sup> De acordo com a OMS, taxas entre 50% e 89% são consideradas boas e entre 90% e 100%, muito boas.

<sup>49</sup> No documento, o Ministério da Saúde esclarece que a OMS utiliza como indicador de continuidade do AM a proporção de crianças de 12 a 15,9 meses amamentadas. Como a pesquisa do MS foi realizada apenas com crianças menores de 1 ano, optou-se por utilizar a faixa etária de 9 a 12 meses.

comportamentos distintos em relação a esse indicador. Minas Gerais teve mais de 50% dos municípios com médias superiores à do Brasil, o Rio de Janeiro apresentou o mesmo número de municípios acima e abaixo da média nacional, e o Estado de São Paulo teve a maioria dos municípios abaixo da média.

Os municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo tiveram índices de prevalência inferiores à média nacional: 58,30% e 48,70% respectivamente. Na Região Sul, todos os municípios apresentaram prevalências inferiores à média nacional, exceto Canoas, no Rio Grande do Sul, que teve prevalência de 60,9%. Na comparação geral, da média de todos os municípios pesquisados em relação aos parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, a pesquisa destaca que,

Em relação ao AM na primeira hora de vida, a maioria dos municípios participantes encontra-se em boa situação, com prevalências entre 50% e 89%. Já em relação ao AME em menores de seis meses, a maioria tem situação considerada pela OMS como “razoável”, com prevalências inferiores a 50%. (BRASIL, 2010c, p. 57)

Os dados sugerem que, apesar do investimento no desenvolvimento de uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM) de abrangência nacional, as realidades encontradas – relacionadas ao AM na primeira hora de vida, AM exclusivo até 6 meses e AM entre 9 e 12 meses – são bastante diferentes no imenso território brasileiro, o que pode indicar a influência de fatores de ordem cultural e econômica nas decisões das mulheres das várias regiões sobre quando e por quanto tempo amamentar.

Rea (2003) constata o aumento na duração média da amamentação entre as mães brasileiras, mas se questiona se as ações empreendidas pelo governo nas últimas décadas tiveram, de fato, os melhores resultados, ou se estes poderiam ser ainda mais significativos.

Os dados dos inquéritos inicial e final estão mostrando que em 1975, uma em cada duas mulheres amamentava apenas até o segundo, terceiro mês, enquanto que em 1999, uma em cada duas mulheres leva a amamentação até cerca de dez meses. Esse aumento em 25 anos pode ser pensado como um sucesso? Ou poderia estar muito melhor se todas as atividades que se realizaram tivessem sido mantidas, avaliadas, corrigidas, bem coordenadas, melhoradas? (REA, 2003, p. S38)

Para Souza, Espírito Santo e Giugliani (2010), os principais obstáculos para que o país alcance os índices desejados de aleitamento materno são, além de suas dimensões continentais, que implicam diferenças regionais significativas, a dificuldade de sensibilização, tanto de gestores e profissionais de saúde quanto da população em geral, sobre a importância da promoção do aleitamento materno; a escassez de recursos humanos com qualificação para o trabalho; e o abandono do aleitamento materno após o final ou mesmo durante a licença-maternidade. Tais obstáculos evidenciam, segundo as autoras, a necessidade que o Brasil

carrega de investir em novas estratégias que visem ao incentivo à amamentação no sentido de atingir patamares mais altos do que os atuais.

Ao longo das últimas duas décadas, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro intensificou a produção de materiais de informação, educação e comunicação voltados à temática do aleitamento materno/da amamentação. Somente entre 2007 e 2010, o órgão produziu, por meio da sua Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (então chamada Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno), um volume significativo de documentos sobre o tema.

Foram mais de uma dezena de publicações (entre cartilhas, guias, manuais, cadernetas e relatórios de pesquisas), além de folders, cartazes, vídeos e outras peças de campanhas relacionadas à amamentação e à doação do leite humano. O MS também participou da elaboração de capítulos de livros e artigos científicos, deixando, inclusive, diversas publicações em andamento (BRASIL, 2011), o que revela a importância crescente que a informação, a educação e a comunicação têm adquirido no âmbito da saúde da criança em nosso país. Tal importância se materializa na forma de documentos dirigidos a distintos públicos. Documentos que, segundo Frohmann (2008), têm, assim como os enunciados para Foucault, o poder de “afetar ou criar sentidos” (p. 22).

Ao empreender esforços para difundir o discurso oficial acerca do aleitamento materno e da amamentação, seja em campanhas dirigidas à população, publicações de orientação para profissionais ou livros e periódicos científicos, o MS<sup>50</sup> visa estabilizar os sentidos sociais sobre o tema, enfatizando aqueles que estão de acordo com o que preconiza o Estado brasileiro, bem como seus parceiros: Sociedade Brasileira de Pediatria, Organização Mundial da Saúde, Unicef e outros organismos nacionais e internacionais que atuam em prol da causa. São alguns desses documentos, dirigidos a distintos públicos – profissionais de saúde, empresários, mulheres e população em geral -, que nos propomos a descrever e analisar nos capítulos que se seguem, identificando semelhanças e diferenças, continuidades e rupturas entre eles.

---

<sup>50</sup>Aqui entendido como *emissor* ou *sujeito da enunciação*, como será explicitado no próximo capítulo.



**PARTE III – DAS CONTINUIDADES, RUPTURAS, SILÊNCIOS E SENTIDOS NOS  
DISCURSOS NOS MATERIAIS**

## CAPÍTULO 4 – OS MATERIAIS DE PROMOÇÃO E ORIENTAÇÃO ATUAIS: CONTINUIDADES E RUPTURAS NOS DISCURSOS

Neste capítulo, apresentamos os materiais de promoção e orientação ao aleitamento materno selecionados para a pesquisa<sup>51</sup> levando em consideração tanto suas particularidades quanto aspectos de conjunto. Buscamos realizar uma descrição enriquecida por elementos analíticos, possível a partir da análise propriamente dita dos documentos e das entrevistas realizadas com gestores do Ministério da Saúde anteriormente citados<sup>52</sup>. Entendemos, como Orlandi (1999), que a opção por trabalhar na perspectiva da Análise de Discurso não nos coloca “fora da interpretação” da linguagem (fora da história e fora da língua), mas nos protege, por meio do dispositivo teórico, de sermos vítimas dos “efeitos de evidência” da linguagem, essa ideia de que as palavras possuem um sentido imanente, referencial, e que, para decifrá-lo, somente é necessário conhecer o código. Por isso, a autora afirma que “não há análise de discurso sem a mediação teórica permanente, em todos os passos da análise, trabalhando a intermitência entre descrição e interpretação que constituem, ambas, o processo de compreensão do analista” (ORLANDI, 1999, p. 62).

A descrição analítica realizada a seguir se deu com base em alguns conceitos importantes para a perspectiva teórico-metodológica adotada. O primeiro deles é, certamente, a noção de ‘contextos’, explorada tanto em sua dimensão mais imediata (que inclui elementos da produção propriamente dita e aspectos da construção textual e visual mais facilmente identificáveis) como em sua dimensão intertextual (ou do interdiscurso), ligada à ideia de que um texto/discurso se constrói sempre por remissão – consciente ou não – a outros textos/discursos (Cf. Capítulo 1). Também se fazem presentes, ao longo do processo, os conceitos de ‘discurso concorrente’, as noções de ‘denotação’ e ‘conotação’ aplicadas à análise de imagens, e categorias analíticas provenientes da teoria de enunciação, como a ‘modalização da enunciação’, proposta por Pinto (1994), e a ‘enunciação pedagógica’

---

<sup>51</sup>População em geral: Smam 2008 (Cartaz / Folder); Smam 2009 (Cartaz / Folder / Anúncio / Banner); Smam 2010 (Cartaz / Folder / Anúncio População / Banner); Smam 2011 (Cartaz / Folder); Smam 2012 (Cartaz / Folder / Anúncio); Smam 2013 (Cartaz / Folder / Anúncio); Smam 2014<sup>51</sup> (Cartaz / Folder / E-mail Marketing); Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Empresários: Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação (Folder). Profissionais de saúde: Saúde da criança: Nutrição infantil; Aleitamento materno e alimentação complementar (Caderno); Smam 2010 (Anúncio Profissionais); Álbum seriado promovendo o aleitamento materno (produzido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef – e pelo Ministério da Saúde). Os materiais foram classificados quanto à natureza ou tipo (se de promoção ou orientação), formato, tamanho (número de páginas), principais temas abordados, destinatários identificados e se menciona ou não o desmame, como pode ser visto na tabela do Apêndice D.

<sup>52</sup> No Capítulo 5, alguns dos aspectos apontados nessa descrição serão tratados com maior aprofundamento visando apontar os principais intertextos ou interdiscursos presentes nos discursos analisados e aqueles discursos que nos pareceram ‘esquecidos’, silenciados ou negligenciados por eles.

(VERÓN, 2004), e os conceitos de ‘paráfrase’ e ‘metáfora’ na apropriação de Orlandi (1999). Tal processo nos permitiu 1) inferir determinados aspectos sobre as condições de produção dos discursos, desde a produção propriamente dita até sua circulação; e 2) apontar semelhanças e diferenças ou continuidades e rupturas mais gerais entre os discursos oficiais sobre aleitamento materno contemporâneos produzidos no Brasil.

Nesse sentido, fizemos apontamentos sobre questões mais gerais que perpassam esses materiais e que suscitam discussão acerca dos discursos e de suas condições de produção, mencionando possíveis aproximações e distanciamentos com discursos tradicionais tanto do âmbito do aleitamento materno, quanto do campo da saúde como um todo e mesmo externos a ele. Alguns desses aspectos foram destacados no decorrer do texto, como 1) a semelhança das atuais madrinhas das campanhas da Smam com as antigas ‘damas da assistência’, das primeiras do século XX; 2) as formas a partir das quais os discursos se referem à mulher, ora de forma a representá-la como protagonista da amamentação, ora a ‘implantá-la’ como agente a serviço da política de aleitamento materno, voltada à saúde da criança; e 3) as relações entre a estratégia de ‘mobilização social’ utilizada pelo Ministério da Saúde (sobretudo com as campanhas da Smam) e o modelo de informação, comunicação e educação tradicionalmente utilizado no campo da saúde pública brasileira, influenciado pela propaganda e suas estratégias de persuasão.

#### **4.1. Os materiais de orientação**

Os materiais que aqui denominamos “de orientação”<sup>53</sup>, para fins desta análise, diferentemente das campanhas da Smam, não seguem padrões pré-definidos, nem quanto ao público a que se destinam nem no que se refere a formatos específicos. Em nosso *corpus*, dois dos materiais analisados são dirigidos a profissionais de saúde, um a empresários (potenciais empregadores de mulheres em idade fértil) e um a mulheres trabalhadoras que estejam passando – ou prestes a passar – pela experiência da amamentação.

De acordo com a Coordenação de Ações de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (MS), o processo de elaboração dos materiais começa com a reunião do grupo de pessoas que integram uma determinada ação nas coordenações envolvidas dentro do próprio órgão, com a consulta a pesquisadores que desenvolvam, em universidades, investigações

---

<sup>53</sup> Segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS, no período em que realizamos a entrevista (agosto de 2014), esses materiais se encontravam em processo de revisão e estava prevista a publicação de versões atualizadas dos mesmos.

nessa área específica de atuação e a profissionais de saúde que atuem ‘na ponta’, ou seja, que tragam a vivência da atenção básica para a discussão. Monta-se, assim, um grupo de trabalho que vai, aos poucos, elaborando o material. Quando uma primeira versão do material está pronta, ela é compartilhada com o Comitê Nacional de Aleitamento Materno e outras instâncias para que sejam feitas críticas e sugestões de alteração. A coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS explicou que há, ainda, uma última etapa, anterior à publicação, de validação do material.

A gente leva para os estados, por exemplo, em uma oficina. (...) Então a gente vai fazendo ajustes, né, vai escutando um pouco eles e, dentro do possível, né, claro – que já tem um material sólido quando a gente vai pra esses estados – a gente vai fazendo um ajuste e aí finaliza e publica o material.

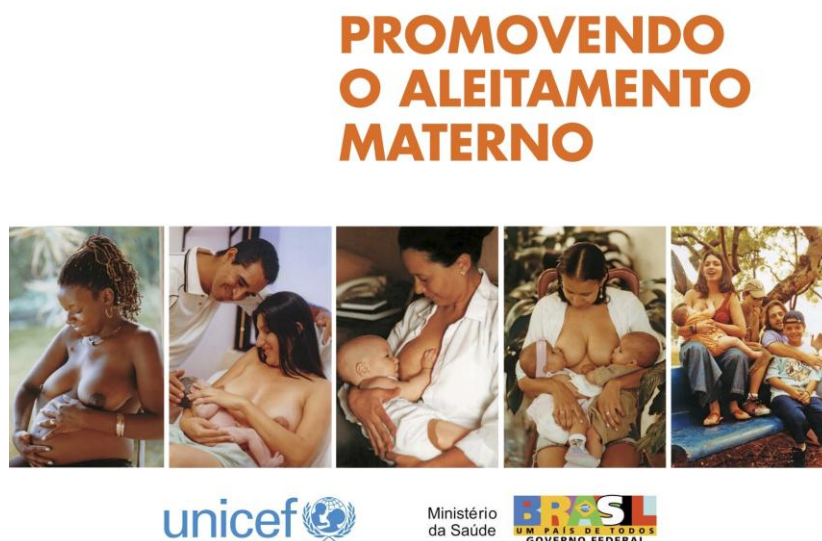
Os documentos são produzidos e disponibilizados pelo MS tanto em versão impressa quanto no formato digital, que pode ser obtido em seu sítio oficial na internet. Observa-se que grande parte dos materiais produzidos pelo Ministério é destinada a profissionais de saúde, sendo que poucos são dirigidos às mulheres e à população em geral (o que normalmente ocorre com as campanhas da Smam, que nomeamos, no trabalho, de materiais de promoção). Isto se deve, segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS, à aposta que o órgão faz no sentido de preparar o profissional para trabalhar com a mulher (que amamenta), entendendo que, se ele estiver devidamente preparado, a mulher será bem orientada nos serviços de saúde.

Sobre a circulação desses materiais, a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno afirma que o órgão costuma enviar aos estados uma quantidade específica de determinado material impresso, com a antecedência de cerca de um mês, quando se trata da realização de alguma oficina ou atividade relacionada à estratégia ou programa no qual tal material atua como recurso pedagógico complementar em atividades de formação. Também são distribuídos materiais de diversos programas e estratégias quando o Ministério constata um volume grande material em estoque, sem utilização, para que este possa ser útil na atualização de profissionais e população de estados e municípios. Ela destaca, ainda, que, assim como as peças da Smam, os materiais de orientação podem ser impressos pelos estados e municípios, até mesmo com a inclusão das logomarcas de secretarias estaduais e municipais de saúde, desde que esses entes governamentais disponham de verbas próprias para esta finalidade.

#### **4.1.1. Uma breve descrição analítica dos materiais de orientação**

## Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada (2007)

Figura 1 - Capa do álbum seriado Promovendo o Aleitamento Materno (Fonte: MS)



O álbum seriado *Promovendo o Aleitamento Materno* (BRASIL; UNICEF, 2007), foi elaborado por meio de parceria entre Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). De acordo com as informações constantes da primeira página de texto do material, intitulada “Orientação sobre o uso do Álbum Seriado”, ele foi feito para auxiliar o profissional de saúde que atua em grupos de gestantes, puérperas e mães e na capacitação de outros profissionais de saúde de níveis elementar e médio. Também de acordo com informações do próprio álbum, ele apresenta 18 páginas. No entanto, como foi feito em formato de lâminas ou *slides* (Figuras 2 e 3), para ser, por sugestão do próprio MS, exposto em cavalete ou em um encosto simples de cadeira, cada lâmina (com imagens e tópicos) possui, como complemento, outra lâmina de texto mais explicativo, que não fica visível ao público e ajuda o profissional a esclarecer as informações sobre cada tema. Assim, ao todo, possui 38 páginas, contando com capa e contracapa.

O material encontra-se dividido em 14 tópicos: Vantagens para o bebê; Vantagens para a mãe, o pai e a família; Por que não usar mamadeira, chupeta, chupa ou protetor de mamilo (bico intermediário); Não existe leite fraco; Como amamentar – posicionamento e pega; Como amamentar – técnicas; Preparando a gestante para a amamentação; Retirada do leite do peito (ordenha); Amamentação exclusiva; Problemas mais frequentes da amamentação; Mitos e tabus que prejudicam a amamentação; A legislação brasileira protege a amamentação; Como os serviços de saúde podem apoiar a amamentação; A família e a amamentação.

Este último tópico é interessante porque ele destaca o envolvimento da família – pai, avós, filhos mais velhos – no processo de amamentação. Ao explicitar que atitudes são importantes na facilitação da amamentação para a mulher, o material cita a “participação do pai e dos avós desde as consultas de pré-natal, até o parto e pós-parto”; “participar em casa nos momentos de amamentação, envolvendo os outros filhos”; “encorajar e incentivar a mãe a amamentar”; “ajudar no cuidado com a casa e os filhos”; “não trazer para a casa produtos que prejudicam a amamentação, como latas de leite, mamadeiras e chupetas”; “não fumar perto da criança”; e “orientar a mãe a procurar o serviço de saúde em casos de dúvidas sobre a amamentação” (BRASIL; UNICEF, 2007, p. 36).

Outras duas características merecem ser destacadas com relação a esse material. A primeira é referente à presença maciça de imagens – fotografias e ilustrações - em sua capa e miolo. Acreditamos que, por ter sido idealizado para chegar a um público leigo ou composto de profissionais que atuam na área da saúde, mas que possuem uma formação escolar mais restrita (níveis elementar e médio), o álbum explica os tópicos a partir das imagens, *mostrando ao leitor/espectador como se faz aquilo que se fala*. A capa (Figura 1) traz cinco fotos de diferentes situações que envolvem o tema da amamentação, como se indicassem uma sequência “lógica” que se desenrola da esquerda para a direita: uma mulher grávida, de seios à mostra, acaricia a barriga como se estivesse “se preparando” para o parto e a amamentação; uma mulher amamentando o bebê, logo após o parto, sob os cuidados do seu companheiro; uma mulher amamentando em um ambiente doméstico; uma mãe amamentando gêmeos também em um ambiente doméstico; e uma família, composta por mãe, pai, dois filhos mais velhos e um bebê mamando no peito, que se diverte em um espaço público.

Figura 2 - Página interna do álbum seriado (Fonte: MS)



Figura 3 - Página interna do álbum seriado (Fonte: MS)



**Promovendo o Aleitamento Materno** 2

VANTAGENS PARA  
**A MÃE, O PAI E A FAMÍLIA**

- Aumenta os laços afetivos.
- Dar o peito logo que o bebê nasce, diminui o sangramento da mãe após o parto.
- Faz o útero voltar mais rápido ao normal.
- É um método natural de planejamento familiar.
- Diminui o risco de câncer de mama e ovários.
- É econômico e prático. Não precisa ser comprado.

Figura 2

A segunda característica que nos chamou a atenção apareceu no texto (escrito em fonte roxa e destacado sobre fundo lilás) da última página do material. Nele, os produtores explicitam seu desejo que o álbum “ajude as crianças a terem o seu direito de mamar no peito até os dois anos de idade ou mais garantido e respeitado”. Nesse documento, surge um conceito que, embora implícito em alguns outros discursos analisados, não havia sido tratado nesses termos: a amamentação – e a amamentação por 2 anos ou mais, inclusive – como um *direito* não da mulher, mas *a ser exercido pela criança*.

**Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica nº 23 (2009)**

Figura 4 - Capa do caderno Saúde da Criança: Nutrição Infantil (Fonte: MS)



O caderno *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar* (BRASIL, 2009b) é “destinado prioritariamente para as Equipes de Saúde da Família” (p. 3). Com 112 páginas, o material foi produzido pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério, mas contou com a elaboração técnica da pediatra Elsa Regina Justo Giugliani, que, na época da elaboração do caderno, estava à frente da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (antiga Atscam, hoje CGSCAM).

O documento está dividido em duas partes principais: a primeira, que trata do aleitamento materno (p. 11-65), e a segunda, que aborda a alimentação complementar para crianças menores de 2 anos (p. 66-96). Para fins desta análise, concentramos nossa atenção na primeira parte, por entendermos que predominantemente nela estão contidos os sentidos sobre amamentação e desmame que procurávamos.

Trata-se de um material denso, com muitas e detalhadas informações para munir o profissional de saúde de um instrumental – não apenas técnico, mas conceitual – sobre o aleitamento materno/amamentação, esclarecendo dúvidas sobre tipos de aleitamento materno, principais benefícios da prática e do leite materno, fisiologia da lactação, técnicas de amamentação, aconselhamento em amamentação, prevenção e manejo de problemas relacionados à amamentação, manejo do aleitamento materno em situações especiais e situações em que há restrições ao aleitamento materno.



Ao longo do texto, o documento busca ampliar a concepção de amamentação tradicionalmente em voga entre profissionais de saúde. Desse modo, caracteriza a prática como “a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança” (p.9), um processo que, além de nutrir a criança, “envolve *interação profunda entre mãe e filho*, com repercussões no estado nutricional da criança, [...] no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter *implicações na saúde física e psíquica da mãe*” (BRASIL, 2009b, p.11, grifos nossos). A publicação considera, ainda, a importância de os profissionais de saúde serem sensíveis aos contextos em que ocorre a amamentação e entenderem a mulher como *protagonista* do processo de amamentar, “*valorizando-a, escutando-a e empoderando-a*” (p.11, grifo nosso).

Apontando para a importância de considerar os contextos nos quais mãe e bebê estão inseridos durante o processo de amamentação, o material trata, nas páginas finais da sua primeira parte, do apoio dos serviços de saúde à amamentação, da importância da família e da comunidade nesse processo, dos instrumentos de proteção ao aleitamento materno no país e, por último, apresenta um tópico específico intitulado “Ajuda à dupla mãe/bebê no processo de desmame”<sup>54</sup>. Nele, o documento afirma que o desmame para o ser humano está condicionado a fatores que extrapolam fatores genéticos e o instinto, uma vez que a amamentação, na espécie humana, encontra-se influenciada por fatores socioculturais; que o desmame não é um ‘evento’, mas um ‘processo’ que integra tanto a evolução da mulher como mãe quanto o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, argumenta que o desmame deveria ocorrer ‘naturalmente’, ou seja, por iniciativa da criança à medida que ela vai adquirindo as competências necessárias.

A seção aborda, ainda, os ‘sinais indicativos’ de que criança já se encontra madura para desmamar (com o objetivo de ajudar a participação da mãe no processo por meio da sugestão de novos passos no processo e da colocação de limites que sejam adequados à idade da criança). Também alerta as mães para que elas não confundam o ‘autodesmame natural’ com a ‘greve de amamentação’ do bebê, que pode acontecer em função de doença, surgimento dos primeiros dentes, diminuição do volume ou do sabor do leite, entre outros fatores, e aborda as pressões às quais a mulher é, muitas vezes, submetida para desmamar mesmo “contra a sua vontade e sem ela e o bebê estarem prontos para tal” (BRASIL, 2009b, p. 64).

No entanto, mesmo nesse material dirigido aos profissionais da Atenção Básica, entendemos que não há uma discussão mais profunda da amamentação no olhar da mulher, de

---

<sup>54</sup> No Capítulo 5, trataremos especificamente da abordagem do desmame nos materiais.

seus anseios e necessidades, que torne possível superar o modelo de atenção à saúde da mulher pautado no binômio mãe-filho. Determinados elementos da vida da mulher/mãe que amamenta, como relações de trabalho e vínculo empregatício, renda e sexualidade, são pouco ou nada abordados, bem como a perspectiva do pai/companheiro, visto tão somente como “importante fonte de apoio à amamentação” (BRASIL, 2009b, p.60) que necessita ser informada sobre seu papel, sem direito a aprofundar questões referentes a suas relações com a mulher, o bebê e a sociedade.

### **Cartilha para a Mãe Trabalhadora que Amamenta (2010)**

Figura 5 - Capa da Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta (Fonte: MS)



A *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta* (BRASIL, 2010a), como a própria nomenclatura indica, é dirigida a mulheres que estão amamentando e que, ao final da licença maternidade, terão de retornar ao trabalho formal remunerado. Integra a Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, criada pelo Ministério da Saúde em 2010, e seu objetivo é, de acordo com texto do próprio documento, “dar algumas respostas” às mães

trabalhadoras sobre “como dar de mamar e ao mesmo tempo trabalhar fora de casa”, apresentando os direitos da trabalhadora que está amamentando, destacando a importância do aleitamento materno e orientando sobre como proceder para manter a amamentação após o retorno ao trabalho.

A ilustração da capa (Figura 5) é bastante sugestiva da compreensão de que, mesmo enquanto está no ambiente de trabalho, a cabeça de uma mulher trabalhadora-mãe que amamenta está povoada por uma série de ‘temas’ ou ‘questões’, que vão desde os cuidados com o bebê e com filhos mais velhos, até a relação com o marido e a administração da casa – com compras de mercado e contas a pagar. Ainda assim, a mulher aparece sorridente, não apontando a possível existência de qualquer angústia com relação à conciliação de todas essas atribuições.

Composto de 23 páginas fartamente ilustradas (além da ilustração de capa, são mais 10 ao todo), o material é dividido em 14 seções, cujos títulos estão escritos em fonte cor de rosa e destacados com fundo amarelo: Quais são os seus direitos?; Quem tem direito à licença maternidade de 6 meses?; Outros...; Por que é importante amamentar?; ... E como manter a amamentação quando você for trabalhar?; E quais são os passos para você extrair seu leite?; E como retirar o leite?; Como guardar o leite materno com segurança?; E como conservar o leite retirado do peito?; E para transportar o leite de um local para outro?; E como utilizar o leite em casa?; Finalizando...; Sites úteis; e Números das Leis Trabalhistas citadas na cartilha. Nove páginas destinam-se a descrever o processo de retirada manual do leite e seu oferecimento ao bebê (preparo dos recipientes para coleta, ordenha, acondicionamento, conservação, preparo), destacando a importância do fornecimento do produto – leite materno – à criança por um cuidador quando a mãe estiver impossibilitada de amamentar.

Figura 6 - Página interna da cartilha (Fonte: MS)

### Por que é importante amamentar?

✧ O leite materno é o alimento mais completo que existe para o bebê. Nos primeiros seis meses, ele contém tudo que o bebê precisa, até mesmo água! Portanto, você não precisa dar chá, água, outros leites, mingaus ou suquinhos enquanto ele estiver mamando só no peito, o que traz também grande economia para a família.



O foco nas qualidades do leite materno como produto e sua relevância para o estabelecimento e manutenção da saúde da criança também pode ser observado em diversos trechos do material. Um exemplo é a seção Por que é importante amamentar?. Nela, são citados nove motivos pelos quais o documento considera importante amamentar. Destes, cinco se relacionam a qualidades relacionadas especificamente ao leite materno: alimento mais completo que existe, fácil de digerir, prático (está sempre pronto para o consumo), protege o bebê contra muitas doenças e diminui as possibilidades de problemas alérgicos, respiratórios e doenças como diabetes, obesidade, entre outras. Das quatro restantes, três se referem a vantagens para a saúde orgânica da mãe: diminuição das chances de ocorrência de cânceres de mama e ovário e de diabetes, favorecimento da contração do útero materno, diminuindo perdas sanguíneas e anemia após o parto e maior facilidade para perder o peso ganho durante a gravidez. O outro benefício apontado diz respeito à saúde do bebê, mas referindo-se à atividade de mamar e destacando a importância da sucção como exercício para desenvolvimento da face, contribuindo para que a criança tenha dentes bonitos, boa fala e respiração.

Os sentidos da amamentação, compreendida como uma relação que se estabelece não somente entre os corpos, mas entre as subjetividades de mãe e bebê, como destaca, sobretudo,

a psicanálise (FREUD, 1972; WINNICOTT, 1985; DOLTO, 2001), praticamente não são acionados no contexto nos discursos do material. Esse aspecto da prática aparece somente em um momento do documento: quando este menciona “o contato físico, o carinho, o estímulo” que a mãe sonha em dar para a criança e que a amamentação lhe permitiria proporcionar (p. 2).

Para além dos aspectos objetivos da situação de retorno da mulher às atividades profissionais após o nascimento do bebê – como a sensibilização de chefia e colegas no ambiente de trabalho, a estocagem de leite materno e o treinamento do cuidador substituto para fornecê-lo à criança –, a cartilha não aborda quaisquer aspectos subjetivos ou sociais mais amplos da vida da mulher/mãe/lactante/trabalhadora ou ‘sintomas’ de origem emocional que possam acometer o bebê ou a mãe quando se aproxima o fim da licença maternidade e o momento da volta desta última ao trabalho<sup>55</sup>.

Entendemos que, por isso mesmo, não é mencionada, ao longo do material, a possibilidade de ocorrência do desmame nesse período, seja motivada por dificuldades da mulher em conciliar a amamentação com a retomada de sua rotina profissional, seja por iniciativa da própria criança, à medida que passa a estar separada fisicamente da mãe e a receber o leite materno (com o auxílio de uma xícara, copinho ou colher, de acordo com a orientação do documento) de outro cuidador.

### **Apoio à Mulher Trabalhadora para Manter a Amamentação (2010)**

---

<sup>55</sup>Ao longo das últimas décadas, alguns trabalhos tematizaram as relações entre trabalho formal da mulher e os limites e possibilidades para o estabelecimento e duração da amamentação (cf. REA et. al, 1997; BRASILEIRO et. al, 2012).

Figura 7 - Folder Apoio à Mulher Trabalhadora para manter a Amamentação (Fonte: MS)



Figura 8 - Folder Apoio à Mulher Trabalhadora para manter a Amamentação (Fonte: MS)



O folder *Apoio à Mulher Trabalhadora para manter a Amamentação* (BRASIL, 2010b) integra, juntamente à *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta* (BRASIL, 2010a), a Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, criada pelo Ministério

da Saúde em 2010. Constituído de seis páginas (contando com a capa), possui uma identidade visual com o material descrito anteriormente, apresentando ilustrações iguais ou bastante semelhantes às do material dirigido a mulheres.

Destinado a empresários (que empregam mulheres em idade fértil), o material busca sensibilizar esse segmento da população sobre a importância de apoiar a mulher em fase de amamentação em suas empresas. Tal iniciativa parte do entendimento do MS de que, além das ações que já vêm sendo desenvolvidas no país, no âmbito da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, “é preciso incorporar novas estratégias de apoio à amamentação envolvendo todos os setores da sociedade” (p. 2).

A ilustração da capa (Figura 7, à direita), semelhante à da capa da *Cartilha...* (BRASIL, 2010a), traz uma mulher trabalhadora-mãe que amamenta sentada a sua mesa de trabalho, de frente para um computador e um aparelho telefônico (representação de uma mulher com certo grau de escolarização, cujo trabalho não pode ser considerado predominantemente físico), apontando o dedo para cima como se estivesse lembrando de algo. O que aparece no ‘balãozinho’ de pensamento é a imagem dela amamentando seu bebê. Daí depreende-se que, mesmo no ambiente de trabalho, esta mulher está dividida entre trabalhar e amamentar seu/sua filho/a.

O texto do material encontra-se organizado em três seções, cujos títulos são escritos em fonte da mesma cor das páginas (amarelo claro) e com fundo rosa claro: Como os empregadores podem apoiar?; SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO (redigido em caixa alta); Por que é importante amamentar?. Na introdução, o documento apresenta as recomendações da Organização Mundial da Saúde e a situação do Brasil, que, em 2008, apresentava metade das crianças tendo “a amamentação exclusiva interrompida antes de completarem dois meses de vida e já não recebem mais leite materno em torno de onze meses” (p.2).

Além de citar alguns passos que o empresariado nacional pode dar para apoiar a amamentação, o texto fala dos benefícios de implementar uma sala de apoio à amamentação na empresa<sup>56</sup>, pois o empresário também sairia ganhando “com o menor absenteísmo da funcionária, haja vista as crianças amamentadas adoecerem menos” (p. 4). O material esclarece, ainda, as vantagens da amamentação/aleitamento materno para mãe, criança e família.

---

<sup>56</sup> Segundo o Governo Brasileiro, as salas de apoio à amamentação são espaços “que permitem à mulher recolher e armazenar o leite materno de forma adequada” em seus ambientes de trabalho. Fonte: Sítio do Governo Brasileiro. Disponível em: <[www.brasil.gov.br/saude/2012/10/empresas-terao-incentivo-para-sala-de-amamentacao](http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/empresas-terao-incentivo-para-sala-de-amamentacao)>. Acesso em: 15 mar. 2015.

Embora sejam utilizadas, alternadamente, as expressões ‘aleitamento materno’ e ‘amamentação’, a maior parte das menções é ao termo amamentação. É ela que “fortalece o vínculo entre mãe e filho, além de implicar em menores custos financeiros para a família” e que “também tem efeito positivo na inteligência da criança, além de favorecer o desenvolvimento da cavidade bucal, resultando em dentes mais bonitos e menos problemas de fala, respiração e mastigação” (p. 5). Por outro lado, é a importância do aleitamento materno para crianças, mulheres, famílias e para o país que, segundo o material, é amplamente reconhecida, bem como as ações que vêm sendo desenvolvidas no país são de ‘proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno’.

Na última página do folder (Figura 7, centro), o texto principal é escrito em fonte maior e em tom mais enfático e solene: “Contribua para o desenvolvimento da Nação. Invista HOJE no amanhã das crianças brasileiras.” Esse trecho nos remete, diretamente, aos discursos do final do século XIX e das primeiras décadas do século XX, tendo início com o movimento higienista, que relacionava o cuidado com os filhos à saúde da nação e vinculava a amamentação à garantia de cidadãos fortes para a construção de uma nação moderna e próspera (Cf. Parte II deste trabalho).

Em entrevista, a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde afirmou que o folder estaria passando por um processo de revisão, motivado pela avaliação da equipe sobre os resultados e as lacunas apontadas durante a implementação da estratégia junto ao esse ‘público-alvo’. A dificuldade de sensibilizar profissionais e gestores que não pertencem ao campo da saúde foi apontada por ela, que citou ações que o MS tem empreendido no sentido de envolver outros setores na consecução dos objetivos propostos. Um exemplo de estratégia diferenciada seria o uso do chamado *marketing* social, que agrega valor a uma marca por meio de programas e ações de cunho social.

Não só como envolver esses outros setores, mas, assim, como convencer esse cara que não tem nada a ver com a saúde, que trabalha, sei lá, né, numa empresa de construção ou outra coisa, sei lá, a olhar essa mulher de forma diferenciada. (...) Como trabalhadores da área da saúde, nós não somos formados pra trabalhar com *marketing*, com convencimento, né, assim, a gente trabalha ali no envolvimento do que é técnico, do que é importante, do que a gente entende como saúde pra pessoa, né. Mas o convencer, como o *marketing*, uma pessoa que não é da área da saúde, é complicado. (...) Então a gente começou a certificar essas salas de apoio à amamentação, não tem um recurso financeiro específico pra essa ação, mas tem um reconhecimento, que eles dão muita importância. (...) O Ministério da Saúde passa a emitir um certificado para essas empresas, há uma solenidade, a entrega da placa, então há um *marketing* para essas empresas.

Com relação especificamente a este material, a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno entende que, por apresentar linguagem e conteúdo muito voltados para a



importância do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe, sua abordagem seria insuficiente para envolver os empresários na estratégia.

Hoje a gente já vê que esse folder, a gente está até alterando esse folder, porque hoje ele não atende mais a nossa expectativa. Porque a gente já alcançou muitos empresários, e, quando a gente chega *ao empresário, ele quer saber a questão financeira, ele quer saber quanto ele vai ganhar com isso, se a gente tem pesquisas que nos mostrem que essa mulher falta realmente menos ao trabalho, o custo-benefício que ele vai ter. então, esse folder está sendo todo trabalhado nesse sentido, como a venda de um serviço, usando o marketing (grifos nossos).*

A coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS acredita que esses gestores, como ‘homens’ de negócios que são, precisam saber quanto será preciso investir, por exemplo, na implementação de uma sala de apoio à amamentação na empresa e ter, em mãos, pesquisas que comprovem, quantitativamente, como estimular e apoiar suas funcionárias em período de amamentação trará menores custos com afastamentos por motivo de doença da criança e contribuirá para uma maior produtividade dessa mulher no trabalho.

Difícil não notar, em referência a essa questão, que o gênero utilizado para se referir ao gestor é sempre o masculino, não somente nos materiais analisados como também na fala da entrevistada. Isto se verifica no tópico “Como os empregadores podem apoiar?” deste material (BRASIL, 2010b, p. 3), nos enunciados “Converse com o patrão para ver a possibilidade de você ter maior flexibilidade nos horários de trabalho” e “Fale e explique ao seu patrão e seus colegas a importância de amamentar” (BRASIL, 2010a, p. 4) e no trecho da entrevista transcrito acima (elementos destacados em itálico). Com relação a isso, é interessante que a questão do gênero do gestor – inclusive como elemento que poderia interferir (negativa ou positivamente) na sua sensibilização para a causa da mulher trabalhadora que amamenta – não é objeto de discussão nos discursos desses materiais, mesmo com a reconhecida presença maciça de mulheres no mercado formal de trabalho, atuando, inclusive, como gestoras em instituições públicas e empresas privadas<sup>57</sup>.

## 4.2. As campanhas da Smam

<sup>57</sup> Matéria publicada na Revista Valor Econômico em 11/06/2013, intitulada “Cresce o número de mulheres em cargos de liderança”, destacou que, no Brasil, a proporção de mulheres que ocupavam cargos de CEO (sigla inglesa para *Chief Executive Officer*, o equivalente a um Diretor Executivo em português) havia passado de 3% para 14% entre 2012 e 2013. O texto afirmou, ainda, que as mulheres ocupavam, à época, 23% dos cargos da alta gestão (presidentes, vice-presidentes, diretorias) no país, um número similar à média mundial no mesmo período analisado. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/carreira/3157310/cresce-o-numero-de-mulheres-em-cargos-de-lideranca>>. Acesso em: 27 jan. de 2015.

A Semana Mundial da Amamentação é a versão nacional da World Breastfeeding Week (WBW), criada pela World Alliance for Breastfeeding Action (Waba) e que acontece anualmente entre os dias 1º e 7 de agosto em mais de 170 países. A primeira edição da WBW ocorreu em 1992 e, no Brasil, sua organização esteve sob a responsabilidade da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)<sup>58</sup> até 1998, passando, no ano seguinte, a ser realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com a SBP.

A cada início de ano, a Waba se reúne para definir um *slogan* para a WBW, que é, então, divulgado para todas as nações parceiras, que têm a liberdade de adaptar o tema segundo a sua própria realidade. No caso brasileiro, esse tema costuma sempre sofrer algum grau de adequação, não se configurando, em muitos casos, como uma simples tradução daquele adotado pela Waba. Alguns exemplos podem ser vistos na Smam 2004, na qual o *slogan* da Waba foi “Exclusive Breastfeeding: the Gold Standard Safe, Sound, Sustainable” e o brasileiro, “Amamentação Exclusiva: Satisfação, Segurança e Sorrisos”; na Smam 2007, quando a Waba adotou o *slogan* “Breastfeeding: The 1st Hour Save One Million Babies!” e o Brasil traduziu para “Amamentação na Primeira Hora, Proteção sem demora”; e na Smam 2010, na qual o *slogan* “Breastfeeding: Just 10 Steps!” foi transformado em “Amamentar é muito mais do que alimentar a criança. É um importante passo para uma vida mais saudável”, entre outros<sup>59</sup>.

Logo após a divulgação do tema da próxima campanha pela organização internacional, o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (Cnam) do MS<sup>60</sup> reúne-se para analisar as propostas de cada entidade e grupo para a Smam. Segundo a responsável pela Coordenação das Ações de Aleitamento Materno do Ministério, o Cnam realiza um trabalho conjunto para

---

<sup>58</sup> Segundo Giugliani (2008), médica pediatra, membro da SBP e ex-coordenadora da então Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (Atscam) do MS, hoje nomeada de CGSCAM, a participação da Sociedade na Smam foi uma das suas grandes conquistas no que tange à defesa do aleitamento materno por meio da promoção de umas das “maiores campanhas nacionais” (p. 117).

<sup>59</sup>Fonte: Sítio oficial da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377>>. Acesso em: 28 jan. de 2015.

<sup>60</sup>O Comitê Nacional de Aleitamento Materno (Cnam), criado em 2006 e redefinido por nova portaria em 2012, tem como objetivo assessorar a Atscam em assuntos relativos à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Atualmente, é composto por 14 instituições (com seus representantes titulares e suplentes): Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (Dapes/SAS/MS), que o coordena; Coordenação-Geral de Saúde da Mulher (DapesAPES/SAS/MS); Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo); Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar Ibfan-Brasil; Conselho Federal de Nutricionistas; Entidades Não Governamentais Ligadas à Defesa e Promoção do Aleitamento Materno; e Universidades e/ou Institutos de Pesquisa. Tais representantes titulares e suplentes são indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê, com exceção dos dois últimos, que são indicados pelo próprio Cnam. (Fonte: Sítio do Ministério da Saúde)

tentar definir, baseado no mote lançado pela Waba, qual a imagem que a campanha deverá levar para a população brasileira naquele ano, ou seja, o foco da próxima Smam, já aventando possíveis *slogans*.

A produção das campanhas começa com o planejamento da Divisão de Publicidade do MS (que atende a todas as áreas do órgão). Esta, ao final de cada ano, envia um ofício circular para as secretarias do Ministério, solicitando que se manifestem sobre quais as campanhas preveem para o ano seguinte. Com base nesse retorno, a Divisão de Publicidade submete um plano ao Gabinete do ministro da Saúde, que define, juntamente às secretarias e de acordo com a verba disponível para esta finalidade (de acordo com o planejamento anual), que campanhas poderão ser realizadas. Quando o ano se inicia, o setor elabora de uma a duas campanhas por mês, como explicou a coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade do Ministério da Saúde<sup>61</sup>.

No caso da Smam, a coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade do Ministério da Saúde observa que o planejamento se inicia com antecedência de dois ou três meses, o que se deve, principalmente, à necessidade de escolha da madrinha. Todo o processo é feito em parceria com a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), que, logo após a reunião do Comitê, realiza um primeiro contato com a Assessoria de Comunicação (Ascom) do MS, encaminhando uma nota técnica, contendo o cenário – descrição do panorama da questão – e os objetivos da campanha. Cabe à Ascom, então, dar prosseguimento ao processo, convocando as agências de publicidade que prestam serviço ao órgão para que apresentem suas propostas.

A gente recebe das agências as propostas e a gente dá uma filtrada, a gente pré-seleciona aqui. [...] Geralmente, a gente tem duas, três propostas, a gente apresenta, e eles também pré-selecionam. Mas quem confirma, quem bate o martelo é (sic) o secretário [da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS] e o ministro. [...] Aí, depois do consenso entre todas essas partes, aprovação de todos esses entes, aí que a gente apresenta a campanha para a Secretaria de Comunicação, que é a Secom. A Secom é o órgão final que aprova. Aí, quando a Secom aprova, a gente começa a etapa de produção da campanha.

Segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, o Ministério entende que o objetivo principal das campanhas é “aumentar as taxas do aleitamento materno, que a mulher passe a amamentar exclusivamente até os 6 meses e praticar o aleitamento continuado até 2 anos ou mais”. Sobre o público-alvo, as profissionais do órgão afirmam ser o mais amplo possível, abarcando a população em geral: pais, avós, empresários, sociedade civil, e, em particular, gestantes e mães de todas as idades e estratos sociais. Em razão disso, o MS

---

<sup>61</sup> Entrevista concedida à pesquisadora Irene Rocha Kalil em agosto de 2014.

produz materiais diversificados, pensando em necessidades e preferências de públicos específicos.

Como público-alvo da campanha de aleitamento, a gente... o primeiro são as mães, né, que acabaram de ganhar bebê ou que estão com bebê ainda até os dois aninhos aí ou mais um pouquinho, que é o público, de fato, que vai ser impactado, que é o que amamenta, enfim. Mas também tem os familiares, pra que eles apoiem as mães; o profissional de saúde, pra que ele incentive; e a população em geral, como último público, pra suscitar o debate mesmo. (Coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade do MS)

Então, a gente, não é só o cartaz, não é só o folder, mas a gente tem as redes sociais, e-mail marketing que a gente faz aqui pelo Ministério, rádio, spot pra rádio. Então, nesse público entram desde as mães, público-alvo, mas a própria sociedade - a família, o marido, a avó que possa acolher essa mulher, o empresário também. Entra o público adolescente, de mães adolescentes que a gente deseja atingir, por isso a importância das redes sociais, que estão muito ligadas. Por isso, no Facebook do próprio Ministério da Saúde, tem aplicativos que a Ascom faz, bem legais, como jogos, para que a gente consiga também atingir esse público de adolescentes, mães adolescentes. Mas tem as mães jovens e adultas também. (Coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS)

Embora defina o público-alvo (ou o receptor ideal) das campanhas como bastante diversificado, quando a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno nos explica o motivo pelo qual o MS escolhe uma mulher famosa para protagonizar a campanha da Smam, fica claro que existe, idealmente, um público mais específico dentro do conjunto da população.

Você não vai pra cinema, você não vai pra teatro, né, que é a população que a gente trabalha, que ela vê a novela, então a diversão dela é ver a novela. Então ela sentar numa unidade básica de saúde e se identificar com aquela personalidade, né, aquilo chama atenção para ela buscar essa informação. Coisa que se eu colocar uma pessoa normal, uma mulher amamentando, a gente entende que não tem essa mesma chamar... Não chama da mesma forma.

O público delineado nessa fala é composto por mulheres cuja diversão é ver novela, pois não têm o hábito de ir ao cinema ou ao teatro, e que frequentam uma unidade básica vinculada ao sistema público de saúde. Em nosso país, tais características definem, conseqüentemente, um recorte socioeconômico. Tal afirmação se justifica, em primeiro lugar, por atividades culturais como cinema e teatro serem consideradas de alto custo para grande parte da população. Em segundo lugar porque, no que se refere à televisão, embora ela esteja presente na maioria das casas brasileiras, sendo veículo de grande visibilidade, o processo de segmentação fez com que as camadas mais abastadas pulverizassem sua audiência entre as centenas de canais de TV a cabo ou antena por assinatura. Por isso, a novela continua sendo uma das principais fontes de entretenimento, mas, sobretudo, para as camadas mais populares

e, de forma especial, para o público feminino. Nesse sentido, é provável que as campanhas voltem seu foco para as mulheres das camadas cujo poder aquisitivo e a cultura historicamente constituída afastaram do cinema e do teatro e para as quais transformaram a TV em grande referencial de diversão, cultura, educação e entretenimento.

Ao lado disso, o uso do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo nos serviços de Atenção Básica, é mais frequente pelas camadas populares ou economicamente menos favorecidas da população. Isto se dá, em parte, por se tratar de um serviço público, cujo acesso deve ser, em tese, gratuito (embora custeado pelos impostos pagos pelos cidadãos) e universal, mas também às representações sociais preponderantes sobre o SUS, derivadas, em alguma medida, da crítica exacerbada feita pela mídia. Silva e Rasera (2013) destacaram, nesse sentido, que existe um fenômeno do jornalismo nacional que atua na “construção de uma imagem do SUS como um problema a ser enfrentado, pois ressalta uma forma de gerir e produzir saúde pautada em vários *deficit*, falhas e desvios” (p. 3). Os autores nomearam tal processo de desqualificação por meio do discurso de ‘construção do SUS-problema’. Persiste, entre variadas camadas da população, um imaginário de que o acesso ao sistema público de saúde é precário, como notaram Shimizu, Pamela e Sanchez (2012) em pesquisa sobre as representações sociais do SUS entre gestores, trabalhadores e usuários em uma região do Distrito Federal. Segundo os autores, as ausências do cuidado percebidas pela população acabam por contribuir para uma representação bastante negativa do Sistema, representação esta que vem sendo reforçada “cotidianamente pela mídia em defesa dos interesses privados. As imagens emitidas dos SUS remetem às ideias de longas filas, maus tratos, precariedade” (p. 303).

Essas considerações nos colocam uma questão interessante: quais seriam as condições objetivas dessas mulheres (vistas aqui como ‘receptoras ideais’ das campanhas da Smam) para a realização do aleitamento materno nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde e pelas organizações internacionais (exclusivo nos primeiros 6 meses e complementado por 2 anos ou mais)? Seriam algumas dessas mulheres as mesmas que, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no último censo populacional, engrossaram a proporção de famílias chefiadas por mulheres (mantidas sob responsabilidade exclusiva da mulher), número que passou de 22,2%, em 2000, para 37,3% em 2010?<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> O cruzamento de dados como estes seria de fundamental importância para aferir não somente a efetividade das campanhas, mas a própria viabilidade, dentro da realidade concreta de nosso país - das relações conjugais, trabalhistas, sociais como um todo -, de um grande contingente de mulheres alcançar o tão propagandeado “sucesso” da amamentação.

Sobre os processos de circulação, no que tange a sua distribuição, é interessante notar que, principalmente por uma questão de verba governamental destinada à campanha anual, os materiais chegam aos hospitais, postos de saúde e bancos de leite humano com atraso, muitas vezes dias depois do período de realização da Smam. Após sua aprovação final e impressão pelo Ministério da Saúde, os materiais são enviados para as secretarias estaduais de saúde, e cabe a elas, então, fazer a redistribuição para as secretarias municipais de saúde. A coordenadora das Ações de Aleitamento Materno afirma que isto se deve ao fato de ser muito dispendioso, para o MS, fazer a distribuição dos materiais diretamente para os municípios.

Também o próprio processo de produção da campanha, que começa a ser, de fato, colocado em prática apenas cerca de dois meses antes do seu lançamento nacional pelo MS, atrasa o envio desse material para os estados, que têm, no máximo, dez dias de antecedência para repassar as peças aos municípios. Segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, é preciso fazer uma ressalva com relação a isso: após a aprovação final das peças da Smam pelo ministro, elas são encaminhadas, em formato digital, para os endereços eletrônicos das secretarias estaduais, que têm autorização para imprimir o material com verbas próprias e iniciar a distribuição antecipadamente.

Com relação ao conceito das campanhas da Smam, a coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade do Ministério da Saúde disse não perceber grandes mudanças desde que passou a integrar a equipe de produção, em 2008. Para ela, a manutenção da figura da madrinha (e da mãe que amamenta o bebê na imagem) confere certa identidade à campanha. Acerca dos discursos desses materiais, afirmou que eles vêm mantendo, ao longo dos anos, o mesmo tom, “que é um tom emotivo, mas não é dramático, é um tom leve”. De acordo com ela, os tipos de peças também não sofreram grande variação, sendo, em geral, filmes e materiais gráficos, como cartaz e folder.

Para a coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade, as campanhas da Smam servem, eminentemente, para reforçar uma mensagem já aceita pela população brasileira (a de que o aleitamento materno é a melhor opção na alimentação do bebê).

O nosso material já não é tanto material de convencimento, é mais um material de manter a prática do aleitamento. Não é mais um material de “pelo amor de Deus, mãe, amamente, é importante”. A gente fala “amamente, é importante”, mas não mais essa quebra, essa desconstrução [de paradigmas].

A aceitação social do tema e do formato da campanha justificaria, para a coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade do Ministério da Saúde, o fato de o MS

não encomendar pesquisas com a população. Segundo ela, em geral, o órgão encomenda pesquisas no tipo ‘pré-teste’ ou ‘pós-teste’ quando serão abordados temas polêmicos, assuntos sobre os quais o público não tem um conhecimento prévio ou quando são feitas campanhas periodicamente e os resultados não conseguem ser devidamente mensurados ou estão muito inferiores ao esperado. Em situações como essas, o MS considera estratégico reformular o tom do discurso ou mudar a forma de comunicar. Diferentemente dessas temáticas, no caso das campanhas da Smam, o órgão não costuma encomendar pesquisas que visem mensurar resultados ou, numa perspectiva mais qualitativa, compreender o processo de recepção das campanhas por seus potenciais destinatários.

#### 4.2.1. Uma breve descrição analítica das campanhas (2008-2014)

##### Smam 2008

Figura 9 - Cartaz Smam 2008 (Fonte: Ministério da Saúde)



A campanha da Smam 2008 (a mais antiga do *corpus* analisado) abarca duas peças – cartaz e folder – e é estrelada por Dira Paes, que amamenta o filho Inácio sob o olhar atento da mãe, Dona Flor. Dira Paes é uma atriz de cinema e televisão conhecida do público em geral. Durante o período de 2004 a 2007, interpretou na Rede Globo a diarista Solineuza,

melhor amiga da protagonista da série *A Diarista*, e sua imagem esteve disseminada em variadas camadas sociais. Quando posou para a campanha, tinha acabado de dar à luz seu primeiro filho, Inácio, que nasceu prematuramente, com 35 semanas, e chegou a permanecer alguns dias internado em UTI neonatal.

Tanto o cartaz (Figura 9, orientação vertical) quanto a capa do folder têm, basicamente, a mesma composição de textos e imagens<sup>63</sup>. Vê-se, ao centro e ocupando quase toda a sua extensão, uma foto de Dira Paes amamentando o filho. Inferimos que ela está sentada em alguma cadeira ou banco (que não está aparente na imagem). Visivelmente bem penteada, ela segura e apoia o filho com o braço direito, enquanto o esquerdo está estirado ao lado do corpo. Olha para a mãe e sorri. No pescoço, a atriz tem uma corrente cujo pingente reproduz a imagem da Virgem Maria. O bebê, ao que parece, dorme serenamente e apoia a mão direita sobre o seio descoberto da mãe. Ao lado de Dira, está sua mãe, dona Flor. Ela se encontra de pé, com o corpo colado no da filha, para quem olha e sorri com uma expressão de cumplicidade. Com o braço esquerdo, ela abraça Dira e a segura no seu ombro (expressão de apoio); com o direito, ela toca no braço de Dira que segura Inácio. Ela sintetiza a figura da “família” e está na imagem para apoiar a decisão e o ato da filha de amamentar seu bebê.

Não há elementos que situem esses três personagens no tempo e no espaço. O fundo é monocromático na cor ‘branco gelo’. Não há móveis, cama ou poltrona que possam indicar um ambiente doméstico; nem árvores, rios ou quaisquer outros elementos que indiquem um “ambiente” externo. Trata-se de uma foto feita em estúdio e (propositalmente?) descontextualizada, solta no tempo e no espaço da vida da família que protagoniza esta cena.

Ao lado da imagem, há também outros elementos que compõem o cartaz. Em segundo lugar na escala da importância, levando-se em consideração o critério de predominância visual – localização e tamanho -, temos o texto da campanha, ou, na terminologia publicitária, o *slogan*, que está destacado, escrito em fontes brancas, em caixa alta, sobre uma tarja azul: “NADA MAIS NATURAL QUE AMAMENTAR. NADA MAIS IMPORTANTE QUE APOIAR”. Em fonte menor, logo abaixo do slogan, vem o texto de apoio: “Amamentação: participe e apóie a mulher”.

Abaixo da tarja azul com o texto, vemos a base do cartaz, ocupada com as logomarcas dos empreendedores e parceiros da campanha: por ordem crescente de importância, estão dispostos, da esquerda para a direita: SUS 20 anos, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, World Alliance for Breastfeeding Action (Waba), Sociedade

---

<sup>63</sup> A diferença entre eles está na disposição das logomarcas (no cartaz elas estão abaixo do *slogan* e, no folder, encontram-se na contracapa).



Brasileira de Pediatria (SBP), Ministério da Saúde (MS) e Governo Federal. Na sua parte superior, encontramos: do lado esquerdo, informações como o endereço do sítio da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde e o número telefônico do Disque Saúde; do lado direito, a logomarca da Semana Mundial da Amamentação, que é uma estilização da imagem de uma mãe com um bebê nos braços. Do lado esquerdo inferior da própria foto, vemos a legenda: “Dira Paes com o filho, Inácio, e a mãe, dona Flor.” Também em cima da foto, em letras pequenas na lateral direita do cartaz, estão os dizeres: “Dira Paes, dona Flor e Inácio participaram gratuitamente desta campanha. Julho/2008.”

O folder da campanha possui seis páginas (incluídas a capa e a contracapa) e está dividido em onze subtítulos: Por que amamentar é bom para a saúde da mãe?; Como os profissionais de saúde podem apoiar?; Como a família, vizinhos e amigos podem apoiar a amamentação?; Como o Governo deve apoiar?; Como os empregadores devem apoiar?; Como as organizações sociais podem apoiar?; Como os meios de comunicação podem apoiar?; Por que é importante amamentar?; Rede de apoio; Fica mais fácil amamentar quando a mãe; Você sabia que.

Tais tópicos são comuns à maioria dos folders analisados, algumas vezes com maior ou menor destaque. O material aborda, como nos materiais das outras campanhas da Smam, a importância do aleitamento materno para a saúde do bebê. Mas a tônica deste folder em especial é a rede de apoio à amamentação, sobretudo o apoio à mulher que amamenta. Esse apoio advém de diversas fontes, desde o companheiro até a sociedade civil, governo e meios de comunicação. Neste material, especificamente, as consequências benéficas da amamentação para a saúde da mãe vêm logo no início do material, constituindo o primeiro item da exposição.

Na parte interna do material, há uma foto de Dira Paes amamentando o filho Inácio e olhando para o leitor/espectador. Há, ainda, para ilustrar a rede de apoio da amamentação, um diagrama, no qual cada elemento da rede – serviços e profissionais de saúde; família, vizinhos e amigos; empregadores; organizações sociais (ONGs); meios de comunicação; governo e leis; e mulher que amamenta (que se encontra no centro da rede) – é identificado por cores diferentes.

Na contracapa do material, encontramos a seção Você sabia que..., que apresenta informações relevantes sobre a amamentação, desde as recomendações internacionais (de amamentação exclusiva por 6 meses e complementada a partir dessa idade), até a informação de que o leite nunca é fraco, que tem, como ‘discurso concorrente’, aquele muito disseminado, sobretudo até 1970, e repetido tanto por mulheres quanto pelos próprios

profissionais de saúde. De acordo com Fiorin (2010), a ideia de “discurso concorrente” integra o conceito de dialogismo em Bakhtin. Se todo discurso está cercado, envolto em outros discursos, também é verdade que sua relação com eles nem sempre é de complementaridade ou reiteração. Por vezes, é de oposição, configurando o que Fiorin (2010) chamou de “relação polêmica”. Como também destacou Araújo (2000), “todo discurso polemiza com outros” e é por meio da convocação de aliados e da negação dos opositores que ele afirma sua identidade, “silencia algumas vozes e dá espaço a outras” (p. 158).

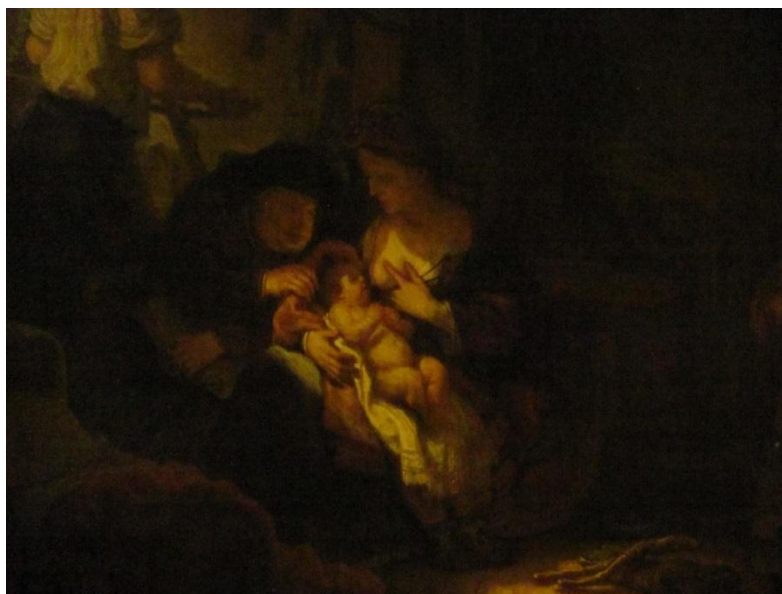
O texto não faz menção ao desmame, apenas informa ao leitor que “mamadeira e chupeta podem dificultar a amamentação”. Também na contracapa, estão dispostos o número do Disque Saúde, os endereços do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) na internet para quem busca “mais informações”, e, por último, as logomarcas: SUS, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Waba, SBP, MS e Governo Federal (*Brasil: um país de todos*, marca da gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva).

Dois características relativas à imagem utilizada no cartaz merecem destaque, sobretudo por serem, basicamente, comuns às demais peças de campanha analisadas, relativas aos anos posteriores. A primeira é a remissão visual dessas imagens, por meio da intertextualidade, ou, como prefere Orlandi (1999), do interdiscurso, às diversas pinturas que representaram, ao longo de séculos, episódios ou cenas bíblicas em que, sozinha ou ao lado de José e de sua mãe, Santa Ana, Nossa Senhora (a Virgem Maria) amamentava o menino Jesus (representando a chamada “Sagrada Família”). No caso da foto da Smam 2008, a ‘sagrada família’ retratada nos materiais é composta pela mulher e por seu rebento ao lado da avó materna, que a ambos ampara.

A cena fotografada no material remete, por exemplo, a um detalhe da obra *La Sainte Famille* (Rembrandt, 1640) (Figura 10). Na pintura, Rembrandt retrata um ambiente fechado, de natureza privada, com uma penumbra quebrada pelo raio de luz que entra pela janela. Na metade inferior da cena, aquela que se assemelha à foto utilizada nos materiais da Smam 2008, vê-se, em primeiro plano, um pequeno berço de palha e uma mulher que calmamente amamenta o filho sob o olhar atento e carinhoso de uma senhora, que estende a mão como que acariciando a cabeça do bebê que mama. Ambas olham o bebê, que, pela expressão tranquila, parece estar dormindo, nu, no regaço de sua mãe, sobre uma manta. Embora esteja na parte inferior do quadro, a cena da mulher amamentando sob o olhar atento da senhora e com o homem trabalhando ao fundo adquire destaque aos olhos do espectador, especialmente por influência da luz que entra pela ampla janela e recai sobre ela. O quadro é dividido entre a

penumbra que toma conta da parte superior da obra e a luminosidade que penetra e põe em evidência a ação que se passa em sua porção inferior. Estão em evidência, sobretudo, o menino que mama e o seio da mãe que amamenta, visivelmente destacado pela luz.

**Figura 10 - Detalhe de La Sainte Famille (1640), de Rembrandt (Museu do Louvre, Paris)**



A segunda característica importante é que a figura do pai/companheiro – diferentemente da pintura de Rembrandt, na qual José trabalha ao fundo – não está presente no cartaz. Como observado, também em outras peças da Smam é rara a figura do marido ou companheiro ao lado da mulher. Duas exceções seriam a do cartaz da Smam 2007, não analisado neste trabalho, que apresenta o ator Thiago Lacerda ao lado da mulher, a atriz Vanessa Lóes, que amamenta Gael, primogênito do casal; e as peças da Smam 2013, a ser analisada neste capítulo, que traz o ator Marcelo Serrado ao lado da esposa, Roberta Fernandes, e de seus filhos gêmeos.

Entendemos que é possível relacionar essa representação a dois aspectos. O mais recente deles é a constatação, por meio de dados divulgados pelo IBGE, de que muitas mulheres não têm a figura do companheiro ao seu lado, sendo responsáveis, integralmente, pela manutenção da casa e dos filhos. O interdiscurso mais remoto, por sua vez, diz respeito ao fato, relatado pela literatura, de a amamentação, por muito tempo, ter sido considerada uma prática de/entre mulheres, pertencente ao mundo feminino. Não somente a amamentação, como o parto e todas as práticas relacionadas à maternidade e à saúde da mulher foram tradicionalmente vivenciadas entre mulheres da família, parteiras ou vizinhas (MARTINS, 2004). Tais práticas só foram apropriadas pelo saber médico, masculino, ao longo dos séculos

XVII, XVIII e XIX, especialmente com o surgimento e desenvolvimento de disciplinas médicas como a ginecologia e a obstetrícia (MARTINS, 2004; VIEIRA, 2002; ROMANI, 1982).

Com relação ao texto, sobretudo do folder, faz-se necessário ressaltar que, como acontece nos demais materiais analisados, referentes a outras campanhas, as expressões ‘amamentação’ e ‘aleitamento materno’ aparecem como “sinônimos”, sendo utilizadas alternadamente ao longo do material. No entanto, a predominância da expressão ‘aleitamento materno’, a mesma utilizada na política e na grande maioria dos materiais oficiais, confere destaque a alguns sentidos da prática, que se sobrepõem a outros.

## Smam 2009

Figura 11 - Cartaz Smam 2009 (Fonte: MS)



A campanha da Smam 2009 contemplou quatro peças – cartaz, folder, anúncio de revista e banner – e teve como madrinha a cantora baiana de axé *music* Cláudia Leite, que já despontava como um dos maiores nomes desse gênero musical no cenário nacional, estando em evidência em diversos programas televisivos de grande audiência. À época, a cantora amamentava seu primeiro filho, Davi, pouco tempo depois de ele ter contraído, em maio do mesmo ano, aos três meses de vida, uma meningite bacteriana que o colocou sob risco de morte.

A composição de imagens da campanha – que é comum a todas as peças gráficas, incluindo a capa do folder – traz uma foto de Cláudia amamentando Davi, sentada sobre uma poltrona branca. A cantora, bem maquiada e com uma expressão tranquila e descansada, veste uma roupa bastante casual, comum no dia a dia de muitas mulheres trabalhadoras na contemporaneidade: camisa branca de botões na frente, que facilita a amamentação, e calça jeans. Davi veste apenas uma fralda, olha para a mãe enquanto mama e pousa sua mão direita sobre o seio dela. Cláudia exibe um sorriso sereno e olha para o leitor/espectador.

O pano de fundo da cena de amamentação, no entanto, não remete a elementos do cotidiano da mulher atual, principalmente na realidade urbana na qual vive grande parte da população brasileira. Ao contrário, a paisagem (provavelmente ilustrada por computador) é bucólica, com desenhos de natureza que se assemelham a uma decoração de quarto de bebê. Cláudia amamenta com montanhas e vales verdes, flores, borboletas e gaiivotas como ‘ambiente’. Na mesma paisagem, do lado direito do quadro, vemos um sol; do lado esquerdo, nuvens carregadas de chuva que já começa a cair. Tais elementos complementam o sentido suscitado pelo *slogan* da campanha, centralizado ao lado esquerdo do quadro: “Amamentação em todos os momentos. Mais saúde, carinho e proteção.” Com base nessa composição, inferimos que a mensagem central que a campanha busca fortalecer é de que a amamentação é a melhor opção em qualquer situação, “chova ou faça sol”.

No cartaz (Figura 11, orientação horizontal) e no banner, além da foto e do cenário infantil ao fundo, vemos, na margem superior direita, o selo da Semana Mundial da Amamentação; na margem superior esquerda, o texto: Mais informações: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br) e o número do Disque Saúde – 0800 61 1997. Na parte inferior das peças, há uma barra horizontal de logomarcas, na qual constam, da esquerda para a direita, as logos da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Waba, do SUS 20 anos, do Ministério da Saúde e do Governo Federal (*Brasil: um país de todos*). No cartaz, na lateral direita, o dizer “Julho/2009”.

No anúncio feito para revistas, além desses elementos, há uma caixa com o seguinte texto:

*“É a própria natureza que nos ensina que a amamentação é o melhor para os bebês. O leite materno é um alimento completo, que protege o bebê e oferece tudo o que ele precisa para crescer e se desenvolver com saúde. Dar o peito ao seu filho é muito mais que oferecer o melhor alimento que existe. É uma experiência inesquecível (em letras pretas) Até os 6 meses, amamente somente com leite materno. E, até 2 anos, continue com o leite materno mais alimentos saudáveis.” (em letras azuis, grifos nossos).*

Com relação ao trecho destacado, consideramos importante salientar a presença explícita do discurso da natureza (tanto no texto quanto nas imagens das peças), um dos mais recorrentes no que se refere à amamentação. Talvez, entre todos os discursos identificáveis – ou todos os sentidos identificáveis nos discursos sobre amamentação ao longo do tempo -, a questão da prática como algo natural, que se relaciona a uma natureza feminina, seja a mais central, perpassando todos os outros discursos, do religioso ao científico.

Integra esse discurso da natureza a compreensão da mulher como fêmea, mamífera, e, portanto, biologicamente preparada e destinada à amamentação. Acreditamos que essa referência à ‘natureza do ato de amamentar’ no texto é uma marca da “materialidade histórica da linguagem” (ORLANDI, 1999, p. 68), ou seja, um vestígio dos processos sociais e discursivos pelos quais a prática da amamentação vem passando nos últimos séculos. Uma tônica muito forte dos discursos em prol da “retomada” do hábito de as mães amamentarem seus filhos, desde a virada do século XVIII para o século XIX na Europa, foi, precisamente, a da natureza, do caráter instintivo e natural das fêmeas mamíferas amamentarem seus filhotes com o próprio leite.

O folder, além da foto de capa, comum a todos os materiais da campanha, traz outra foto, interna, que mostra a cantora Claudia Leitte de pé, segurando o filho Davi na vertical, encostado em seu corpo e de frente para a câmera. Ela e o bebê olham para a lente que os fotografa, ela sorri e o bebê, tranquilo, tem a mão esquerda na boca.

Com seis páginas, o material apresenta seu texto dividido em duas partes. A primeira enfoca os benefícios do aleitamento materno (expostos no item “Hoje, mais do que nunca, o aleitamento materno é reconhecido no mundo inteiro como o fator mais eficaz de proteção para os bebês. Conheça os principais motivos:”), e a segunda trata do apoio à prática do aleitamento materno (no item “Todos podem colaborar para dar mais proteção à criança em situações de emergência. Faça a sua parte.”), abordando a participação de diversos atores (meios de comunicação, profissionais de saúde, Governo) no sucesso da amamentação.

Fala-se, ao longo do texto, da importância de amamentar mesmo – e principalmente – em situações de “emergência”, mas estas não são exemplificadas. Também neste material, as expressões ‘amamentação’ e ‘aleitamento materno’ são usadas de forma alternada, como sinônimos, em sentenças como “Valorizem a importância do aleitamento materno” e “Incentivem a continuidade da amamentação”, que vêm uma seguida da outra no subitem “Meios de Comunicação”. Ao lado de todos os benefícios ‘orgânicos’ que o leite materno promove para o bebê e que o ato de amamentar implica para a saúde materna, o texto afirma

que “A amamentação favorece a relação afetiva entre mãe e bebê, e também ajuda o bebê a defender-se de infecções e desenvolver-se bem, tanto física quanto emocionalmente”.

Diferentemente da maior parte dos materiais de campanhas, o folder da Smam 2009 menciona diretamente o desmame. Tal citação ocorre ao fazer referência ao abandono da amamentação que pode acontecer quando são oferecidos leites artificiais e mamadeiras a filhos de mulheres que estão amamentando. No entanto, o desmame como encerramento total de um processo ‘bem-sucedido’ de amamentação, seja por iniciativa da mãe ou do bebê, não é abordado no material.

## Smam 2010

Figura 12 - Cartaz Smam 2010 (Fonte: MS)



Figura 13 - Banner Smam 2010 (Fonte: MS)



Esta campanha foi a que produziu a maior variedade de materiais dentre as analisadas, contemplando cinco peças: além de cartaz, banner e folder, o anúncio para a população e um anúncio voltado especificamente para profissionais de saúde. Os materiais foram construídos sobre duas imagens fotográficas. Uma delas é a de Wanessa Cristina, usuária do SUS, e sua filha Leticia Vitória, nascida em um Hospital Amigo da Criança. A imagem de Wanessa amamentando a filha em um ambiente real, ao ar livre, com uma edificação repleta de arcos e um lago artificial ao fundo, ilustra o banner da campanha (Figura 13) sob o *slogan*: “Amamente. Dê ao seu filho o que há de melhor.” A mesma imagem também compõe os anúncios para a população e para profissionais e a parte interna do folder, na qual Wanessa oferece o seio esquerdo à filha, que mama sob o olhar sereno da mãe.

A outra fotografia, que tem destaque na maior parte dos materiais (cartaz, anúncio para população, anúncio para profissionais e folder), é composta por um trio de mulheres e uma criança. A da direita, grávida, segura a barriga entre as duas mãos, uma passando por cima, outra por baixo; a do centro carrega um bebê/criança, provavelmente maior de 6 meses de



idade, que dorme em seu colo, com o rosto virado para seu busto; a do lado esquerdo, aparentemente não grávida, ostenta semblante confiante e propositivo. As três olham para o espectador/leitor do material, ou seja, fitam a câmera que as fotografa. Ao fundo, uma paisagem bucólica, de campo, um céu com nuvens em tons de rosa azulado. Uma árvore, à esquerda da foto, faz a moldura superior do quadro, com flores rosas sobre as cabeças das três mulheres, todas vestidas de branco ou outras cores muito claras, como se representassem criaturas celestes.

Sobretudo se levarmos em consideração seu aspecto imagético, as peças remetem a um ambiente “etéreo”, de aparente alegria, tranquilidade, paz. Como observaram Kalil, Ferraz e Aguiar (2014), “é como se amamentar fosse um ato bem explicado e compreendido pelas mulheres, bastando para sua efetiva concretização que elas se dispusessem a dar o peito” (p. 10). É, mais ainda, como se esse fosse o ambiente – ideal ou real – para a prática da amamentação.

O cartaz (Figura 12, orientação vertical) traz, além da foto do trio de mulheres e abaixo do *slogan* já referido, o texto de apoio: “Amamentar é muito mais que alimentar a criança. É um importante passo para uma vida mais saudável.” Abaixo desse texto, temos: Mais informações: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br), o número do Disque Saúde 0800 61 1997 e as logomarcas da Sociedade Brasileira de Pediatria, do SUS, do Ministério da Saúde e do Governo Federal (que se apresenta “neutra” em função do ano eleitoral). No topo do cartaz, no canto direito, vemos a logomarca da Semana Mundial da Amamentação<sup>64</sup>, e, na sua lateral direita, a inscrição “Agosto/2010”. O anúncio para a população, em lugar do texto que o cartaz apresenta, transcrito acima, traz um maior, afirmando que a mulher grávida e todos à sua volta devem se preparar para a amamentação e reiterando os períodos ideais de aleitamento.

Com relação ao discurso desses materiais, é interessante notar que, ainda que a mensagem textualmente explícita seja de promoção de um comportamento saudável e se construa numa perspectiva positiva, o elemento risco se faz presente, permeando a construção dos enunciados, sendo o outro lado da moeda, ou seja, aquilo a que se está sujeito quando não se adota as condutas preconizadas (KALIL; FERRAZ; AGUIAR, 2014). Enquanto a adoção de hábitos saudáveis asseguraria uma espécie de “recompensa” futura, uma conduta contrária poderia trazer consequências negativas para a saúde e a vida do indivíduo.

---

<sup>64</sup>As peças da campanha de 2010 foram as últimas que levaram a logomarca da Smam. Desde então, os materiais não fazem qualquer referência a esta estratégia específica.

Outro aspecto a ser destacado é que, embora a maior parte das peças seja destinada à sociedade como um todo, e a mulheres grávidas ou amamentando, em particular, estas são, em geral, secundarizadas na construção da mensagem textual, que enfoca, sobretudo, as necessidades dos bebês e os benefícios da amamentação e do leite materno para a saúde deles. O texto do anúncio para a população revela essa predominância. Nele, diz-se que a mãe e todas as pessoas que estão à sua volta devem estar preparadas para o ato de amamentação. O leite humano é considerado “o que há de melhor para o bebê” e o “único alimento que ele precisa, até os seis meses”, e amamentar, um ato que transcende o simples alimentar a criança, representando um “importante passo para uma vida mais saudável”. O aleitamento vincula-se, então, a uma ideia valorativa de mais saúde para a criança ao longo da vida ou saúde garantida pelas melhores evidências científicas disponíveis.

Uma particularidade da Smam 2010 foi a confecção de um anúncio específico para profissionais de saúde. Nesta peça, ilustrada pelas duas fotografias – uma grande do trio de mulheres e uma menor, no canto inferior esquerdo da página, da usuária real do SUS amamentando seu bebê -, o *slogan* muda: “Amamentar é um ato pessoal. Incentivar é uma atitude profissional.” Desse *slogan*, depreendemos que cabe à mulher decidir se vai ou não amamentar seu filho, e, ao profissional, cabe incentivá-la por meio da ‘conscientização’. Abaixo do *slogan*, um texto específico, voltado para fornecer, ao profissional de saúde, mediador na relação entre as políticas públicas de saúde e a população, informações importantes sobre a temática, como a estimativa de que “cerca de 7 mil crianças brasileiras, por ano, não morreriam se tivessem sido amamentadas pelo tempo recomendado pela OMS/UNICEF” ou a afirmação que “muito mais do que oferecer um alimento completo, o aleitamento materno é uma estratégia de saúde pública responsável por evitar 13% de mortes de crianças menores de 5 anos no mundo”. A frase que finaliza o texto deixa claro seu objetivo de esclarecer aos profissionais qual a sua missão: “Conscientizar o maior número possível de pessoas sobre as vantagens do leite materno não é apenas uma conquista da mãe, da criança e de suas famílias, mas também dos profissionais de saúde e de toda a sociedade”. Abaixo do texto, o material apresenta as mesmas logomarcas exibidas nos demais materiais da campanha.

O folder, que possui seis páginas, apresenta na capa a mesma composição do cartaz, com a utilização da fotografia do trio de mulheres, abaixo o *slogan* e, abaixo dele, o texto de apoio. Na contracapa, vermelha, aparecem em fonte branca as informações sobre os sítios do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, o número do Disque Saúde, e as logos da SBP, do SUS, do MS e do Governo Federal. Na parte interna, o texto encontra-se

dividido em cinco itens: Como tornar a amamentação mais tranquila e prazerosa; É importante a mulher saber como esvaziar a mama sem a ajuda do bebê; Dicas para amamentação; Benefícios para a criança; e Benefícios para a mãe (que, neste material, vêm como último item da exposição).

O discurso desta campanha, dentre todas as analisadas, é o que se constrói mais explicitamente com base em tom impositivo ou diretivo. A grande maioria dos verbos utilizados nos materiais está conjugada no imperativo – amamente, deixe, comece, continue – e busca reafirmar a necessidade de seguir as orientações oficiais sobre *como e por quanto tempo* amamentar. A centralidade da criança também parece evidente. Do ponto de vista da imagem principal da campanha, a criança está no eixo central da foto, entre as mulheres (deitado nos braços de uma delas). Do ponto de vista do texto, trechos como “Nos primeiros meses, o bebê ainda não tem horário para mamar. Ele deve mamar sempre que quiser. Com o tempo, ele faz seu horário” demonstram o protagonismo da criança no processo de amamentação, determinando modos e tempos segundo os quais a prática ‘deve’ acontecer, cabendo à mulher adaptar-se.

Mais uma questão presente no texto é a associação entre amamentação e outras qualidades na relação mãe-bebê para além da alimentação. Ao amamentar, a mãe transmitiria não somente o alimento, mas amor, carinho, segurança, saúde e proteção. Também é enfatizado o caráter único do leite materno, “pois só ele garante tudo que o bebê precisa nos primeiros 6 meses de vida”.

## **Smam 2011**

Figura 14 - Cartaz Smam 2011 (Fonte: MS)



A campanha da Smam 2011 é composta por duas peças – cartaz e folder – e teve como porta-voz a atriz Juliana Paes, que amamentava seu primeiro filho, Pedro, na época com cerca de 8 meses de vida. Juliana engravidou logo depois de haver concluído sua primeira novela como protagonista – *Caminho das Índias*, no chamado ‘horário nobre’ da Rede Globo - e era, assim, mais conhecida do que nunca do grande público.

A imagem que ilustra o cartaz (Figura 14, orientação vertical) e a capa do folder traz a atriz, sentada em um banco de madeira branco, semelhante a um banco de praça, amamentando o filho em seus braços enquanto olha para ele e sorri. Ela exibe uma maquiagem natural no rosto e veste uma calça comprida e uma blusa de manga três quartos em tons pastéis; Pedro também está vestido, usando uma camiseta azul e um macacão bege. A cena ocorre ao ar livre, em um parque ou outro local bucólico. Em segundo plano, do lado esquerdo, é possível ver um balanço de parque com algumas crianças sentadas em brinquedos coloridos. Além de Juliana e Pedro, em primeiro plano, e das crianças brincando, em segundo, com algumas árvores ao fundo, tudo o que se vê é a grama do parque e o céu azul, sem nenhuma nuvem, que emoldura a interação tranquila e agradável entre mãe e filho. No cartaz, do lado esquerdo, em cima da foto foi aplicado o *slogan*: “**Amamentar** faz bem para **o bebê** e para você.” (grifos no original). Abaixo dele, o texto de apoio: “**Até os 6 meses**, o bebê só precisa de leite materno. Depois, ofereça alimentos saudáveis e continue amamentando **até os**

**2 anos ou mais.** Informe-se, prepare-se. Torne essa experiência completa.” (grifos no original).

A cena de Juliana, que sorri e olha para o filho com expressão de prazer no ato da amamentação, remete a outra pintura, de Andrea di Bartolo (conhecido como Solario), datada do período entre 1507 e 1510. *La Vierge au Coussin Vert* (A Virgem com Almofada Verde) (Figura 15) retrata uma Virgem que amamenta prazerosamente o menino Jesus, deitado sobre uma grande almofada verde. Enquanto oferece o seio ao bebê, com uma paisagem bucólica ao fundo, ela estabelece uma relação de olhos nos olhos com o filho, esboçando um sorriso em meio à expressão facial tranquila e feliz.

Essa capacidade de remissão da imagem publicitária atual a imagens arraigadas no imaginário das pessoas já foi, segundo Joly (1996), destacada por Roland Barthes em seu artigo *Retórica da Imagem*, de 1964. Para aquele teórico, a “imagem pura”, ou seja, toda a mensagem que não é linguística no anúncio analisado, passa a ser interpretada, pelo analista em segundo grau, remetendo a universos outros de acordo com leis específicas e particulares. Assim, para além da leitura da sua mensagem literal ou, como chamada por Barthes, ‘denotada’, que é, por sua vez, evidenciada por meio da descrição, “existe uma mensagem ‘simbólica’ ou conotada, vinculada ao saber preexistente e compartilhado do anunciante e do leitor” (JOLY, 1996, p. 75).

Tal compreensão da leitura de imagens se relaciona, diretamente, ao que Araújo e Pinto chamaram de “contextos”, que atuam na produção de sentidos tanto das mensagens textuais quanto imagéticas. Trata-se, sobretudo, da influência do contexto intertextual, ou do que Orlandi (1999) descreveu como ‘interdiscurso’ ou ‘memória discursiva’, um universo de signos, símbolos e sentidos compartilhados entre interlocutores que possibilita o processo de comunicação e a produção de sentidos por/entre eles.

Figura 15 - La Vierge au coussin vert (1507-1510?), de Solario (Museu do Louvre, Paris)



O folder da campanha, que tem seis páginas, todas elas com fundo azul claro (com exceção da capa, feita em um tom de azul mais escuro), traz na capa a mesma imagem do cartaz. Está dividido em cinco seções: É importante amamentar o bebê até 2 anos ou mais. E até os 6 meses, dê somente o leite materno.; Por que é tão importante amamentar?; Vantagens também para a saúde da mãe; A comunicação e a troca de experiências são fundamentais; Dicas para amamentação. Por último, após essas seções, o texto traz a frase: “Amamentar só faz bem. Espalhe essa ideia.”

Na contracapa, o material traz o endereço do sítio do Ministério da Saúde na internet ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)), o número do Disque Saúde (0800 61 1997) e o endereço do sítio da Sociedade Brasileira de Pediatria na internet ([www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br)). Também apresenta os textos “Para mais informações, procure os serviços de saúde ou um banco de leite humano” e “A amamentação é incentivada e apoiada pelo SUS”, escrito sobre uma tarja vermelha. As logomarcas expostas são da Rede Cegonha, mais acima, e, abaixo, numa mesma linha, as da SPB, SUS, Ministério da Saúde e Governo Federal (*Brasil: País rico é país sem pobreza*, marca do primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff).

Internamente, o folder apresenta mais uma foto de Juliana, agora segurando Pedro, que já fica em pé nas suas pernas. Mãe e filho se olham, mas o que espectador vê é a expressão de

Juliana, radiante com um sorriso largo no rosto. Acima dessa foto, em letras vermelhas, encontra-se o texto:

*Amamentar fica mais fácil quando a mãe tem todas as informações sobre as práticas saudáveis para ela e para o bebê. E, se ela tiver o apoio e a compreensão de familiares, amigos, profissionais de saúde, colegas de trabalho e empregadores, mesmo quando aparecerem obstáculos, a amamentação pode ser mantida. (grifos nossos)*

O trecho destacado em itálico nos dá a entender que: 1) é possível que a mãe obtenha ‘todas’ as informações sobre as práticas...; 2) que essas informações seriam elemento suficiente para que a mulher decidisse amamentar (condizente com a clássica premissa da saúde pública da ‘informação para a mudança de comportamentos’); 3) que a amamentação corresponderia, em certa medida, a essas práticas saudáveis para ela e para o bebê; e 4) que essas informações poderiam ser fornecidas tanto pelo folder analisado quanto, como expresso na contracapa do material, pelos serviços de saúde ou bancos de leite humano.

No entanto, diferentemente do que o material aponta, a literatura especializada tem sugerido que o discurso dos serviços de saúde ainda se encontra bastante pautado na concepção biologicista do processo de amamentação. Com base em revisão de teses, dissertações, revistas científicas, livros técnicos e publicações de organismos nacionais e internacionais sobre o tema, Araújo e Almeida (2007) afirmam que estudos que tratam do universo da assistência em aleitamento materno “revelam que os profissionais de saúde têm considerado a amamentação como um ato puramente instintivo e biológico” (p. 435). Também Nakano (2003) destaca que, “embora se reconheça a amamentação como fenômeno multidimensional, nas ações assistenciais às mulheres, tal abordagem tem se apresentado bastante fragilizada” (p. S356), o que dificulta a interlocução real entre profissionais e população.

**Smam 2012**

Figura 16 - Cartaz Smam 2012 (Fonte: MS)



A campanha da Smam 2012, que contém três peças – cartaz, anúncio e folder -, traz, como madrinha, a cantora Wanessa Camargo (filha do cantor sertanejo Zezé Di Camargo), que amamentava seu primeiro filho, José Marcus, então com 7 meses de vida. O cartaz (Figura 16, orientação vertical) é composto pela imagem de Wanessa amamentando seu bebê, aparentemente sentada, embora não se consiga distinguir onde ela se apoia. A cantora veste uma calça e uma camisa de tecido leve, ambos em tons de rosa/salmon claro. Ela amamenta frontalmente para a câmera, e por isso fica visível a parte do seu seio direito que não está encoberta pela cabeça do bebê que mama.

Não temos certeza se o bebê dorme ou está com os olhos abertos colados ao seio da mãe. Wanessa fita o espectador e sorri com uma feição alegre, calma e satisfeita. Com o braço direito, apoia o corpo de José Marcus, enquanto acaricia a mão do filho com sua mão esquerda. Diferentemente das fotos que circulam na imprensa ou de sua indumentária durante os shows que faz, em geral ousada e bastante sensual, Wanessa exhibe não somente roupas, como maquiagem e acessórios discretos, além de cabelos partidos ao meio, impecavelmente penteados para trás e parcialmente presos, reforçando a imagem de leveza e sobriedade.

Na grande área verde que a rodeia enquanto amamenta, com um enorme e sereno lago ao fundo, vemos também uma toalha de piquenique estirada na grama, na qual podem ser



observados uma cesta de palha com bananas, uma mulher que amamenta outro bebê e um menino, de cerca de 4 anos, que observa uma terceira mulher que amamenta, sentada em uma cadeira, enquanto come um pedaço de melancia. Tais imagens estão coordenadas com os textos que vêm logo abaixo delas, sobretudo um escrito em letras amarelas, que se refere à necessidade de dar apenas leite materno até os 6 meses; e, a partir daí, introduzir ‘alimentos saudáveis’ também, além de continuar amamentando até 2 anos de idade ou mais. O *slogan* “Amamentar hoje é pensar no futuro.” destaca a importância da amamentação – e do leite materno – não somente para a alimentação da criança no início da vida, mas para contribuir para que ela esteja “melhor preparada para crescer com mais saúde”.

Na lateral superior direita do cartaz, a inscrição que faz referência ao período da campanha: “Agosto/2012”. Do lado esquerdo, encontramos o texto “Wanessa e José Marcus participaram gratuitamente desta campanha”. O cartaz traz ainda outras informações, como: “A amamentação é incentivada e apoiada pelo SUS” e, em destaque sobre uma tarja verde, a frase “A mortalidade infantil caiu 47% na última década, graças a políticas públicas voltadas para a família, a gestante e a criança”. Na barra de logomarcas, na base da peça, sobre um fundo branco, vemos: Disque Saúde 136, Ouvidoria Geral do SUS, os endereços dos sítios na internet do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) e da Sociedade Brasileira de Pediatria ([www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br)); e as logomarcas da Rede Cegonha; Waba; SBP, SUS, Ministério da Saúde e Governo Federal (*Brasil: País rico é país sem pobreza*).

O folder, com seis páginas, traz na capa a mesma foto do cartaz e tem seu texto dividido em quatro seções (escritas em fonte amarela) – Por que é tão importante amamentar?; Vantagens para a saúde da mulher; Todos podem incentivar e apoiar a mulher na amamentação. Veja como; Dicas para uma amamentação bem-sucedida. É interessante notar que, analogamente ao que ocorre nos folders das outras campanhas analisadas, a seção de dicas é organizada em tópicos e todos eles são redigidos de forma imperativa, com verbos como: dê, ofereça, continue, evite, não use, beba etc. Tal seção sugere ao leitor a impressão de se tratar de um verdadeiro *checklist* da amamentação que, ao ser seguido rigorosamente, pode evitar problemas e ajudar a garantir o sucesso da prática ou, como o próprio texto diz, uma “amamentação bem-sucedida”. Também nessa seção, o desmame não é citado diretamente, mas indiretamente, quando se fala sobre como chupetas e mamadeiras “podem levar o bebê a rejeitar o peito da mãe”.

No folder da Smam 2012, o termo ‘amamentação’ é citado com muito mais frequência do que ‘aleitamento materno’, embora este último apareça em algumas situações – quando se fala em transmitir experiências positivas de aleitamento materno e quando se enfatiza a

importância do leite materno no combate à mortalidade infantil, na penúltima página do material. Na contracapa, além das informações e logomarcas exibidas também no cartaz, o folder traz a mensagem sobre a comemoração dos 10 anos da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, da OMS e Unicef, fornecendo, para mais informações, o sítio [www.saude.gov.br/crianca](http://www.saude.gov.br/crianca). O material também indica a busca de mais informações nos serviços de saúde ou banco de leite humano e apresenta, sobre uma tarja verde, a frase “A amamentação é incentivada e apoiada pelo SUS”.

O anúncio, praticamente igual ao cartaz, traz de diferente, basicamente, a edição dos dois textos complementares do cartaz em um único texto, todo escrito em fonte branca, contendo as mesmas informações. No entanto, a última frase do texto, que não se encontra no cartaz, chama a atenção nesta peça: “Amamentar é alimentar um futuro com mais saúde para seus filhos e para todo Brasil”. Nesse sentido, ela corrobora a compreensão acerca de que a campanha de 2012, assim como as de 2008 e 2009, não dirige seu *slogan* à mulher/mãe, mas trata da amamentação e de suas qualidades ‘inerentes’.

Em lugar de dizer à mãe o que ela deve ou não fazer, as peças adotam o *slogan*: “Amamentar hoje é pensar no futuro”, que articula, em nosso entender, dois discursos: o discurso cívico característico da retórica higienista do final do século XIX e início do século XX, que proclama o aleitamento materno como hábito a ser adotado pelas mulheres a fim de garantir a saúde de seus filhos e, conseqüentemente, a consolidação de uma nação brasileira moderna e próspera; e o discurso, mais recentemente difundido, da promoção da saúde e do risco, que, numa lógica preventiva, introduz uma concepção de tempo baseada num jogo entre dívida e crédito: um “bem agir” no presente a partir da adoção de hábitos saudáveis asseguraria uma “recompensa” no futuro, enquanto que uma ação contrária poderia ter uma conseqüência negativa sobre a vida dos indivíduos (VAZ et. al, 2007).

**Smam 2013**

Figura 17 - Cartaz Smam 2013 (Fonte: MS)



A campanha da Smam 2013, feita em cima de três peças de divulgação – cartaz, folder e anúncio –, teve como “padrinhos” o ator Marcelo Serrado e sua esposa, a bailarina Roberta Fernandes, que, na época, amamentava os filhos gêmeos do casal, Felipe e Guilherme, então com cerca de 4 meses. Após ter se destacado como o mordomo homossexual Crô, na novela *Fina Estampa*, na Rede Globo, em 2011, Marcelo foi convidado para estrear um filme no qual o personagem que caiu nas graças do público seria a atração principal. *Super Crô – O Filme*, dirigido por Bruno Barreto, estreou nos cinemas poucos meses depois da circulação da campanha da Smam.

Trata-se de uma das poucas campanhas em que a figura do pai/companheiro é destacada, e, neste caso específico, é ele a personalidade famosa que puxa para si as luzes dos holofotes midiáticos. Por isso mesmo, entendemos que, mais do que ‘companheiro’, o ator representa a figura do ‘padrinho’, compreendido aqui como o indivíduo que, por meio de seu apelo midiático, ajuda a promover a campanha<sup>65</sup>.

A imagem de Marcelo e Roberta, lado a lado, carregando os filhos enquanto se olham, de forma cúmplice, foi produzida em um ambiente que busca se assemelhar ao de uma unidade básica de saúde, decorada com motivos infantis nas paredes, o que é reforçado pela figura da profissional com jaleco sentada do lado direito do casal, provavelmente uma

<sup>65</sup> Com relação a essa análise, agradecemos a colaboração da professora Maria Martha de Luna Freire na banca de defesa da tese.

enfermeira, que sorri para o espectador, e pelos dizeres estampados nos materiais de campanha.

O cartaz (Figura 17, orientação horizontal) traz, no topo da imagem, o *slogan* “Tão importante quanto amamentar seu bebê, é ter alguém que escute você.”, comum a todas as peças. O texto de apoio do slogan também é o mesmo em todos os materiais: “Conte com um profissional de saúde. Ele vai escutar você e ajudar a tornar sua amamentação ainda mais tranquila.”. A referência explícita ao “profissional de saúde”, em lugar da menção ao pediatra, é uma característica recorrente nos materiais mais recentes da Smam, como apontado pela coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS.

Eu acho que isso a gente tem tentado alterar, né. Colocando a importância de buscar uma orientação com um profissional de saúde, não simplesmente um pediatra, um grupo específico, mas entendendo que os profissionais de saúde, seja enfermeiro, nutricionista, pediatra, estão prontos para ajudar essa mulher, no aconselhamento, no ouvir ela e no ajudar essa mulher.

Na fotografia, enquanto um dos bebês mama no seio esquerdo da mãe, o outro dorme tranquilo nos braços do pai. O casal usa roupas casuais: ele veste calça jeans e camisa de malha escura, de mangas compridas; ela, uma calça de tecido marrom claro e uma camisa de botões em tom lilás, aberta para facilitar a amamentação. Além do *slogan* e da imagem na parte superior do cartaz, vemos, no canto direito superior da peça, as informações referentes ao Disque Saúde 136, Ouvidoria Geral do SUS, os endereços dos sítios [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br) e a logomarca da Rede Cegonha. Na lateral direita, há os dizeres: “Marcelo Serrado, Roberta Fernandes e seus filhos participaram gratuitamente desta campanha.” Na lateral esquerda, encontra-se a inscrição “Julho 2013”.

Numa barra destacada na base do cartaz, na cor marrom, além do texto de apoio antes citado, outro texto, complementar, que traz as informações sobre os períodos ideais de aleitamento (reforçadas pelos verbos no imperativo: dê, ofereça, continue), e a frase: “A amamentação é incentivada e apoiada pelo SUS. Procure uma unidade de saúde.”, que também tem sido uma tônica das campanhas mais recentes da Smam. Nessa mesma barra, situam-se, ainda, os endereços do Ministério da Saúde e das campanhas de amamentação nas redes sociais Facebook e Twitter, o dizer “Melhorar sua vida, nosso compromisso” e as logomarcas da Waba, SBP, SUS, Ministério da Saúde e Governo Federal (*Brasil: País rico é país sem pobreza*).

O anúncio tem basicamente a mesma composição do cartaz. Os textos se repetem literalmente e as diferenças observáveis são a orientação (a do anúncio é vertical, enquanto a do cartaz é horizontal) e a posição das informações do Disque Saúde e da logomarca da Rede Cegonha, que, nesta peça, foram colocadas na mesma barra marrom, na base, juntamente às

demais logomarcas. O texto “Marcelo Serrado, Roberta Fernandes e seus filhos participaram gratuitamente desta campanha.” encontra-se na lateral esquerda do material.

O folder da campanha tem quatro páginas (apenas uma dobra) e traz, na capa, a mesma composição de imagens do cartaz e do anúncio, com *slogan* na parte superior, fotografia na parte central e barra marrom na base da peça, contendo somente o texto de apoio: “Conte com um profissional de saúde. Ele vai escutar você e ajudar a tornar sua amamentação ainda mais tranquila.”. As logomarcas – as mesmas utilizadas nas demais peças – encontram-se localizadas na contracapa, assim como as frases: “A amamentação é incentivada e apoiada pelo SUS.” e “Para mais informações, procure a unidade de saúde mais próxima.”.

Seu conteúdo foi dividido em cinco tópicos, redigidos em fonte azul sobre um fundo bege: É importante amamentar o bebê até os 2 anos ou mais. E, até os 6 meses, dê somente o leite materno.; Por que é tão importante amamentar?; Vantagens também para a saúde da mulher.; Todo mundo pode ajudar a mulher na amamentação.; e Dicas para amamentação. O texto é o mesmo – com diferenças pequenas e não significativas – daquele veiculado nos folders das campanhas anteriores, sendo também bastante semelhante no que se refere à própria estrutura de tópicos adotada.

Analogamente ao que foi observado no folder da campanha da Smam 2012, o desmame não é citado diretamente, mas de forma indireta. Ao orientar a mãe para não dar chupetas, bicos e mamadeiras, o material afirma que eles “podem levar o bebê a rejeitar o peito da mãe”, bem como causar problemas de fala, dentes e respiração na criança.

## **Smam 2014**

Figura 18 - Cartaz Smam 2014 (Fonte: MS)



Para a Smam 2014, o MS produziu 3 peças gráficas: cartaz, folder e e-mail marketing. A madrinha escolhida foi a atriz Nívea Stellman, que protagonizou os materiais ao lado do filho mais velho, Miguel, e da caçula, Bruna, de cerca de 4 meses, que estava sendo amamentada no período. A concepção visual é diferente da campanha anterior: a foto foi feita em um ambiente que remete ao espaço doméstico, um quarto em tons pastéis que predominam nas paredes, piso, cortinas e nos poucos objetos de decoração. Nívea, que exibe maquiagem bem feita e cabelos soltos, usa um vestido branco bordado e está sentada numa poltrona branca, onde o filho Miguel também se apoia, enquanto abraça a mãe e pousa sua cabeça na dela. Bruna mama calmamente no seio direito de Nívea, vestida somente com fralda e calcinha, enquanto observa a mãe e o irmão “no alto” da cena. Acima das cabeças deles, foram inseridos, por meio de arte gráfica, balõezinhos “presos” a fitas verticais, como se fizessem parte de um móbile infantil, com fotos da bebê vestida com “fantasias” de diversas profissões: professora, médica, juíza e bailarina.

Na parte superior do cartaz (Figura 18, orientação horizontal), está colocado o *slogan* da campanha, em letras maiúsculas na cor vermelha: “AMAMENTAÇÃO. UM GANHO PARA A VIDA TODA.” Na parte central, do lado esquerdo, vemos a foto da família e os balões. Ao lado da cabeça de Nívea vemos os dizeres: “**Nívea Stellman** e seus filhos, Miguel e Bruna.” (grifo no original). Do lado direito, o texto de apoio do *slogan*: “Você não sabe o que seu filho vai ser quando crescer. Mas com leite materno, você o ajuda a chegar lá.” e o

texto complementar: “Amamente seu filho por 2 anos ou mais. Durante os 6 primeiros meses, dê somente leite materno.” Mais abaixo, do mesmo lado da peça, a frase: “Busque orientação com um profissional de saúde.” Na base do cartaz, do lado direito, encontram-se as logomarcas: Disque Saúde 136 Ouvidoria Geral do SUS; SBP; Waba e SUS. (Note-se que não está presente a logomarca do Governo Federal, provavelmente por determinação legal, tratando-se de ano eleitoral).

O e-mail marketing, também na orientação horizontal, é composto basicamente pelos mesmos elementos do cartaz. O *slogan*, na parte superior da peça, tem seu texto “cortado” em três linhas, na lateral direita. A mesma imagem do cartaz é utilizada. Ao lado da cabeça de Nívea, vemos os dizeres: “**Nívea Stelman** e seus filhos, Miguel e Bruna.” (grifo no original). O material não se utiliza, no entanto, do texto de apoio. Logo abaixo do *slogan*, vem outro texto, que incorpora alguns elementos do texto complementar do cartaz:

Amamente seu filho por 2 anos ou mais. E nos primeiros seis meses, dê somente leite materno. Isso porque o bebê que mama no peito não precisa de nenhum complemento. A amamentação até os seis meses de vida ajuda a salvar, por ano, mais de seis milhões de bebês em todo o mundo.

Abaixo desse texto, entra a frase: “Busque orientação com um profissional de saúde.”

Na base da peça, também do lado direito, encontram-se as logomarcas.

O folder, com seis páginas, traz na capa a mesma imagem do cartaz e do e-mail marketing. O conteúdo está dividido em três tópicos principais, destacados dentro de “balõezinhos” como os do cartaz: Por que é tão importante amamentar? (tem como subitem: Vantagens também para a saúde da mulher); Todo mundo pode ajudar a mulher na amamentação.; Dicas para amamentação. Na penúltima página, o folder exhibe o mesmo texto do cartaz, que serve de apoio ao *slogan*: “Você não sabe o que seu filho vai ser quando crescer. Mas com leite materno, você o ajuda a chegar lá.”. Há uma caixa de texto com os dizeres: “Amamente seu filho por 2 anos ou mais. Durante os 6 primeiros meses, dê somente leite materno.”, e um bloco grande que repete o mesmo conteúdo do cartaz e do anúncio com outra edição de texto. As informações principais permanecem, como a importância de amamentar exclusivamente nos 6 meses de vida do bebê, quando o leite materno oferece tudo o que ele precisa, e de continuar amamentando até 2 anos de idade ou mais.

Da mesma forma que o observado nas campanhas de 2010, 2011, 2012 e 2013, o material não trata do desmame diretamente, mas faz menção indireta a ele quando fala da possibilidade de o uso de chupetas, bicos e mamadeiras fazer com que o bebê rejeite o peito da mãe. Na peça, também observamos a alternância dos termos ‘amamentação’ e ‘aleitamento materno’ ao longo do texto, sugerindo a compreensão das duas expressões como sinônimas.

Na frase “Acredite que a mulher é capaz de amamentar, incentivando e encorajando o aleitamento materno.”, que, aliás, é comum a vários dos materiais das campanhas anteriores, fica explícita a equivalência que o discurso oficial acaba por estabelecer entre amamentar e aleitar, entre a prática da amamentação e do aleitamento materno. Também consideramos necessário problematizar o uso do adjetivo ‘capaz’ no enunciado, como se a questão da amamentação estivesse relacionada ao fato de a mulher ser capaz ou incapaz de amamentar. Essa capacidade que quase toda mulher teria de amamentar refere-se, de acordo com discursos dos materiais analisados, a uma qualidade relacionada a sua aptidão biológica, mas que não leva em consideração questões relativas à subjetividade da mãe na amamentação, inclusive seus desejos e sentimentos ambíguos com relação ao processo.

#### **4.2.2. As madrinhas: “damas da assistência” midiáticas**

De acordo com Giugliani (2008), foi a Sociedade Brasileira de Pediatria quem instituiu, em 1999, a figura da “madrinha” nas campanhas da Semana Mundial da Amamentação, marca registrada do evento que põe em destaque uma “mulher de expressão” (p. 117) que esteja em período de amamentação.

A primeira madrinha foi Luiza Brunet (1999), seguida por Glória Pires (2000), Isabel Filardis (2001), Cláudia Rodrigues (2002), Luiza Thomé (2003) e Maria Paula (2004). As madrinhas pousaram [sic] amamentando seus filhos para a confecção de milhares de folders e de cartazes que são distribuídos em todo o Brasil por intermédio das filiadas. A madrinha é homenageada pela SBP no primeiro dia da Semana Mundial de Amamentação, no já tradicional “Encontro de pediatras com a madrinha”. (GIUGLIANI, 2008, p. 117)

Assim como nos exemplos citados pela autora, a maioria das campanhas posteriores teve, como suas madrinhas, atrizes conhecidas do grande público, sobretudo por sua atuação na televisão, e, em geral, que se encontravam “no ar” em algum programa de ampla audiência. De acordo com a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS, a prática de utilizar uma madrinha famosa nas campanhas da Smam já foi, por diversas vezes, questionada internamente pelo próprio Comitê Nacional de Aleitamento Materno.

E por que essa madrinha? Então, já teve várias reuniões em que foi questionado: será que a gente precisa de madrinha? Será que precisa de uma pessoa famosa? E a gente avaliou que sim. Porque o recurso que a gente tem pra essa campanha é muito pouco. [...] E você colocar num cartaz a imagem de uma pessoa que ela não é conhecida, ela não chama a mesma atenção.

Como salientou a profissional, o Ministério da Saúde entende que o recurso à madrinha famosa é necessário como forma de driblar o baixo orçamento e conquistar maior visibilidade para a campanha. Nesse sentido, as madrinhas contemporâneas, estrelas da



constelação midiática ou ‘celebridades’, como são comumente chamadas, atualizam, em grande medida, as damas da assistência das primeiras décadas do século passado, mulheres da alta sociedade das principais capitais do país, em geral, esposas de homens poderosos, como médicos, empresários ou políticos, e dotadas de grande *status* e respeitabilidade social. Ontem e hoje, aquelas que emprestam sua imagem à causa da infância agregam, à campanha em questão, dois elementos que, interligados, são de extrema importância para o seu sucesso – no sentido de impacto social.

Em primeiro lugar, a madrinha ou apoiadora empresta à campanha uma imagem positiva, de alguém que a sociedade reconhece como modelo, seja de beleza, êxito na carreira que escolheu, fama (que se tornou um valor de destaque na sociedade atual) ou reputação inquestionável. Em segundo lugar, indissociável do primeiro elemento e de igual necessidade, o nome ou, mais recentemente, rosto famoso garante o apelo da campanha junto à população (o que fica claro no depoimento da coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, reproduzido acima) e à mídia. Assim como na filantropia do início do século XX, nas campanhas atuais em prol da amamentação, tal visibilidade acontece ‘gratuitamente’, pois, além de a madrinha não ser remunerada por sua participação<sup>66</sup>, ela ainda “traz de graça a imprensa”, como citado abaixo no depoimento da coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade do MS.

Celebridade em campanha publicitária sempre ela agrega, ela acrescenta. Por ela ser uma imagem pública, as pessoas acho que dão mais atenção pra campanha quando você vê uma celebridade ou, enfim, um porta-voz que é público, elas... Geralmente, essas celebridades, essas madrinhas, elas têm muitos canais próprios de comunicação, principalmente agora, redes sociais, elas são seguidas por muitas pessoas no Twitter, no Facebook, no Instagram... Então, como elas são engajadas, elas postam, o pessoal curte, o pessoal compartilha. Aí dá mídia espontânea, imprensa, quando vem uma celebridade falar em nome do Ministério sobre uma causa, a gente tem aí mídia gratuita em revista, dá pauta, vai pro jornal... Então, assim, ter a madrinha tem este... ela agrega neste sentido.

No entanto, acreditamos se tratar de uma relação de reciprocidade entre as partes envolvidas. Se, por um lado, a madrinha (ou padrinho, como no caso da Smam 2013) cede sua imagem midiática para a campanha, ela (ou ele) também se beneficia com a visibilidade que esta participação lhe traz. Tanto o fato de ser uma ‘atuação’ sem qualquer recompensa financeira direta quanto seu engajamento em prol de uma causa considerada ‘nobre’, como o aleitamento materno, rendem a esse porta-voz a imagem de uma pessoa ‘do bem’, indivíduo empenhado na defesa de questões de ética e saúde pública, o que agrega uma espécie de

---

<sup>66</sup> Em boa parte das peças analisadas, aparece a mensagem de que a madrinha, seu filho e outros participaram gratuitamente da campanha.

capital, que não é econômico, mas da ordem do simbólico<sup>67</sup>, a sua reputação de artista ou ‘celebridade’.

Nas entrevistas presenciais concedidas durante a elaboração desta tese, as duas profissionais que atuam tanto na gestão da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno quanto na área da Assessoria de Comunicação do MS esclareceram que o processo de seleção da madrinha da Smam segue um protocolo rigoroso, que visa garantir que os valores que ela irá agregar à causa da amamentação/aleitamento materno são os mais ilibados possíveis.

A gente pega uma lista de mulheres que estão amamentando aquele ano, e que é viável de fazer a foto, não adianta a mulher estar com quinze dias, o bebê estar com quinze dias, ela não vai aceitar o convite. A gente faz uma pesquisa pra saber o passado dela, né? Assim, ela amamentou outros filhos, teve outros filhos, ela já deu alguma declaração negativa com relação ao aleitamento materno, ela já foi fotografada com a criança usando chupeta ou mamadeira, né, a gente faz toda essa busca. [...] Assim, se essa mulher já teve uma imagem negativa em relação à amamentação, se ela já apareceu dando mamadeira para a criança, se ela disse em alguma entrevista que já está oferecendo fruta para a criança, a criança tem 4 meses, entendeu? (Coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS)

O que a gente sempre pede da madrinha é que, primeiro, que a madrinha seja uma mulher engajada. [...] E, geralmente, são pessoas que são engajadas com a causa, são pessoas que, de fato, amamentam - isso é importante -, e a gente tem algumas premissas que a gente pede pra que a madrinha... existem alguns encaminhamentos, algumas orientações da própria área técnica que o Ministério preconiza que a criança não use mamadeira, que a criança tome leite materno exclusivamente até os seis meses, que, de preferência, a criança vá até os dois anos ou mais sendo amamentada... (Coordenadora do Núcleo de Atendimento da Divisão de Publicidade do MS)

Após passar por esse criterioso processo de seleção, que envolve a avaliação não somente de sua conduta atual, mas de comportamentos pregressos, a madrinha escolhida, ao aceitar o convite, compromete-se a respeitar a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL), o que significa que não poderá fazer propaganda de fórmulas ou alimentos infantis, chupetas e mamadeiras durante o período de vigência da campanha, que é de um ano.

Sobre essa aura de abnegação que envolve a figura das madrinhas atuais, é importante lembrar que, sendo elas herdeiras das damas da assistência, herdaram também os sentidos da própria filantropia, cujas origens estão ligadas às atividades religiosas de cunho caritativo. Em

---

<sup>67</sup> Para Bourdieu (2010), “o capital simbólico [...] não é outra coisa senão o capital, qualquer que seja a sua espécie, quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção, resultantes da incorporação da estrutura da sua distribuição, quer dizer, quando conhecido e reconhecido como algo de óbvio” (p. 145). Entendemos que esse capital simbólico se trata, então, de uma qualidade – da ordem do simbólico – que agrega ‘valor’ a quem a detém e que, embora derivada de determinadas estruturas e conformações sociais, é tomada como ‘natural’, própria ao indivíduo ou instituição a quem é atribuída.

razão disso, a imagem de seus praticantes, que hoje cedem seus cachês por uma causa nobre (como a do aleitamento materno/amamentação), vincula-se a um ideal de bondade e até de santidade. Além disso, no próprio imaginário religioso, existem relações de sentido entre o ato de amamentar uma criança e a caridade. Um exemplo que materializa essa remissão entre significantes se encontra na obra de Andrea Del Sarto, que data do início do século XVI na Itália. Nela, a virtude de La Charité (Figura 19) é representada por uma imagem feminina rodeada por três crianças, uma das quais ela amamenta diretamente em seu seio esquerdo<sup>68</sup>.

A campanha, de caráter midiático, funde, então, essas duas ideias: a da caridade, por um lado, e a da beleza e perfeição<sup>69</sup>, por outro. Afinal, nas sociedades contemporâneas, os meios de comunicação assumiram o papel de normatizar os padrões estéticos e de comportamento, também definindo os parâmetros do sucesso por meio da imagem de homens e mulheres supostamente perfeitos, que conciliam, com maestria invejável, as diversas funções sociais deles esperadas, como a carreira, o casamento, a maternidade/paternidade e a beleza física, sem a qual nada disso teria valor algum.

---

<sup>68</sup> Voltaremos a esse interdiscurso do imaginário religioso e da sacralidade da maternidade e da amamentação no Capítulo 5.

<sup>69</sup> A beleza, característica constantemente associada à feminilidade e à mulher, também será destacada como interdiscurso no Capítulo 5.

Figura 19 - La Charité (1518), de Andrea Del Sarto (Museu do Louvre, Paris)



### 4.3. Amamentação ou aleitamento materno?

Uma regularidade observada nos discursos oficiais é que a palavra *amamentação* e a expressão *aleitamento materno* são tratadas como sinônimos, sendo utilizadas de forma alternada nos materiais analisados. Segundo as definições de dicionário, um conceito, de fato, reporta-se ao outro. Aleitar aponta para “criar a leite; amamentar; aleitamento” (FERREIRA, 2010, p.31). Amamentar, por sua vez, é definido como “dar de mamar a; aleitar; amamentação” (FERREIRA, 2010, p.38).

Mas, enquanto a palavra *amamentação* carrega, dentro de si, os sentidos relacionados à ‘mama’, *aleitamento* traz, embutido em sua materialidade, a referência ao ‘leite’. Na busca por apreender as particularidades da *amamentação* e do *aleitamento*, é possível aventar uma diferenciação de sentidos entre os dois termos, que remete não somente a questões estritamente linguísticas. Hames (2006, p.21) justifica sua opção pelo uso do termo *amamentação* em detrimento de *aleitamento materno*, a despeito de o segundo ser encontrado como descritor na maior parte das bases de dados reconhecidas no país.

Aleitamento materno, embora seja usado como sinônimo de *amamentação*, sugere um processo unilateral de responsabilidade exclusiva da mulher. Por outro lado, o termo *amamentação* deixa transparecer uma certa

reciprocidade, diria até uma cumplicidade que envolve, no mínimo, dois sujeitos, mulher e criança, instigando o diálogo, pois traz em seu bojo a proximidade com a palavra *mãe* e *mama* (Carraro; Souza, 2004). (HAMES, 2006, p.21)

Entendemos que o uso da expressão aleitamento materno aponta para uma abordagem mais instrumental adotada pela saúde pública, sobretudo nas últimas décadas. Tal nomeação estaria vinculada à legitimação da superioridade do leite humano na nutrição de lactentes baseada em diversas evidências científicas (TOMA; REA, 2008), e, portanto, à importância que o produto leite materno vem conquistando no âmbito da política. A palavra amamentação, por outro lado, produz sentidos mais fortemente relacionados ao vínculo corporal e intersubjetivo que se estabelece entre mãe e filho, como tematizado amplamente pela psicanálise, enfocando, somente em segundo plano, o fornecimento do leite à criança.

Um aspecto relevante em relação ao aleitamento materno é o fato de ele ter se tornado, em nosso país, objeto de uma política pública de responsabilidade da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), responsável por elaborar diretrizes políticas e técnicas voltadas à atenção integral à saúde da criança do nascimento até os 9 anos de idade. Trata-se, portanto, de uma ação predominantemente setorial, que se dirige, prioritariamente, à saúde da criança, tendo como foco central a redução da morbimortalidade infantil.

Esse recorte da ordem do social se faz perceber também na ordem do discurso (FOUCAULT, 2000), nos textos que procuram situar a voz autorizada e os sentidos sobre amamentação, aqui denominada 'aleitamento materno', e sedimentar os sentidos privilegiados dentro do campo dos sentidos possíveis (ORLANDI, 2007). Essa ordem do discurso (que apresenta a amamentação como uma prática instrumental, na qual cabe à mãe fornecer o leite materno ao seu bebê) condiciona, por sua vez, outros elementos de ordem social, como o lugar que a mulher continua a ocupar, a despeito de alguns avanços e de sua inserção maciça no mercado de trabalho, no espaço doméstico e, sobretudo, no cuidado e criação dos filhos (SCAVONE, 2004).

Sobre isso, consideramos importante mencionar um trecho do depoimento da coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, durante entrevista concedida para fins deste trabalho. Nele, a profissional esclarece, respondendo à pesquisadora/entrevistadora, por que o evento nacional voltado ao tema se chama, de acordo com terminologia adotada pelo órgão oficial, Semana Mundial da Amamentação e não Semana Mundial de Aleitamento Materno, como é citada em alguns veículos de comunicação e mesmo organismos governamentais que atuam em prol da causa.

Desde que trabalhamos, [...] é Semana Mundial da Amamentação. Porque é justamente para incentivar essa amamentação, né, e não a Semana Mundial do Aleitamento Materno, mas sim a gente trabalhando essa proposta com a mãe, da mãe amamentar, né? Da importância dela fazer, dela ter esse ato junto ao seu bebê de amamentar.

De acordo com o depoimento, transparece que, tanto para a entrevistada quanto para o próprio MS, existe uma compreensão de que, ao dizer ‘amamentação’, produz-se sentidos diferentes – ou, ao menos, propõe-se a produção de sentidos diferentes – do que quando se diz ‘aleitamento materno’. No entanto, como já foi observado anteriormente, embora os dois termos sejam utilizados de forma alternada nos materiais analisados, como sinônimos, a expressão ‘aleitamento materno’ prevalece na própria denominação da coordenação específica que cuida do assunto no MS, bem como na nomenclatura adotada na política pública e em muitos dos materiais produzidos como resultado dela.

A utilização alternada das duas terminologias reflete, em nosso entendimento, a tensão constante entre a permanência e a mudança ou entre a paráfrase e a polissemia na linguagem. Os processos parafrásicos são, para Orlandi (1999), “aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória. A paráfrase representa assim o retorno aos mesmos espaços do dizer” (p. 36), produzindo-se, desse modo, distintas formulações de um mesmo dizer, que atuam no intuito da estabilização dos sentidos.

A polissemia, ao contrário, é a brecha que se abre para o movimento, os desvios, deslocamentos e a mudança. Ou seja, há sempre o espaço de possibilidade para a polissemia, que, contrariamente à paráfrase, “joga com o equívoco” (ORLANDI, 1999, p.36). A criatividade, na linguagem, implica a ruptura em seu processo de produção, deslocando regras, “fazendo intervir o diferente, produzindo movimentos que afetam os sujeitos e os sentidos na sua relação com a história e com a língua” (ORLANDI, 1999, p. 37). E é nesse processo que surgem sentidos diferentes.

Compreendemos que, se, por um lado, o uso alternado das duas expressões, como sinônimos, indica um mecanismo parafrásico, no sentido de uma tentativa de estabilização de sentidos, de mais do mesmo, de apagamento das diferenças, por outro, a preferência, consolidada ao longo dos últimos séculos, pela expressão aleitamento materno, sinaliza-nos um deslocamento de sentidos, que, ao mesmo tempo que apaga ou sufoca os sentidos que se agregam à amamentação (como relação intersubjetiva entre mãe e filho estabelecida pela indissociação de corpos realizada no ato de o bebê sugar o seio da mãe), prioriza os sentidos mais relacionados ao leite materno, como subproduto concreto dessa prática, mais facilmente identificável e qualificável no sentido da sua importância para o desenvolvimento do lactente, garantindo sua nutrição e contribuindo para sua saúde como um todo.

No entanto, a preferência pelo uso da palavra amamentação em algumas situações, como na nomenclatura da campanha de promoção nacional (a Smam), demonstra que a tensão persiste e que há um movimento ou uma força que atua em direção a uma mudança para sentidos mais voltados à prática da amamentação, abrindo espaços, ainda que incipientes, para enxergar na mulher como sujeito e protagonista do processo.

#### **4.4. A enunciação da mulher: protagonista da amamentação ou agente da política pública?**

Para a teoria da enunciação como apropriada por Benveniste (1989) e Pinto (1994), aquele que fala constitui não apenas a si mesmo como sujeito falante ou *locutor*, mas também “implanta o outro diante de si” (Benveniste, 1989, p. 84, grifo no original). Ou seja: “Toda enunciação é, explícita ou implicitamente, uma alocação, ela postula um alocutário” (Benveniste, 1989, p. 84). De acordo com esse referencial, portanto, ao proferir discursos sobre amamentação, o MS não apenas constitui o objeto de que fala – construindo, reforçando, enfraquecendo ou apagando sentidos sobre ele -, como também sua própria posição como locutor, o *eu* ou *sujeito da enunciação* (Benveniste, 1989); e a posição do seu receptor, o *tu* ou *sujeito falado* (Pinto, 1994).

O que em geral caracteriza a enunciação é a *acentuação da relação discursiva com o parceiro*, seja este real ou imaginado, individual ou coletivo. Esta característica coloca necessariamente o que se pode denominar o *quadro figurativo da enunciação*. Como forma de discurso, a enunciação coloca duas “figuras” igualmente necessárias, uma, origem, a outra, fim da enunciação. É a estrutura do *diálogo*. Duas figuras na posição de parceiros são alternativamente protagonistas da enunciação. Este quadro é dado necessariamente com a definição da enunciação. (Benveniste, 1989, p. 87, grifos no original)

No caso dos materiais de promoção ou orientação ao aleitamento materno analisados neste trabalho, o diálogo não se dá de forma ‘efetiva’, por ser o receptor, como define Benveniste (1989), um ‘parceiro imaginado’. Isso não impede que esteja dado o quadro da enunciação, no qual duas figuras se colocam, uma como origem e outra como fim desse processo de comunicação ou de proposição de sentidos sobre o tema abordado.

Na opinião de Pinto (1994), o emissor do enunciado pode, por meio de determinadas *operações*, desde “criar universos de referência a serem compartilhados com o receptor” (p. 28) até “criar e/ou reproduzir, pelo exercício da linguagem, relações de poder entre emissor e receptor” (p. 29). Também para Verón (2004), um discurso desenha “um campo de efeitos possíveis” (p. 83) a partir do funcionamento da enunciação, que diz respeito “não ao que é dito, mas ao *dizer* e suas modalidades, os *modos* de dizer” (p. 216, grifos no original). Segundo o

autor, o dispositivo da enunciação comportaria a imagem do enunciador, a imagem daquele a quem o discurso é endereçado, chamado de destinatário, e a relação entre enunciador e destinatário, “que é *proposta* no e pelo discurso” (p. 218, grifo no original). Por meio desse dispositivo, o emissor busca construir, estabilizar ou contrapor sentidos sobre um determinado tema, sentidos a serem compartilhados entre ele e o(s) receptor(es) do discurso, assim como estabelecer ou fortalecer laços de poder entre esses dois polos da comunicação, hierarquizando uma relação que acontece na esfera discursiva e, paralelamente, na social.

Considerando a argumentação desses autores sobre os dispositivos que, por meio do discurso, permitem constituir objetos e posições de sujeito na comunicação e estabelecer relações de poder entre interlocutores, entendemos que os discursos oficiais de aleitamento materno brasileiros procuram construir sentidos sobre a mulher, sentidos esses que mudam de acordo com as posições distintas que esta ocupa: como objeto do enunciado (ou sujeito sobre quem se fala) nos materiais de orientação voltados aos profissionais de saúde; ou como sujeito falado, ou seja, receptor imaginado dos materiais destinados à população.

Pareceu-nos útil a tal compreensão, particularmente, a categoria analítica nomeada por Pinto (1994) de *modalização da enunciação*, caracterizada por operações enunciativas que visam alcançar o objetivo de “projetar o tipo de interação que [o emissor] deseja estabelecer com o receptor e, por seu intermédio, sobre o mundo” (p. 81). Segundo o autor, existem seis tipos de modalidades: declarativa, representativa, declarativa-representativa, expressiva, compromissiva e diretivas, e pudemos identificar, nos textos analisados, exemplos de enunciados que puderam ser classificados a partir de alguma(s) dessas modalidades.

Em geral, os materiais dirigidos aos profissionais de saúde, que têm como objetivo principal informá-los e formá-los para que sejam capazes de auxiliar e oferecer apoio adequado à mulher, seus filhos e a família antes e durante o processo de amamentação, apontam uma visão mais ampliada da amamentação e se referem à mulher como protagonista do processo. O tratamento que é dado à mulher, no entanto, não se mantém homogêneo em todos os materiais analisados e nem mesmo ao longo dos discursos de um mesmo material.

O próprio caderno *Saúde da Criança: Nutrição Infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar* (BRASIL, 2009b), destinado à Atenção Básica, ao abordar o desmame, reconhece que, na espécie humana, este não está relacionado somente a fatores “genéticos” e “instintivos”, sendo fortemente influenciado por fatores socioculturais, mas defende o que chama de “desmame natural”, aquele que ocorreria “naturalmente, na medida em que a criança vai adquirindo competências para tal” (BRASIL, 2009b, p.63). “A mãe *também* participa ativamente no processo”, afirma o documento, sugerindo passos à criança



(verdadeira protagonista do desmame) quando esta já estiver “pronta” a aceitá-los (p. 64, grifo nosso).

Ainda que afirme, em diversos trechos, o protagonismo da mulher e a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos a seus contextos e anseios, o mesmo material (BRASIL, 2009b) faz orientações como: “A mãe deve ser orientada a responder prontamente às necessidades do seu bebê” (p.30); ou “Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda” (p. 31). Tais recomendações demonstram a centralidade a ser exercida pela criança no processo de amamentação.

Alguns materiais, especialmente o álbum seriado *Promovendo o Aleitamento Materno* (BRASIL; UNICEF, 2007), utilizam a modalidade denominada por Pinto (1994) como *declarativa*, caracterizada por “enunciados transparentes, cujos conteúdos são considerados como sendo o próprio universo de referência” (p. 83-84). No entendimento do autor, somente certas pessoas, que ocupam determinadas posições em determinadas instituições sociais, “ganham o direito, o poder e mesmo o dever (...) de produzir enunciados e textos que criam e/ou reproduzem realidade” (p. 83). Tais enunciados, pela legitimidade conferida a quem os emite, tendem a ser reconhecidos como verdadeiros pelos seus receptores, que enxergam neles “a expressão verbal da realidade” (p. 84). São exemplos dessa utilização, em geral, os enunciados que destacam as vantagens da amamentação, como: “O leite materno dá proteção contra doenças porque só ele tem substâncias que protegem o bebê contra doenças como: diarreia [...], pneumonias, infecção de ouvido, alergias e muitas outras”, “Dar de mamar é um ato de amor e carinho” e “Dar de mamar ajuda na prevenção de defeitos na oclusão (fechamento) dos dentes, diminui a incidência de cáries e problemas na fala” (BRASIL; UNICEF, 2007, p. 4).

Além de dispensarem a apresentação das evidências que corroboram as informações, eles não levam em consideração possíveis controvérsias com relação às próprias evidências científicas que embasam a política. Com relação ao aleitamento sob livre demanda, como recomendado pela política, por exemplo, Moura, Moura e Toledo (2006) apontam que, após o nascimento dos primeiros dentes, pode aumentar a incidência de cáries, enquanto o trabalho de Brew et al. (2012) indica que, embora tenha efeito protetor contra asma, a amamentação prolongada, também preconizada pelo Ministério da Saúde, pode gerar maior risco de sensibilização para alergias alimentares.

Por outro lado, os materiais dirigidos às mulheres e população em geral, apresentam, em sua maioria, uma visão mais instrumental da prática da amamentação, centrado,

prioritariamente, nos benefícios para a saúde da criança e incentivando às mães a amamentarem seus filhos pelos períodos ideais preconizados pelas organizações internacionais. No caso da *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta* (BRASIL, 2010a), toda a seção denominada “Por que é importante amamentar” traz afirmações sobre benefícios do aleitamento materno para a criança, a mulher e a família que podem ser classificadas na modalidade declarativa. “O leite materno é o alimento mais completo que existe para o bebê. Nos primeiros seis meses, ele contém tudo que o bebê precisa, até mesmo água!” (p. 10); “Protege o bebê contra muitas doenças, em especial diarreia, pneumonia, otites e outras infecções” (p. 11); “Diminui as possibilidades de surgirem problemas alérgicos, respiratórios e também de algumas doenças que costumam se manifestar mais tarde, tais como obesidade, pressão alta, colesterol alto e diabete” (p. 11); “Diminui as chances de ocorrência do câncer de mama, de ovário e de diabete da mulher que amamenta” (p. 11) são alguns exemplos.

Tais enunciados, transparentes e cujo conteúdo se confunde com a própria “verdade” sobre o tema, são, certamente, baseados em pesquisas científicas que apontam a correlação entre o aleitamento materno e essas variáveis (TOMA; REA, 2008). Porém, essas referências não são mencionadas no texto, bem como referências que apresentam, na literatura, resultados contraditórios (como os que citamos anteriormente, entre outros).

Um bloco de texto, na página 22 do material, inicia com a palavra ‘atenção’ em caixa alta, seguida de um ponto de exclamação, o que induz o leitor a esperar uma informação de máxima importância.

ATENÇÃO! Quando o bebê completa 6 meses ele está pronto para receber alimentos semi-sólidos. Está na hora de oferecer comida amassada com garfo, e continuar a amamentação. Nesta fase, procure oferecer alimentos saudáveis preparados em casa (em vez de industrializados), em ambiente calmo, mostrando paciência e interesse pelo bebê. *E lembre: é recomendável que você continue amamentando até pelo menos os dois anos de idade.* (BRASIL, 2010a, p.22, grifo nosso)

Trata-se um discurso de “comando”, redigido com verbos no tempo presente e, em geral, na forma imperativa, buscando produzir um ‘efeito de verdade’ no discurso. Tal dispositivo, como apontou Pinto (1994), pode ser definido como uma modalização da enunciação conhecida como *modalidade diretiva*, cujo objetivo é fazer com que o receptor adote, no futuro, o comportamento ou atitude à qual tal enunciado expressa. O autor ressalta que o uso dessa modalidade depende das relações – de familiaridade e de *status* – “reconhecidas ou propostas pelo emissor como existentes entre ele e o seu interlocutor na

situação de comunicação em curso, e o receptor, pela aceitação de seu papel, confirma a validade social delas” (PINTO, 1994, p. 92).

Também no trecho da cartilha citado acima, o emissor alerta a leitora para a necessidade do cumprimento de determinadas condições e orientações, materializando o que Verón (2004) chamou de “enunciação pedagógica”, na qual emissor e destinatário da mensagem assumem posições desiguais: “o primeiro mostra, explica, aconselha; o segundo olha, compreende, tira proveito” (VERÓN, 2004, p.230) da informação oferecida.

Outros exemplos de modalidade diretiva no mesmo documento podem ser observados nos enunciados do quadro “Algumas dicas” (BRASIL, 2010a), que buscam influenciar a mulher, fazendo-a adotar determinadas atitudes, como: “Converse com o patrão para ver a possibilidade de você ter maior flexibilidade nos horários de trabalho”, “Fale e explique ao seu patrão e seus colegas a importância de amamentar, explique especialmente que o leite materno protege seu filho”, “Explique tudo isso também aos seus familiares” (p. 4).

No material, o texto dispensa referências científicas que embasam afirmações sobre as múltiplas vantagens e períodos ideais de aleitamento materno com enunciados na modalidade declarativa. O discurso assume, então, sua tendência a provocar o que Verón (1980, p.198) chamou de “efeito ideológico” do discurso absoluto, “aquele discurso que se mostra como o único discurso possível acerca daquilo que se fala”, ocultando suas condições de produção por meio da naturalização dos sentidos.

Entendemos que o conceito de “discurso ‘absoluto’” (VERÓN, 2004) é fortemente aplicável ao discurso hegemônico sobre aleitamento materno nos dias atuais. Como destacou o autor, “embora todo discurso seja submetido a condições determinadas de produção, há alguns que se apresentam como se não o fossem” (VERÓN, 2004, p. 57). Este é, precisamente, o caso do “discurso ‘absoluto’”, que existe enquanto efeito discursivo. O autor ressalta que isso acontece em função de um “efeito de poder (de crença) de um discurso” (VERÓN, 2004, p. 57, grifo no original), uma espécie de efeito de naturalização que o faz parecer “desencarnado” ou “descolado” de suas condições sociais de produção, ou seja, do que há de ideológico na sua construção.

A *Cartilha...* (BRASIL, 2010a) dirige sua fala diretamente para a mulher, por meio do pronome de tratamento ‘você’. Tal recurso também constitui uma das apresentações da modalidade diretiva, que é a interpelação do interlocutor, ou seja, a chamada do outro para o processo de interlocução. O uso do “você” também corresponderia, segundo Pinto (1994), a um enunciado de *modalidade expressiva*, que visa mostrar “a intenção que o emissor tem de exprimir afetividade ou juízo de valor relativos aos estados de coisas descritos ou a qualquer

das entidades participantes” (p. 88). Nesse caso, busca-se, por meio do pronome escolhido, expressar uma informalidade da comunicação e forjar uma intimidade entre emissor e receptor(a) do discurso.

*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 a seu filho tudo isso. (BRASIL, 2010a, p.3, grifos nossos)*

Ao afirmar que a mulher a quem se dirige tem determinados desejos ou expectativas em relação ao seu envolvimento com o/a filho/a, o material pressupõe que ela já detém – e corrobora com - certo conhecimento que ele procura reafirmar: o de que é por meio da amamentação que a mãe poderá proporcionar, ao seu bebê, tudo o que foi relacionado: o melhor alimento, contato físico, carinho, estímulo e proteção contra doenças. E o texto conclui: “Ou seja, tudo o que você sempre sonhou de melhor”. A utilização de tal dispositivo de enunciação, que busca estabelecer, no/pelo discurso, a expectativa do outro, constrange a mulher em suas possibilidades de escolha sobre amamentar ou não (no caso, continuar ou não amamentando após o retorno ao trabalho), deixando pouco ou nenhum espaço para a negociação de sentidos entre emissor e receptor do discurso.

Também observando os cartazes das campanhas da Smam analisadas, percebemos que eles se utilizam largamente de enunciados nas modalidades *declarativa* e *diretiva*. Todos os *slogans* fazem uso da modalidade declarativa, na qual os enunciados se confundem com a própria “realidade das coisas”, conferindo *status* de verdade ao que é dito. “Nada [é] mais natural que amamentar. Nada [é] mais importante que apoiar.” (2008); “Amamentação em todos os momentos. [É] Mais saúde, carinho e proteção. [subentende-se que para o bebê/criança]” (2008); “Amamente. Dê ao seu filho o que há de melhor.” (2009); “**Amamentar** faz bem para **o bebê** e para você.” (2010, grifos no original); “Amamentar hoje é pensar no futuro.” [o texto que vem abaixo deixa claro que, além de contribuir para um futuro com mais saúde para os filhos de quem amamenta, amamentar também é benéfico “para todo Brasil”] (2012); “Tão importante quanto amamentar seu bebê é ter alguém que escute você.” (2013); “Amamentação. [É] Um ganho para a vida toda.” (2014).

O uso do verbo “ser” no tempo presente do indicativo na maioria dos enunciados (de forma explícita ou oculta) traduz uma declaração inequívoca, assim como as expressões “o que há de melhor”, “amamentar faz bem” e “[é] um ganho para a vida toda”. Além do texto que informa a mulher sobre os comportamentos que deve adotar em relação à alimentação e cuidado com a saúde do seu bebê, as campanhas ilustram a perspectiva de que a mãe é um instrumento que torna viável a política pública de redução da morbimortalidade infantil por

meio do incremento dos índices de aleitamento materno. A criança é, em geral, o principal foco dos discursos oficiais proferidos nas peças da Smam.

No entanto, há diferenças nos conteúdos dos enunciados. Alguns cartazes mais recentes da Smam incluem a mulher – como o sujeito falado, “você” ou “tu” do enunciado – na construção dos *slogans*, destacando a importância dela no processo de amamentação. Em “**Amamentar** faz bem para **o bebê** e para você” (Smam 2010, grifos no original), a voz autorizada do Ministério da Saúde afirma para a gestante e/ou mãe que a prática da amamentação é saudável não somente para o bebê (que está destacado em negrito, juntamente com a palavra “amamentar”), mas para ela. Também no slogan da penúltima campanha, “Tão importante quanto amamentar seu bebê, é ter alguém que escute você” (Smam 2013), o enunciado se dirige à mulher e ressalta a importância – igual à do próprio ato de amamentar – de ela ser ouvida e apoiada durante o processo de amamentação.

Embora se utilizem da *modalidade declarativa* e da *modalidade expressiva*, com o uso do pronome “você”, que imprime uma informalidade e uma suposta intimidade entre emissor e receptor do discurso, esses cartazes já apresentam enunciados que procuram apresentar a mulher como elemento ativo do processo de amamentação, salientando que se trata de uma prática benéfica também para a saúde da mãe e que ela precisa ser apoiada – pela família (representada na imagem pela figura do companheiro) e pelos serviços de saúde, que têm um papel de destaque no material como fonte de escuta da mulher, capaz de tornar a amamentação “ainda mais tranquila” (Smam 2013).

A análise dos materiais selecionados revelou que existem diferenças na construção de sentidos sobre a mulher/mãe/lactante nesses discursos, passando ela de um sujeito dotado de protagonismo no processo de amamentação a um instrumento necessário ao sucesso da política de aleitamento materno, que tem, como foco principal, a saúde da criança e a redução da mortalidade infantil. Conseqüentemente, enquanto alguns materiais analisados expressam um modelo de comunicação mais diretiva e prescritiva, como tradicionalmente utilizada no campo da saúde, outros manifestam uma concepção mais aberta e dialógica do processo de comunicação, admitindo o lugar da mãe (como interlocutora) na reapropriação das mensagens e na tomada de decisões sobre sua própria saúde e a do bebê.

Em geral, os materiais destinados aos profissionais tendem a representar a mulher como sujeito de crenças, cultura e contextos de vida para além do aleitamento, enquanto os materiais destinados às próprias mulheres se utilizam, mais amplamente, de uma linguagem que objetiva a mulher no processo de amamentação e desmame, deixando transparecer a ideia

de que é seu dever atuar no sentido da conquista da saúde física, mental e emocional de seu(sua) filho(a).

Em material de curso voltado a equipes de hospitais credenciados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança - Ihac (UNICEF; OMS, 2008)<sup>70</sup>, há uma seção específica que trata das habilidades de comunicação necessárias aos profissionais que atuam na atenção à gestante e à mulher que acabou de dar à luz na maternidade. Nela, o documento defende que eles devem ser capazes de fornecer informações, mas também de ouvir as mulheres atendidas, que são dotadas de subjetividade, de suas próprias crenças e cultura.

Muitas vezes, profissionais de saúde são treinados para procurar problemas e resolvê-los. Uma boa comunicação significa que existe *respeito pelos pensamentos, pelas crenças e pela cultura das mulheres*. Isso quer dizer que *você não vai dizer a uma pessoa o que acha que deve ser feito ou forçar uma mulher a agir de determinada forma*. (UNICEF; OMS, 2008, p. 46, grifos nossos)

O respeito e consideração para com os contextos do interlocutor também são valorizados no discurso do material destinado às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica, o caderno *Saúde da Criança: Nutrição Infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar* (BRASIL, 2009b).

Cabe ao profissional de saúde *identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar* e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população *para informa-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de aleitamento materno*. O profissional precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que *respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças* (CASTRO; ARAÚJO, 2006). (BRASIL, 2009b, p. 11, grifos nossos)

No entanto, isso não acontece de forma homogênea nas publicações, nem mesmo dentro de uma mesma publicação. No caso citado acima, é interessante notar que, em um mesmo trecho, é possível ver, ao lado do reconhecimento da necessidade de contextualizar a prática do ‘aleitamento materno’, de respeitar a história de vida e o saber de cada mulher, uma menção à questão da informação que o profissional deve estar apto a passar para a população sobre a importância de ela adotar uma ‘prática saudável de aleitamento materno’, implicitamente, a prática preconizada pelos serviços de saúde e pelo MS.

Nesse sentido, observamos que os materiais voltados aos profissionais de saúde, por vezes, também adotam um discurso mais instrumental em relação ao papel da mulher na amamentação, reproduzindo, quase que de forma literal, o receituário higienista de finais do século XIX e início do século XX no Brasil, que segundo Costa (1999), pregava a relação

<sup>70</sup> Este material não integra o *corpus* da análise, mas nos serviu de fonte de informações ao longo da pesquisa.

necessária entre a amamentação e a prova do amor maternal e instituía a relação entre a saúde da criança e a saúde da nação por meio da amamentação. Alguns exemplos disso são, respectivamente, os enunciados “Dar de mamar é um ato de amor e carinho” (BRASIL; UNICEF, 2007, p. 4) e “[O aleitamento materno] Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade” (BRASIL, 2009b, p. 9).

Por outro lado, alguns materiais dirigidos à população – tradicionalmente de cunho mais prescritivo (como veremos acerca do histórico da propaganda e da educação sanitárias revisitado no próximo item deste capítulo) – já começam a destacar o lugar da mulher como sujeito envolvido na prática da amamentação. A mãe deve contar com uma escuta e ser apoiada na experiência de amamentar seu bebê (o que pode ser visto no cartaz da Smam 2013) e, também para ela, a amamentação deve apresentar benefícios que justifiquem sua prática (cartaz da Smam 2011).

Segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, observa-se uma mudança no teor dos discursos das campanhas da Smam mais recentes, que têm buscado abandonar o tradicional discurso prescritivo e adotar um discurso mais focado nas vantagens da amamentação e no apoio necessário à prática. Ela afirma, ainda, que os discursos vêm tentando dissociar a amamentação de um ato de amor para evitar constrangimentos às mulheres que não podem ou não querem amamentar.

A gente tem tentado mudar a concepção de que, assim, é, amamentar é uma coisa de amor, de carinho, é um ato de amor e carinho porque acaba trazendo uma tristeza para aquelas mulheres, tristeza ou inferioridade para aquelas mulheres que não podem amamentar por algum motivo. Por razões médicas ou porque não puderam, não quiseram por algum motivo, se sentirem menos mulher e menos mãe no sentido de que elas não dão carinho, elas não dão amor porque elas não ofereceram o peito. Então, a gente mudou muito. Essa campanha, anteriormente, era assim: amamente o seu filho, tipo uma ordem, né. E a gente tem tentado mudar isso, no *slogan*. Então, a gente coloca: amamentação, um ganho para toda a vida, então a mensagem do *slogan* a gente tem tentado fazer assim. Anteriormente era muito impositiva, então a gente tem tentado mudar.

Percebemos, tanto nos textos produzidos para profissionais quanto naqueles feitos para as mulheres, uma tensão entre dois sentidos da amamentação (apontada no item anterior): um mais vinculado à questão do fornecimento do leite materno aos bebês, garantindo o que o Ministério da Saúde defende como “alimentação ótima para as crianças pequenas” (BRASIL, 2009a), que é o objetivo maior da política pública, identificado pela terminologia ‘aleitamento materno’; e outro, que apresenta a prática como processo que envolve sujeitos, e, portanto, subjetividades (da mãe, do bebê, do companheiro, de outros filhos etc.) que precisam ser

levadas em consideração na concepção dos discursos e das práticas em saúde, que identificamos com a adoção da palavra ‘amamentação’. Essa tensão também surge nas falas das entrevistadas, sobretudo da coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, que, por diversos momentos, deixa transparecer a coexistência desses dois “núcleos” de sentidos dentro dos discursos da política.

Essa tensão se reflete nas percepções da condição da mulher nos dias atuais e nos “padrões e experiências contemporâneas de maternidade” (SCAVONE, 2001, p. 48), influenciando as experiências das próprias mulheres no que se refere a maternidade e amamentação, desde a sua opção por amamentar até suas motivações para dar continuidade ou encerrar o aleitamento (SILVA, 1990b).

Meyer (2003), por exemplo, chamou de ‘uma nova politização da maternidade’ esse processo que tem atuado “ressignificando a relação mãe-filho para inscrever o corpo materno em um poderoso regime de vigilância e regulação” (MEYER, 2003, p. 33). A autora identifica que esse processo vem sendo engendrado, em grande medida, pelos discursos e poderes imbricados na constituição dos programas de educação e saúde voltados à população materno-infantil.

Com relação a isso, é preciso fazer uma ressalva. Não partilhamos de uma concepção bipolar e unidirecional da comunicação, para a qual o receptor é um mero depositário de sentidos definidos previamente pelo emissor do discurso. Como Verón (2004), entendemos que a produção *stricto sensu* dos discursos é a instância de uma proposição de sentidos, que podem ou não ser aceitos e, portanto, partilhados pelos receptores. Para o autor, os efeitos de sentido que determinado discurso almeja produzir só se constituiriam, de fato, no âmbito da recepção/apropriação do discurso e de seu reconhecimento pelo interlocutor.

Tal processo – da proposição à apropriação de sentidos – pode ser entendido, portanto, como uma negociação, na qual emissor e receptor são, na prática discursiva, interlocutores ou co-produtores de sentidos (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Como destacou Araújo (2006), os “sentidos são produzidos, porém, sempre em interlocução” (p. 3) e, por isso, independentemente de o órgão emissor ter em mente os variados contextos dos receptores quando da elaboração da mensagem, a produção de sentidos nunca ocorrerá fora deles.

Por outro lado, nessa relação discursiva ou de interlocução, a posição dos produtores do discurso institucional é superior à dos usuários dos serviços de saúde, pois eles detêm a fala autorizada sobre o assunto, a fala da medicina, pautada nas verdades e evidências científicas. Assim, como já mencionamos, é preciso considerar que os discursos oficiais carregam a força do que Verón (2004) nomeou de ‘discurso absoluto’, aquele que traz uma



ilusão de verdade por ocultar suas condições sociais de produção, tendo, então, um ‘efeito de poder’ sobre seus ‘públicos’.

Essa ilusão de verdade se produz, pelo menos, em duas dimensões. A primeira é que, como destacou Marcondes (2001), o discurso institucional tem a aparência de um ‘discurso sem sujeito’, cuja condição de impessoalidade mascara a autoridade e os interesses de quem o emite. A segunda diz respeito ao próprio uso da fotografia dos materiais, que contribui para isso, pois o poder da imagem de comunicar e, ao mesmo tempo, seu caráter referencial promovem a ilusão de que não se trata de uma representação do real, mas do próprio real registrado. Para o receptor, ficaria a impressão de estar diante de uma informação com caráter de verdade: esta é a simples realidade das coisas, não é um sujeito corporizado quem está dizendo. Apesar dessa aparência de neutralidade e verdade do discurso oficial, é o referencial teórico da Análise de Discursos que nos chama a atenção para o fato de que sempre há sujeitos por trás dos discursos, sejam eles textuais ou visuais, individuais ou institucionais.

#### **4.5. Mobilização social e educação com viés de persuasão**

Consideramos necessário abordar o modelo de informação, educação, comunicação e saúde brasileiro contemporâneo, que se concretiza, no âmbito do governo federal, também por meio dos materiais de promoção e orientação analisados. Tal modelo parece revelar suas origens no campanhismo dos primeiros anos do século XX no país, que teve na propaganda e nas chamadas ‘campanhas de saúde’ suas principais estratégias.

Atualmente, as campanhas da Semana Mundial de Amamentação produzidas pelo Ministério da Saúde (MS) são, segundo o próprio órgão oficial, o braço denominado de “mobilização social” da política pública voltada ao aleitamento materno no país.

Dentre as atividades desenvolvidas visando à mobilização social, o Brasil comemora anualmente a Semana Mundial da Amamentação, entre 01 e 07 de agosto, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 01 de outubro. As comemorações configuram-se como um importante marketing social capaz de aumentar os índices de aleitamento materno, além de sensibilizar novas doadoras de leite humano<sup>71</sup>.

Faz-se necessário notar que o conceito de mobilização social adotado pelo MS difere, significativamente, daquele proposto por Toro e Werneck (1996), para o qual “mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados” (p. 5). Segundo esses autores, a mobilização social não se

---

<sup>71</sup> Trecho copiado de informações disponíveis no sítio oficial do Ministério da Saúde em agosto de 2013.

confunde com propaganda ou divulgação, pois se trata de um ato de comunicação genuíno, como “processo de compartilhamento de discursos, visões e informações” (TORO; WERNECK, 1996, p. 5).

Estão presentes, nesse conceito, as ideias de mobilidade dos indivíduos e de movimento dos sentidos, que se fazem circular de forma mais ampla na sociedade, rompendo as amarras dos sentidos dominantes (no caso da saúde, aqueles vinculados ao discurso médico-científico). Para que a comunicação seja, de fato, democrática e caminhe no sentido da mobilização social idealizada pelos autores, seria preciso partir da “compreensão de que a prática social é polifônica, queiramos ou não, e não há nada que se possa fazer para impedir” (ARAÚJO, 2003, p. 53).

Enquanto Toro e Werneck falam de ‘compartilhamento’ de discursos e visões de mundo entre interlocutores em prol de um objetivo comum, a prática de intervenção habitual das organizações, como destacou Araújo (2003), “usa e abusa do termo mobilização, aplicando-o, porém, ao inverso, pelo menos no que concerne à população que, em tese, deveria ser mobilizada (mobilizar = pôr em movimento)” (p. 52). Em lugar da mobilização como concebida pelos autores, as instituições e organizações de saúde atuam, tradicionalmente, por meio de estratégias de persuasão com o objetivo de que as pessoas obedeçam a regras e reproduzam comportamentos-padrão.

Especificamente no caso das campanhas, é notável que a publicidade – e, sobretudo, a imagem publicitária – utiliza uma retórica específica, que tem na capacidade de provocar prazer sua estratégia essencial de persuasão do espectador. Segundo Joly (1996), foi o estudioso Jacques Durand quem definiu a retórica da imagem publicitária como hedonista.

Para Durand, a função das figuras de retórica na imagem publicitária é provocar o prazer do espectador: por um lado, poupando-lhe, com apenas um olhar, o esforço psíquico que “a inibição ou a repressão” exigem e, por outro, permitindo-lhe sonhar com um mundo onde tudo é possível. (JOLY, 1996, p. 86)

Um breve passeio pelas páginas das revistas ou pelos canais de televisão certamente comprovará que a publicidade faz uso regular de imagens que estimulam/simulam o prazer e imprimem ideias de liberdade, autonomia, jovialidade e beleza à existência cotidiana do indivíduo, ainda que somente por um instante. Para Luhmann (2005), existe, de fato, um predomínio do uso das “formas belas” nos discursos da publicidade atual. Tal recurso serve, segundo o autor, para tornar obscuros os motivos daquilo que se veicula.

A boa forma destrói a informação. Ela aparece como se fosse determinada por si mesma, como algo que não precise de outras explicações, como algo que fizesse sentido instantaneamente. Ela não oferece nenhuma oportunidade para uma comunicação subsequente, à qual a comunicação seguinte poderia

então reagir outra vez com um sim ou um não. (LUHMANN, 2005, p. 84-85).

Talvez por isso, note-se, muitas vezes, um distanciamento entre a imagem publicitária adotada na campanha e a realidade da saúde da população no país, sobretudo aquela atendida pelo sistema público. A tendência à adoção de estratégias de sedução/persuasão do espectador por meio da imagem do ‘sonho de outro mundo possível’ provoca o hiato também notado pela coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS sobre a visão das agências de publicidade acerca da concepção dos materiais da Smam. Ela relata a dificuldade enfrentada pelo órgão no sentido de melhor ‘contextualizar’, imagetivamente, a prática da amamentação.

A gente tem tentado também trazer uma nova mensagem. É difícil, não é fácil. Não é fácil porque existe já, dessas próprias empresas, uma ‘imagingzinha’ assim de um mundo cor de rosa. A gente tenta quebrar, mas, volta e meia, vem esse mundo cor de rosa.

Por outro lado, se considerarmos a breve caracterização da estratégia de mobilização social apresentada pelo MS, o uso das campanhas publicitárias revela-se uma escolha, em grande medida, coerente, uma vez que, como afirma Moles (1987), “o cartaz se tornou, pois, um elemento do mecanismo social. É um modo de comunicação de massa, criado para servir de auxiliar a um sistema institucional qualquer” (p. 46). Para ser mais fiel à argumentação do autor, devemos considerar as peças da Smam não como publicidade, mas como propaganda, por se tratarem de uma “comunicação de mensagens entre um organismo e a massa” (MOLES, 1987, p. 46), não tendo o objetivo socioeconômico da venda.

Ainda seguindo a teorização de Moles, seria possível afirmar que os cartazes de campanha são, na estratégia de mobilização do Ministério, um elemento ou agente de cultura que carrega uma função educadora primordial. Por meio deles, ocorre um processo de “condicionamento da massa dos receptores a certos valores” (MOLES, 1987, p. 54), que são apreendidos, ‘autodidaticamente’, pela contemplação.

Um certo número de imagens que são elementos de cultura; o inventário da civilização cotidiana, o conhecimento dos objetos, das funções e dos serviços, os elementos da jurisprudência, as regras do comportamento, a imagem dos países longínquos, as escalas de valores políticos, são, em larga medida, fornecidas ao adulto por este permanente ensino do qual participam quase igualmente o cartaz, a vitrina e o jornal. (MOLES, 1987, p. 54, grifos no original).

Nesse sentido, as campanhas em prol da amamentação protagonizadas pelo Ministério da Saúde representam, no seu processo de produção *stricto sensu*, uma tentativa de “educação” dos receptores potenciais das mensagens (mulheres em idade reprodutiva, gestantes, companheiros, familiares, empresários e sociedade em geral) para que estes incorporem determinados comportamentos e ideias. Assim, tornam-se agentes da política,

contribuindo para a consecução dos objetivos pactuados pelo Estado brasileiro com Nações Unidas, OMS e Unicef.

Para que a adoção desses comportamentos se faça efetiva, os gestores apostam na estabilização dos sentidos sociais sobre amamentação, priorizando aqueles que concorrem para a ampliação do discurso hegemônico, preconizado há algumas décadas pelos organismos internacionais. As imagens e *slogans* acionados apontam para a amamentação como uma prática natural, saudável, tranquila; como um comportamento que pode ser adotado por todas as mulheres – ou por todos os pares mãe/bebê – da mesma maneira, sem maiores conflitos ou contradições. Predomina, nos discursos, o enfoque na saúde e bem-estar da criança, ficando a perspectiva da mulher-mãe – com seus contextos, dificuldades e necessidades -, em geral, à margem dos sentidos que embasam a construção dos discursos oficiais sobre aleitamento materno no país.

É preciso ressaltar, no entanto, que as campanhas de saúde nesses moldes, ou, em outras palavras, o uso das estratégias da propaganda no campo da saúde não é algo novo. Desde a Primeira República (1889-1930), quando o Estado brasileiro passou a investir em determinadas políticas de assistência à saúde e saneamento, voltadas inicialmente às elites e, em seguida, à população como um todo, sobretudo trabalhadores e escolares (HOCHMAN, 1993), saúde e educação (e a comunicação sendo entendida como parte constitutiva do processo educativo) vêm caminhando juntas, entendidas como elementos fundamentais para o sucesso do projeto de integração e modernização da sociedade.

De acordo com Silva et al. (2010), as atividades de educação e saúde desenvolvidas no âmbito estatal sempre tenderam a estar “orientadas pelas concepções de saúde e de educação em saúde vigentes em cada período histórico e pelos modelos de atenção implantados nos serviços, na busca da manutenção da saúde da mão de obra trabalhadora para fins capitalistas” (p. 2540). Já durante a segunda metade do século XIX e os primeiros anos do século XX, em pleno desenvolvimento do movimento higiênico, a educação assumiu papel central com a atuação de Moncorvo Filho e outros médicos higienistas. Acerca disso, Pitta (1995) afirma que, “desde a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, registra-se, no âmbito das instituições governamentais de saúde, a adoção de técnicas de propaganda” (p. 239), propondo-se agregar estratégias de propaganda e educação sanitária às ações de natureza meramente fiscal ou policiais utilizadas até aquele momento.

Stephanou (2004) também observa, no contexto inicial do século XX, o entrelaçamento entre os campos da comunicação e da saúde, que fica evidente na força da propaganda sanitária realizada por meio de cartazes que circularam entre os anos 1920 e 1930

no Rio Grande do Sul. A autora assume, a partir da variedade dos modos de realização da propaganda, que sua atuação não se restringia a algo pontual ou circunstancial, mas fazia parte de uma estratégia mais ampla, que visava não somente à informação, mas à educação da população e ao seu engajamento nas questões de saúde pública.

Tomando como modelo as experiências norte-americana e inglesa, sofrendo particular influência da Missão Rockefeller, presente no país a partir dos anos 1920, a propaganda em saúde realizada no Brasil, a fim de alcançar seus objetivos educativos, era articulada a uma série de ações e estratégias, que iam desde as campanhas sanitárias até a educação escolar, passando pela assistência à saúde em dispensários e hospitais, pela puericultura, entre outros dispositivos (STEPHANOU, 2004).

A propaganda conquista espaço e importância no modelo de educação, comunicação e saúde que se desenvolvia no país. Por isso mesmo, ela devia constituir não somente “a divulgação dos princípios de higiene, mas verdadeiramente uma educação sanitária do cidadão, no seu mais amplo sentido, a que se denominava ‘consciência sanitária’” (STEPHANOU, 2004, p. 2). Para tanto, eram analisados diversos fatores, tais como os instrumentos utilizados, os públicos a que se dirigiam e os conteúdos abordados, buscando-se adequar objetivos e resultados.

Ganha destaque, nesse período, a ‘didatização da propaganda’, processo que se dava tanto por meio de uma linguagem direta e acessível, muitas vezes, falada pelos médicos ou por seus auxiliares, quanto pela adoção de uma ‘pedagogia de imagens’, com o uso de “projeções luminosas e filmes apresentados nos dispensários, ou de cartazes com ilustrações elucidativas pela força do que pretendiam expressar” (STEPHANOU, 2004, p. 6). O apelo visual conquistou particular popularidade devido as suas muitas vantagens, como a capacidade de impressionar os sentidos e de comunicar prescindindo da linguagem escrita, contribuindo para a vulgarização dos preceitos higiênicos, inclusive entre o público não letrado do país.

Por isso é que a propaganda, como educação, e portanto desígnio prioritário da medicina social, muito ao contrário de esporádica, deveria ser, segundo os discursos examinados: quanto à duração, pertinaz, constante, ininterrupta, contínua, intensa; quanto aos argumentos, inteligente, convincente, persuasiva; e quanto à forma, prática, precisa, clara, menos catedrática, mais afeiçoada à vulgarização, acessível, ilustrada. São adjetivações que se multiplicam nos argumentos e nas explicitações que povoam a discursividade médica. (STEPHANOU, 2004, p. 3)

A educação sanitária, por sua vez, encontrava-se pautada na consecução dos propósitos da disseminação das informações que iriam combater a ignorância do povo, em primeiro lugar; em seguida, de promover o cuidado individual; e, em última instância, de

forjar em cada indivíduo “a consciência de quanto o modo de conduzir-se tem consequências para a coletividade” (STEPHANOU, 2004, p. 3), sendo essa coletividade entendida para além da família, de amigos e vizinhos, mas vista como a própria pátria, tendo o cuidado com a saúde o sentido de ‘responsabilidade cívica’.

Tal processo se alinhava ao projeto de construção de uma nova nação brasileira, moderna e progressista, e também de um novo homem brasileiro, sadio e educado. Já em 1930, ano da Revolução que colocou o presidente Getúlio Vargas no poder, mudanças significativas tiveram lugar no campo da saúde pública, sendo uma delas a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), que assumiu as atividades federais antes delegadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (CARDOSO, 2001). Esse movimento de reorganização dos serviços federais de saúde tinha, segundo Cardoso (2001), o objetivo de consolidar a unidade nacional e a liderança política vanguardista do governo, buscando, de modo geral, “uniformidade, coordenação e harmonia, mediante a crescente centralização do poder decisório e a ampliação da presença da instância federal em todo o território nacional” (p. 47).

Os programas e instituições de saúde já atuavam, naquela época, de forma centralizada e verticalizada, o que teve continuidade com a criação, na reforma administrativa de 1941, do Departamento Nacional de Saúde, que, entre outras atribuições, institucionalizou as campanhas sanitárias com a criação dos serviços nacionais de lepra, malária, peste, etc., bem como do Departamento Nacional da Criança, instituído em 1940 (CARDOSO, 2001).

Também em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que, visando difundir informações sobre os problemas de saúde, teve como principal foco de atuação a padronização de técnicas e modelos educativos e a produção de materiais em variados suportes, que eram distribuídos em instituições e serviços e veiculados em meios como mídia impressa, cinema, rádio e, posteriormente, televisão. “A melhoria das condições de saúde envolvia, portanto, a generalização de idéias e valores dominantes para os diferentes segmentos sociais” (CARDOSO, 2001, p. 48-49).

E assim, durante todo o século XX, as chamadas ‘campanhas sanitárias’ foram uma das estratégias centrais, sendo o sanitarismo campanhista reconhecido como modelo preponderante, no campo da saúde pública brasileira, até a década de 1960 (CARDOSO, 2001). Seu processo de decadência ocorre, segundo Cardoso (2001), quando a saúde pública é, de forma definitiva, relegada a segundo plano no contexto das prioridades governamentais. Naquele momento, coincidente, sobretudo, com o Golpe Militar de 1964, os governos passam a adotar uma postura diferente, investindo, de forma maciça, na assistência médico-hospitalar

por meio da construção de hospitais e aquisição de insumos e equipamentos, o que acabou por configurar o modelo médico-assistencial de orientação privatista.

Mas isso não significou o abandono completo do modelo campanhista. Ele permanece, ainda hoje, nas políticas públicas de saúde, com a utilização das campanhas, cada vez mais com um viés publicitário. Tal estratégia é amplamente utilizada em diversas áreas, tanto no combate a doenças, quanto na prevenção e da promoção da saúde, como é o caso do próprio aleitamento materno (CARDOSO, 2001). Entre as razões para que as campanhas continuem a fazer parte do rol de ações educativas em saúde, Cardoso (2001) afirma que são medidas de baixo custo unitário, mas que mobilizam grandes somas de recursos “sem que seja necessário alterar a organização do sistema como um todo” (p. 27). Constituem-se, portanto, como estratégia bastante vantajosa para as autoridades, pois conferem enorme visibilidade ao fenômeno que está sendo abordado tanto na vida da população a qual se dirigem quanto nos próprios serviços de saúde. Por funcionarem de acordo com a lógica midiática – de criar fatos que chamem a atenção e atinjam, simultaneamente, um público massivo –, “permitem, igualmente, altas taxas de projeção de seus executores, aumentando o cacife político de ministros e secretários de saúde [...]” (CARDOSO, 2001, p. 27).

A lógica dominante nesse modelo de educação, comunicação e saúde sustenta-se em duas bases. A primeira é a premissa que a população, sobretudo das camadas menos favorecidas economicamente, é ignorante e precisa ser informada e educada de acordo com os preceitos científicos mais atualizados, pois somente assim o país poderá alcançar o status de uma nação saudável e desenvolvida. A segunda questão é a tendência histórica que aponta que tanto as políticas de saúde quanto os formatos da educação, comunicação e saúde devem se dar de maneira centralizada e vertical, tendo o órgão federal de saúde a grande responsabilidade de formular políticas e elaborar estratégias educativas e comunicacionais que deem conta de transmitir os conhecimentos necessários da comunidade médico-científica à população.

Por isso, não somente nas campanhas, mas talvez principalmente nelas caiba refletir sobre o modelo de comunicação adotado em grande parte das políticas públicas em saúde, inclusive a de aleitamento materno. Como salientou Pitta (1995), em sua reflexão sobre a intersecção entre os campos da comunicação e da saúde, faz-se necessário questionar determinadas noções, como as de população-alvo, causa e fator de risco, por exemplo, que são, segundo a autora, “transformadas em hipóteses para o planejamento e avaliação de relações lineares ‘emissor-receptor’” (p. 244).

É o *gap* entre a pretensão da norma – definida a partir da escuta estatística e associada a uma pretensão do emissor em determinar o sentido que uma determinada oferta discursiva deve assumir em um outro – e a concretude dos processos de adoecimento, de construção de sentidos e de engendramento das práticas sociais, o espaço por onde caminha a chamada “ineficácia” das estratégias de comunicação. (PITTA, 1995, p. 244)

Como resultado desse *gap* apontado pela autora, tanto as campanhas quanto outras estratégias tradicionais de informação, comunicação e educação no campo da saúde costumam apresentar “resultados” menos satisfatórios que os desejados pelos planejadores das políticas. Também Castiel e Vasconcellos-Silva (2006) observam a existência de trabalhos que estabelecem uma relação entre os ‘fracassos’ percebidos nesse âmbito e “falhas de modelos explicativos que enfatizam a educação vertical” (p. 101). Talvez seja preciso atentar para o fato, na maioria das vezes, minimizado ou mesmo negligenciado de que, na relação entre os materiais e seus receptores reais, “verificam-se reações em cadeia, interdependentes, que delimitam a possibilidade de comunicação, a saber: interesse, reconhecimento, compreensão, identificação, crédito, assimilação e aplicação” (ARAÚJO; JORDÃO, 1995, p.182).

Castiel e Vasconcellos-Silva (2006) indicam, nesse sentido, que diversos autores vêm propondo novos modelos de educação em saúde, pautados em um diálogo crítico, que aposta em um ‘processo comunicacional aberto’. Tal processo atuaria não apenas nas barreiras que existem entre os grupos, mas no intuito de “expor e identificar os diversos interesses a partir dos quais cada grupo estrutura seu conhecimento” (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006, p. 101). Na mesma direção, Pitta (1995) critica o estatuto conferido à comunicação, no campo da saúde, de “lugar mediador”, entendido como espaço para decodificação das mensagens e seu “devolucionismo” à população como forma de estabelecer uma interação entre os distintos agentes do sistema. Para a autora, é preciso vê-la não como *justaposta* a processos e práticas no âmbito da saúde, mas como elemento inerente aos processos da/na saúde, seja na determinação de doenças, na construção de modelos de atenção, nas relações dos serviços com a população ou com relação aos modos atuais de “construção de atores, identidades sociais, de organização de demandas ao campo governamental; aos processos de construção de conhecimentos e da própria realidade” (p. 258). A comunicação deveria ser, nesse sentido, uma importante ‘ferramenta’ para que o SUS possa compreender, em profundidade, quem são e como se constituem, no dia a dia, seus sujeitos de práticas e discursos (PITTA, 1995).

Como apontado anteriormente, algumas questões relacionadas às dificuldades decorrentes do uso das campanhas nos moldes publicitários na saúde, por exemplo, já



começam a ser percebidas pelo Ministério da Saúde, ao menos no âmbito da política analisada. Contextualizar a prática da amamentação, ou seja, dar a ela um tratamento mais de acordo com a realidade da mulher brasileira ‘comum’ concorre, muitas vezes, com a lógica da ‘imagem bela’ e de ‘mundo perfeito’ da publicidade.

No entanto, com relação à centralização e verticalização do processo de produção dos materiais e à premissa de que cabe ao MS – junto ao Comitê Nacional de Aleitamento Materno (Cnam) – produzir as informações sobre o tema que merecem publicização as estratégias permanecem inalteradas. O governo federal produz os materiais que podem, se for do interesse dos gestores (e houver verba disponível para esta finalidade), ser reproduzidos localmente, com inserções de logomarcas de secretarias municipais e estaduais de saúde. Da mesma forma, os conteúdos são definidos pelo Cnam e pelas coordenações-gerais (antigas áreas técnicas), sem consultas à população e mesmo pesquisas posteriores que permitam ao Ministério da Saúde conhecer, como sugeriu Pitta (1995), ‘quem são e como se constituem’ esses sujeitos de práticas e discursos a quem se destinam os materiais.

## **CAPÍTULO 5 – SENTIDOS E SILÊNCIOS NOS DISCURSOS CONTEMPORÂNEOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO**

Uma das premissas deste trabalho é a de que os discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros produzem, em sua versão atual, sentidos e silêncios sobre o processo da amamentação. Como explicitado na Introdução, acreditamos que, por focar sua atenção nos benefícios que a prática do aleitamento materno proporciona à saúde da criança, tais discursos privilegiam determinados sentidos acerca da amamentação, secundarizando e, por vezes, mesmo negligenciando seus aspectos subjetivos, sobretudo no que se refere à mulher.

Neste capítulo, propomos, em primeiro lugar, referir os principais discursos (compreendidos aqui como *intertextos* ou *interdiscursos*) encontrados (a partir das marcas ou vestígios identificados) nos discursos dos materiais que analisamos, discursos esses que remetem a outros que se fizeram presentes, ao longo da história, na construção dos sentidos hegemônicos sobre amamentação/aleitamento materno. Em seguida, apontamos alguns dos discursos e sentidos que consideramos esquecidos ou silenciados nos discursos pró-aleitamento contemporâneos, justificando sua importância para uma compreensão mais complexa e polifônica acerca dessa prática, especialmente, na perspectiva da mulher e da sua inserção social para além da maternidade.

### **5.1. Intertextos ou interdiscursos nos materiais oficiais**

Uma abordagem que busque compreender como foram sendo construídos os sentidos sobre aleitamento materno e amamentação que estão em voga nos dias atuais encontra, como observamos na Parte II desta tese, uma pluralidade de discursos – e sentidos agregados – que surgiram em diferentes formações históricas e discursivas. Durante o processo de análise dos materiais de promoção e orientação selecionados, observamos que essas diversas “vozes” são neles retomadas, ainda que, muitas vezes, algumas delas pareçam e sejam, em alguma medida, contraditórias entre si. Tais “vozes”, que chamamos de intertextos ou interdiscursos, constituem o que Bakhtin nomeou de polifonia, característica inerente a todo discurso que determina que sejam acionadas diferentes vozes/discursos no processo de construção dos sentidos, tanto no âmbito da produção *stricto sensu* quanto na apropriação por seus receptores (e que isso pode ocorrer de forma consciente ou inconsciente por parte de ambos).

No caso dos materiais que compõem o nosso *corpus*, identificamos que permanece ainda, muito fortemente marcado, o discurso higienista de finais do século XIX e primeiras

décadas do século XX no país. A voz dessa concepção higienista do aleitamento materno, como bem destacou Costa (1999), relacionava a falta de educação física, moral e intelectual das mães ao desprendimento das relações entre pais (no sentido de mães e pais) e seus filhos, e, conseqüentemente, às altas taxas de mortalidade infantil (decorrentes do hábito de entregar os bebês às amas de leite escravas). Tal discurso está subjacente aos próprios *slogans* das campanhas da Smam, em geral, escritos com o verbo no imperativo: dê, faça, apoie, amamente.

O discurso higienista, de cunho intervencionista e moralizador, já condensava, em sua argumentação, vários outros discursos em prol da amamentação, dentre os quais o da religião (do sagrado), o da natureza (do biológico), o da saúde (da ciência e do risco), o do compromisso moral (da divisão sexual do trabalho) e o do dever cívico (da eugenia) são, em nosso ver, mais claramente acionados. Além do discurso higienista, que desdobramos, neste trabalho, nos cinco discursos anteriormente mencionados, destacamos outros que também estão presente na polifonia dos discursos atuais sobre o tema: o da beleza (da feminilidade), que relaciona, historicamente, a mulher e, sobretudo, seu corpo, ao belo e sensual, características compreendidas como, eminentemente, femininas; e o da psicologia (do vínculo e da subjetividade), sobretudo, a psicanálise e o ramo da psicologia do desenvolvimento, que aborda a questão do vínculo. Apresentamos, a seguir, os discursos mais recorrentemente acionados nos materiais analisados.

### **5.1.1. Da religião (do sagrado)**

Uma das “vozes”, intertextos ou interdiscursos mais claramente presentes nos discursos atuais sobre aleitamento materno, especialmente do ponto de vista imagético, é a do sagrado ou da dimensão divina da prática da amamentação. Tal interdiscurso remete à abnegação, generosidade e sacralidade da Virgem Maria no cuidado e amamentação de Jesus, imagem bastante arraigada na memória de todas as sociedades que compartilham uma relação mais estreita com a religião judaico-cristã.

Nas pinturas renascentistas da Virgem aleitando o bebê, Marinho (2007) destaca que tal representação simboliza a vida e o alimento, o que é muito próximo dos sentidos que as imagens das madrinhas amamentando seus bebês buscam provocar no leitor/espectador. A mesma autora, ao se referir à obra *Madona amamentando o Menino e São João Batista criança em adoração* (Giampietrino, 1500-1520), afirma que a cena da lactação da Virgem (menos comum somente do que as cenas da Anunciação, da Visitação e da Adoração dos Magos) tem

suas origens em representações que datam “do início do Cristianismo, como aquela da *Virgo Lactans* da Catacumba de Priscila, do século II, podendo também referir-se a Ísis, deusa egípcia geralmente representada amamentando Horus, muito absorvida pela arte cristã” (MARINHO, 2007, p. 143).

Nesse sentido, também Sandre-Pereira (2003) nos ajuda a entender a forte presença do intertexto religioso que envolve o aleitamento materno até mesmo em seus discursos mais recentes. Ela afirma que, já na Idade Média, a Virgem Maria era vista como protetora da maternidade e da amamentação, crença que se materializou, desde aquela época, por meio de vasta iconografia que a retrata aleitando o menino Jesus. A mesma autora acrescenta que tal tema encontra-se presente, inclusive, “em várias obras sacras no Brasil, sendo uma das mais belas a Nossa Senhora da Lactação, uma efígie barroca que se encontra na Igreja do Carmo, em Belém do Pará” (SANDRE-PEREIRA, 2003, p. 470).

Essas imagens, tão reprisadas em nossa memória visual (como a da Sagrada Família), sobretudo em uma sociedade de moral marcadamente cristã, corroboram a ideia de sacralidade da família. Uma sacralidade que se encontra ainda bastante presente no imaginário social, ancorada por questões como casamento (fruto de uma relação heteroafetiva), maternidade e criação dos filhos (amamentação, cuidado, educação moral).

Mas o intertexto do sagrado na amamentação não se manteve apenas com base nas imagens estritamente religiosas. Marinho (2007) destacou que a ideia de uma maternidade sagrada, cujo pilar fundamental é o ato de amamentar, vem sendo reiterada, ao longo dos séculos, por outros discursos, como os da pintura e da escultura, que reproduziram largamente e com maestria imagens bíblicas nas quais Maria amamenta Jesus<sup>72</sup>. Como observamos no Capítulo 4, os sentidos vinculados aos ideais de uma família sagrada, para qual a mãe é figura central e, como a Virgem Maria, exerce sua bondade e abnegação por meio da amamentação (dando o leite, dá a vida), estão ainda bastante presentes na construção das campanhas da Smam, sejam como intertextos imagéticos ou mesmo nos enunciados textuais.

Algumas dessas imagens podem ser vistas a seguir<sup>73</sup>:

---

<sup>72</sup>Também os discursos do higienismo, que imputavam à mulher a responsabilidade pela sobrevivência dos filhos e, conseqüentemente, pelo êxito da sociedade burguesa em formação, contribuíram para o reforço desse ideal, assim como, até hoje, o faz a publicidade dos materiais de promoção e educação em saúde, que nos remete, por elementos textuais e visuais, à aura sagrada e etérea da mãe que amamenta.

<sup>73</sup>Outras imagens foram apresentadas no capítulo anterior, no qual estabelecemos analogias com as composições das peças de campanhas da Smam.

Figura 20 - La Vierge allaitant l'Enfant (1530-1540?), de Marco da Oggiono (Musée du Louvre, Paris)



Figura 21 - L'Adoration des bergers (1640-1650?), de Jacob Jordaens (Museu do Louvre, Paris)



Figura 22 - *Le Repos de la Sainte Famille* (1628?), de Orazio Gentileschi (Museu do Louvre, Paris)



Como chamou a atenção Lemos (2007), “a representação social da feminilidade está fadada, ainda na modernidade, ao ideal da maternidade, da monogamia, da heterossexualidade e da submissão ao homem” (p. 119). Para tanto, segundo a autora, o discurso religioso, pautado, sobretudo no imaginário judaico-cristão, tem, nessa representação hegemônica, um “instrumento eficaz de inculcação das relações de gênero” (p. 119).

Lemos defende que essa representação das diferenças de gênero tem seu fundamento em um ‘essencialismo psicobiologizante’ que aproxima, dessa forma, a religião de sua grande inimiga, a ciência moderna. As características de docilidade e emotividade atribuídas à mulher, bem como as de agressividade e instinto procriador atribuídas ao homem seriam definidas pelas constituições biológicas dos sexos. Nesse sentido, a autora afirma que tal “essencialismo dialeticamente contribuiu para que a religião encontrasse nas ciências biológicas e médicas uma grande aliada na perpetuação dos paradigmas essencialistas na tradição judaico-cristã” (LEMOS, 2007, p. 120).

Ao discurso do sagrado aliam-se, portanto, muitos outros discursos fundadores da amamentação, que o higienismo soube, tão bem, agregar e fundir em seu empreendimento. Segundo Lemos (2007), pelas características biológicas e por meio do discurso religioso,

calcado em verdades absolutas, “à mulher fora decretada uma essência materna, sublime, emotiva, frágil, cuidadora, e ao homem uma essência autoritária, racional, forte, provedora” (p. 121). A partir daí, convocou-se o discurso da natureza que, por sua vez, aliou-se ao discurso do compromisso moral, que se vinculou, quase que inevitavelmente, ao discurso do dever cívico.

### **5.1.2. Da natureza (do biológico)**

O discurso da natureza, ao considerar a amamentação um comportamento ‘natural’, comum a todas as fêmeas mamíferas, entende sua prática como um ‘dever biológico’ da mulher para com a sua cria. A tônica de tal interdiscurso ainda impregna os discursos contemporâneos sobre aleitamento materno, sobretudo por se tornar elemento constitutivo do discurso médico-científico, que prioriza a nutrição infantil e centra seu foco no leite materno como produto indispensável à saúde do bebê/criança.

Na campanha da Smam 2008, a associação entre amamentação e natureza é explícita no *slogan*: “NADA MAIS NATURAL QUE AMAMENTAR.”. Tal vinculação também é claramente acionada no texto em destaque no anúncio da Smam 2009: “É a própria natureza que nos ensina que a amamentação é o melhor para os bebês.” O caderno *Saúde da Criança: Nutrição: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar* (BRASIL, 2009b) afirma que “o aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança” (p. 9) e que “o aleitamento materno é a forma mais natural e ideal de alimentar a criança pequena” (p. 61). Também no álbum seriado *Promovendo o aleitamento materno* (BRASIL; UNICEF, 2007), defende-se que “embora seja um ato natural, o aleitamento materno nem sempre é fácil de ser praticado hoje em dia”.

Outro exemplo de associação da amamentação à ideia de natureza pode ser visto em artigo sobre desmame publicado pela médica pediatra Elsa Regina Justo Giugliani, gestora da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (Atscam) do MS no período de 2007 a 2010. Nele, a autora cita estudos científicos sobre como os mamíferos amamentam suas crias para argumentar que, na espécie humana, o período natural de amamentação seria de 2,5 a 7 anos (GIUGLIANI, 2010).

A despeito do reconhecimento teórico a uma gama de fatores que cercam a amamentação e sua apreensão como processo biopsicossocial (ALMEIDA, 1999), observamos que muitos dos discursos oficiais em defesa do aleitamento materno ainda negligenciam, em grande medida, aspectos desse processo que ultrapassem o âmbito



biológico da questão, como elementos que compõem o caráter social e cultural dessa experiência.

A imbricação da mulher com a ideia de natureza é, segundo a antropóloga norte-americana Sherry B. Ortner (1972), uma constante nas mais variadas culturas e integra a oposição “natureza” X “cultura”, que se mostra mais forte em algumas realidades culturais do que em outras. Nessa dicotomia apresentada pela autora, a cultura seria a categoria relacionada à consciência humana e seus produtos e vista como elemento que se sobrepõe à natureza, ou seja, superior em poder a ela porque a modifica de acordo com seus interesses. A tese de Ortner (1972) é a de que *“the pan-cultural devaluation of woman could be accounted for, quite simply, by postulating that woman is being identified with, or symbolically associated with, nature, as opposed to man, who is identified with culture”*<sup>74</sup> (p. 11-12). De acordo com a autora, embora se reconheça que a mulher é um participante ativo nos processos da cultura sobre a natureza, ao mesmo tempo, ela é vista como tendo uma relação mais estreita com a natureza, e esta seria a causa da sua desvalorização ou sua secundarização nas mais variadas culturas.

No caso da maternidade e da amamentação, seu processo de ‘biologização’ como um todo coincide com o processo a que Foucault (1985) denominou “poder sobre a vida”, iniciado na Europa no século XVIII, tendo sido acelerado pelo intenso processo de urbanização das cidades e a consequente generalização dos problemas relacionados ao chamado “fenômeno população”, como epidemias, condições de higiene, de aleitamento, entre outros. No Brasil, como chama a atenção Costa (1999), desde a interferência do receituário higienista no interior das famílias burguesas, a amamentação foi concebida como um ato natural às fêmeas da classe dos mamíferos e, até por isso, obrigação da mãe humana para com sua prole. A mulher que não amamentava, utilizando-se, naquela época, dos serviços das amas de leite, era então acusada de romper os “cânones naturais” (COSTA, 1999, p. 256), de infringir as leis da natureza.

Com relação à amamentação como suposta “lei da natureza”, uma consideração interessante é feita pela primatologista e antropóloga Sarah Blaffer Hrdy em seu livro *Mãe Natureza, Uma visão feminina da evolução, Maternidade, filhos e seleção natural* (2001). A partir de amplo estudo sobre como as fêmeas de diversas classes e espécies exercem a maternidade, Hrdy defende que as chamadas “mães abnegadas” existem, mas, certamente, não

---

<sup>74</sup> A desvalorização pancultural da mulher poderia ser explicada, muito simplesmente, ao postular que a mulher está sendo identificada com, ou simbolicamente associada com, a natureza, em oposição ao homem, que é identificado com a cultura (TN).

constituem um ‘universal’ do sexo feminino de determinada espécie. A pesquisadora afirma que, “tipicamente, as mães abnegadas encontram-se em grupos de predominância consangüínea, ou quando as mães estão perto do fim de suas carreiras reprodutoras” (HRDY, 2001, p. 63).

Com base em suas pesquisas, Hrdy (2001) também argumenta, contrariamente aos teóricos e militantes que utilizam o argumento do “natural” para justificar o aleitamento materno em detrimento de outras alternativas, que cada fêmea, ao se tornar mãe, age de uma maneira própria, e que, numa perspectiva evolutiva, as mães têm em comum precisamente o grau elevado e seguro de parentesco com seu bebê. Nesse sentido, a autora destaca que “os custos que cuidar de um determinado bebê impõem e a recompensa potencial em função das perspectivas de esse filho traduzir o investimento materno em subsequente êxito reprodutivo” (p. 99) variam, inclusive, dentro de uma mesma espécie.

Segundo ela, no que tange à seleção natural, a maternidade se configura como toda estratégia da fêmea para garantir a própria representação genética nas gerações que a sucedem. Por isso, a autora argumenta que quaisquer prescrições mais rigorosas no sentido de que “toda mãe deveria ser uma mãe ‘amorosa’, devotada e totalmente responsável” (HRDY, 2001, p. 99) não seriam mais do que tentativas de tomar por uma realidade concreta o que, na verdade, não passa da expectativa de alguém (provavelmente daqueles que, desde a virada do século XVIII para o século XIX, na Europa, vêm tentando erigir os alicerces da ‘boa mãe’ com base nessas características – amorosa, devotada, responsável – entendidas como típica e naturalmente femininas).

### **5.1.3. Da saúde (da ciência e do risco)**

No Brasil, quando o aleitamento dos bebês foi tomado como questão passível de intervenção da sociedade e do Estado, a partir do movimento higiênico, isto se deu, em grande medida, por meio do discurso da saúde, inicialmente relacionado à magnitude da mortalidade infantil decorrente, em parte, da amamentação pelas amas de leite. Posteriormente, na segunda metade do século XX, o discurso sobre aleitamento materno atrelado à saúde retorna, mas, naquele momento, vinculado à morbimortalidade infantil decorrente do uso dos leites industrializados, sobretudo em condições de saneamento e higiene precárias.

Tanto na virada do século XIX para o XX quanto na segunda metade do século XX, estiveram atrelados ao discurso da saúde o discurso da ciência (relacionado às chamadas ‘evidências científicas’), que teve início, provavelmente, com os estudos sobre a

superioridade do leite humano na alimentação de lactentes, que remontam à época do pediatra Moncorvo Filho; e do risco, noção que vem se modificando, principalmente, nas últimas décadas, sendo considerada um importante desdobramento do discurso da promoção da saúde (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

O discurso da ciência é mais sutil, especialmente, nos materiais dirigidos à população, uma vez que estes não fazem, usualmente, referência a estudos científicos que corroborem suas afirmações. Mas a grande maioria desses enunciados, mesmo sem mencionar suas fontes, utiliza-se do discurso científico quando faz assertivas com tom de ‘verdade’, baseando-se, como fica subentendido, em evidências científicas. Alguns exemplos são: “O leite materno é completo”, “possui todos os nutrientes que ele necessita para crescer e se desenvolver forte e saudável” (Smam 2012); “O leite materno é fácil de digerir, não sobrecarrega o intestino e os rins do bebê”, “Protege o bebê contra muitas doenças, em especial diarreia, pneumonia, otites e outras infecções” (BRASIL, 2010a); “A amamentação favorece a relação afetiva entre a mãe e o bebê, ajuda a criança a desenvolver-se bem, física e emocionalmente”, “é um excelente exercício para o desenvolvimento da face da criança, importante para que ela tenha dentes fortes e bonitos, desenvolva a fala e tenha uma boa respiração” (Smam 2014).

Acerca do discurso do risco na saúde, recentemente, ele tem se revelado mais vigoroso, uma vez que, ao destacar, de forma veemente, os benefícios do leite materno para a criança e as vantagens da amamentação para a saúde da criança e da mulher, trata, ainda que implicitamente, dos ‘consequentes’ riscos da alimentação do lactente com outros produtos e da não amamentação para o desenvolvimento físico e psíquico da criança e para saúde da mulher.

Nas últimas décadas, sobretudo com a significativa redução da mortalidade infantil registrada no país<sup>75</sup>, as políticas públicas nacionais dedicadas ao aleitamento materno e seus discursos estão, progressivamente, sendo vinculados ao paradigma da promoção da saúde. Mas que consequências isso traz para os discursos oficiais sobre aleitamento materno/amamentação e desmame? Não se trata mais, exclusivamente, de evitar as mortes e doenças causadas pela desnutrição infantil, com a amamentação ajudando “a salvar, por ano, mais de 6 milhões de bebês em todo o mundo” (Smam, 2014). Fala-se, cada vez mais, de sua capacidade de melhorar a qualidade de vida da mulher e, sobretudo, da criança amamentada, não apenas no presente, mas também no futuro, afinal o leite materno oferece tudo o que bebê

---

<sup>75</sup>De acordo com o Ministério da Saúde, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no país passou de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, representando uma redução média de 59%. O aumento da prevalência do aleitamento materno é apontado pelos dados oficiais como um dos fatores que concorreram para essa mudança.

precisa “para crescer e se desenvolver com saúde” pelo menos até os 6 meses de vida (Smam, 2009).

Por isso, os discursos da política afirmam, enfaticamente, que não basta iniciar o aleitamento – como já se observa que “em todas as regiões as probabilidades de as crianças estarem sendo amamentadas nos primeiros dias de vida superam 90%” (BRASIL, 2009d, p. 53). Deve-se amamentar, exclusivamente, por um período de 6 meses, e a amamentação deve continuar, de forma complementada, até a criança completar 2 anos de idade ou mais, pois os efeitos benéficos da prática para a saúde (tanto da mulher quanto da criança) seriam diretamente proporcionais à duração da amamentação. Um exemplo pode ser visto no caderno *Saúde da criança: Nutrição infantil: Aleitamento e alimentação complementar saudável* (BRASIL, 2009b), o qual aborda a possibilidade de que “haja uma relação dose/resposta com a duração do aleitamento materno, ou seja, quanto maior o tempo em que o indivíduo foi amamentado, menor será a chance de ele vir a apresentar sobrepeso/obesidade” (p. 15).

Junto ao ideário da promoção da saúde, surge a questão do estilo de vida e, com ele, o enfoque do risco epidemiológico dirigindo muitas das iniciativas de promoção da saúde que experimentamos. Esse enfoque do risco epidemiológico voltado ao campo da saúde pública apresenta-se, segundo Castiel, Guilam e Ferreira (2010), em dois domínios: na questão do risco ambiental, abordando “riscos provocados por exposições a resíduos radiativos, poluentes tóxicos e outros subprodutos de atividades econômicas e sociais”, e no aspecto individual, quando se refere aos riscos provenientes de “‘escolhas’ comportamentais pessoais, reconhecidas pela expressão ‘estilos de vida’” (p.11).

Para esses autores, críticos dessa corrente ou enfoque da promoção da saúde, os chamados ‘estilos de vida’, que têm se revelado, muitas vezes, foco prioritário de políticas envolvendo a promoção e a educação em saúde, “podem ameaçar a integridade moral do indivíduo, por estarem associados (aparentemente) a escolhas e atitudes equivocadas” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.71). Entendemos que, nesse sentido, os ‘estilos de vida’ tendem a estigmatizar comportamentos considerados errados ou inadequados e a premiar e valorizar aqueles tidos como corretos ou adequados, acarretando, muitas vezes, sentimentos de culpa, vergonha e/ou inadequação nos indivíduos que não conseguem ou não desejam fazer a escolha ‘correta’.

Castiel, Guilam e Ferreira (2010) destacam que a questão dos estilos de vida está mais vinculada a um modelo inicial da promoção da saúde, em vigor durante a década de 1970 e início dos anos de 1980, que tinha uma abordagem “fundada nos preceitos de fatores de risco produzidos por vertentes reducionistas clássicas da epidemiologia e fortemente orientada para

mudanças comportamentais e de estilo de vida” (p. 33). No entanto, admitem que ela permanece também em outras apropriações posteriores da noção de promoção da saúde, ficando evidente, por exemplo, na tônica das campanhas de saúde, que enfocam, quase sempre, a centralidade da mudança de comportamento dos indivíduos para evitar determinadas doenças ou para garantir a saúde no presente e no futuro, como é o caso das campanhas da Semana Mundial da Amamentação (Smam).

Tal permanência se deveria ao fato de a ‘teoria do estilo de vida’ atender a uma demanda das atuais políticas econômicas predominantes, de rígido ajuste fiscal e tendência ao estado mínimo. Castiel, Guilam e Ferreira (2010) entendem que políticas de saúde pública que estão voltadas a provocar os indivíduos para executarem mudanças em seus comportamentos podem ser identificadas mais como estratégia de proteção às instituições do que, propriamente, como dirigidas a promover transformações concretas nas condições de saúde da população. Aplicando tal raciocínio à política nacional voltada ao aleitamento materno, podemos considerar que a adoção, em massa, do aleitamento materno nos termos preconizados pelo Estado sugere, por exemplo, como destacam os autores, “que a saúde pode ser obtida sem mudanças socioeconômicas mais profundas” (p. 70), desonerando – e desonerando – o Estado da execução de ações efetivas sobre contextos sociais, culturais, políticos e econômicos mais amplos.

Segundo os autores, a descontextualização do “problema de saúde” (como o tabagismo ou o sedentarismo, por exemplo) gera, entre outros efeitos, um processo de “culpabilização da vítima”, espécie de responsabilização do indivíduo tanto por suas ações quanto pela sua própria condição de vida. É precisamente este segundo aspecto do risco em sua abordagem na saúde pública, o individual, que nos interessa quando abordamos a questão da promoção da saúde, sobretudo no âmbito das políticas atuais de aleitamento materno, não somente no Brasil, mas no mundo ocidental de um modo geral.

Atualmente, nas sociedades economicamente mais prósperas, onde a mortalidade infantil não é mais um grande problema de saúde pública, Badinter (2011) insinua que há formas específicas de convencer a mulher a amamentar, tratando, por exemplo, do risco da não amamentação para o perfeito desenvolvimento físico, mental e emocional do bebê (como mencionado no item anterior), mantendo-se, nos dias atuais, a lógica de transformação dos costumes por meio do poder da culpabilização da mulher. É ela a responsável, ontem e hoje, pela estabilidade familiar e pela prosperidade da sociedade.

No século XVIII, Rousseau, os médicos e os moralistas souberam tocar nesse ponto sensível para convencer as mães a se dedicarem exclusivamente

aos filhos, amamentá-los e educá-los. Tratava-se da sobrevivência deles, da felicidade da família, do poder danação. Hoje em dia, os argumentos mudaram um pouco. Nas sociedades em que a mortalidade infantil está em seu menor nível, não se apela mais para a sobrevivência das crianças, mas para sua saúde física e psíquica, determinante para o bem-estar do adulto e da harmonia social. Qual a mãe que não sentirá, no mínimo, uma pitada de culpa se não se conformar às leis da natureza? (BADINTER, 2011, p. 79)

Ao tratar da forma com têm sido construídos os discursos contemporâneos a favor da causa, Knaak (2006) critica o uso do elemento ‘risco’ quando se aborda a não amamentação. Para a autora, existe uma espécie de “seletividade científica” em relação ao assunto, revelada por meio de estudos que enfatizam os múltiplos benefícios da amamentação e os riscos associados à alimentação com fórmula, mas podem estar comprometidos por não controlarem as demais variáveis que influenciam a saúde do bebê, como, por exemplo, a condição socioeconômica da família. Ela argumenta que comunicar a população sobre as estatísticas associadas à amamentação e à alimentação com fórmula é necessário, mas que isso deve ser feito garantindo uma articulação clara entre essas variáveis e as outras, contextualizando-as.

Um exemplo da utilização do discurso do risco na elaboração de um material pró-aleitamento voltado à população pode ser observado na *National Breastfeeding Awareness Campaign*<sup>76</sup>, realizada entre 2004 e 2006 nos Estados Unidos, que advertia mulheres de que a não amamentação colocaria os bebês em risco para uma série de problemas de saúde. O vídeo publicitário denominado “*Ladies night*” (em português, Noite das mulheres) mostra a cena de uma mulher negra, em estágio avançado da gravidez, que, numa noitada com amigas ao som de música *country*, monta em um ‘touro mecânico’ com a ajuda de duas mulheres brancas, uma delas também grávida. Enquanto é aplaudida pelo público do local, a mulher cai do ‘touro mecânico’, mas depois se levanta e agradece os aplausos. Ao longo do vídeo, aparecem os seguintes textos em destaque: “Você não correria riscos antes de o seu bebê nascer. Por que começar depois? Amamente exclusivamente por 6 meses. Bebês nasceram para serem amamentados”<sup>77</sup> Há, ainda, uma voz off (que fala sem aparecer no vídeo) que, ao final, enumera alguns dos benefícios da amamentação para a criança, como menor risco para desenvolver infecções de ouvido e diarreia.

<sup>76</sup>Campanha Nacional de Conscientização sobre Amamentação (TN).

<sup>77</sup> *You wouldn't take risks before your baby's born. Why start after? Breastfeed exclusively for 6 months. Babies were born to be breastfed.*

Figura 23 - National Breastfeeding Awareness Campaign (2004 e 2006)



Figura 24 - National Breastfeeding Awareness Campaign (2004 e 2006)



Wolf (2007), que analisa a campanha, acredita que sua concepção, sobretudo, o discurso do risco propagado por ela negligencia os princípios éticos fundamentais em relação à qualidade de evidências, à elaboração de mensagens e à sensibilidade cultural em campanhas de saúde pública. No entendimento da autora, ao comparar o risco de uma mulher não amamentar o bebê ao de uma mulher grávida, em estágio avançado da gestação, subir em um ‘touro mecânico’, a campanha se aproveitaria da incompreensão pública sobre risco e avaliação de risco, retratando a nutrição infantil como uma questão de segurança *versus* perigo e, em seguida, criando analogias adulteradas. Outro aspecto destacado por Wolf (2007) é a construção de um modelo de maternidade – nomeado por ela de ‘maternidade total’ – que se dá, em grande medida, por meio dos discursos contemporâneos em defesa do aleitamento

materno. Em tal modelo, o conceito de risco é fundamental, pois é sobre ele que se forja, desde a gravidez<sup>78</sup>, a ideia da responsabilização total da mãe pela saúde do bebê.

No Brasil, também começam a surgir reflexões dos Estudos de Gênero sobre a utilização do ‘risco’ nos discursos contemporâneos relativos a maternidade e amamentação. Amorim (2008) afirma que, desde o retorno do incentivo ao aleitamento materno, entre o final da década de 1970 e início de 1980, os discursos têm se caracterizado por uma tentativa de convencimento da mulher para a prática da amamentação de forma radical, enfocando, sobretudo, os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança. Na própria declaração da OMS/Unicef de 1979, a amamentação já era apontada como uma espécie de “salvação para os bebês”, uma estratégia de desenvolvimento “ao alcance de todos os países, muito mais próxima e mais econômica do que se podia imaginar” (AMORIM, 2008, p. 592).

Também Scavone (2004) aponta a responsabilidade depositada na mulher pela conservação da vida e pela saúde da criança, que é intensificada durante a gestação e a amamentação, períodos nos quais essa proximidade ou indissociação corporal entre mãe e filho facilita a criação de uma “fantasia de causa e efeito” (SCAVONE, 2004, p. 135). “É como se, da responsabilidade de alimentar, as mulheres passassem a ter, também, a responsabilidade por toda e qualquer doença dos filhos” (SCAVONE, 2004, p. 136), ressalta a autora.

Atualmente, a atribuição do ato de amamentar à iniciativa/disponibilidade individual da mulher vem sendo bastante ressaltada nos discursos em favor do aleitamento materno, em afirmações como “A maioria das mães pode amamentar seus bebês e a maioria deles pode ser amamentada” (UNICEF; OMS, 2008, p. 9), por exemplo. Presume-se que depende somente da escolha ou do comportamento pessoal de cada mulher amamentar ou não o seu bebê, pois, biologicamente, todas as fêmeas da espécie humana estariam aptas a fazê-lo. Somado a isso, há também o fato de que o leite materno vem sendo apontado, por diversos estudos científicos, como a fonte ‘natural’ de alimentação para lactentes, tendo não apenas o aporte nutricional mais adequado, como sendo também necessário ao fortalecimento do sistema imunológico do bebê.

Amamentar representa, portanto, como salientam os discursos de promoção: “Mais saúde, carinho e proteção” (Smam 2009); “O que há de melhor” e “Muito mais que alimentar

---

<sup>78</sup> Para a autora, a gravidez incorpora a essência da maternidade total numa sociedade de risco, com seus múltiplos exames, limitações de consumo de alimentos, medicamentos e outras substâncias pela gestante, a responsabilidade materna de proteger o feto de qualquer risco, o auto sacrifício, entre outros elementos (WOLF, 2007).



a criança. É um importante passo para uma vida mais saudável” (Smam 2010); “Tudo que o bebê precisa no início da vida e para crescer com muito mais saúde”; e “Alimentar um futuro com mais saúde para seus filhos e para todo Brasil” (Smam 2012); e “Um ganho para a vida toda” (Smam 2014). Ou seja: amamentar é a melhor escolha, do ponto de vista da promoção da saúde e da redução dos riscos, e garantir essa existência mais saudável do indivíduo – não somente na primeira infância, mas ao longo de toda a vida – só depende da decisão da mulher, disposta ou não a fazer qualquer sacrifício para proporcionar o melhor a sua prole.

A despeito de toda a força do discurso da saúde, da ciência e do risco, os resultados de tais programas, ações e campanhas podem ser frustrantes porque os comportamentos do indivíduo não são definidos somente por parâmetros sociais considerados saudáveis ou pautados apenas por uma escolha dita “racional”. A tomada de decisão é um processo complexo, que envolve uma gama de variáveis. Por essa razão, inclusive, Castiel, Guilam e Ferreira (2010) acreditam que muitas das prescrições comportamentais defendidas pelas políticas públicas em saúde parecem, por vezes, desprovidas de sentido para suas “populações-alvo”.

Geradas num arcabouço teórico que não dá conta adequadamente dos condicionantes sociais, econômicos e culturais dos fenômenos, essas prescrições perigam não corresponder efetivamente à expectativa de seus destinatários [...]. Pior que isso, podem ser usadas como forma de controle social (Peterson & Lupton, 1996), já que a racionalidade do método epidemiológico não se estende, como algo natural, às decisões comportamentais. As plateias, supostamente racionais, se movem por outras vias em seus cotidianos e em suas intimidades. (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 40)

Na amamentação e no desmame, essa limitação é marcante, uma vez que não somente os parâmetros sociais considerados saudáveis vêm se modificando consideravelmente ao longo do tempo, como também há diferentes modelos de maternidade que se relacionam de maneiras distintas à escolha de formas e duração da amamentação. Ao lado disso, há, ainda, os inumeráveis modos de cada mulher lidar com seu próprio corpo, com o exercício da sua maternidade, e a própria interação de cada par mãe-bebê, que é única e varia de acordo com os contextos.

#### **5.1.4. Do compromisso moral (da divisão sexual do trabalho)**

O discurso de viés moral enfoca a amamentação como função social da mulher, impondo a ela o papel que historicamente lhe coube – de esposa, mãe, dona de casa, responsável pelo cuidado e a manutenção do lar e da família. Nesse contexto, a questão da relação entre amamentação e trabalho feminino é central. Historicamente, a amamentação

esteve imbricada à possibilidade ou não de emancipação feminina do poder patriarcal por meio do trabalho. Acerca desse assunto, Costa (1999) afirma que é possível supor que, além de proteger a vida e a saúde das crianças, a pressão do movimento higiênico em defesa da amamentação tinha outros objetivos, como, por exemplo, o nítido propósito de converter as mulheres a um modelo de “mãe amorosa alimentando o bebê” (p. 258). Fora de tal modelo preconizado, não havia alternativas para o comportamento social feminino.

Com efeito, a nosso ver, a mãe deveria compulsoriamente amamentar porque essa tarefa, além de proteger a vida dos filhos, regulava a vida da mulher. A mulher que não amamentasse isentava-se, automaticamente, de uma ocupação indispensável à redefinição de seu lugar no universo disciplinar. (COSTA, 1999, p. 258)

Sobre os objetivos disciplinares do aleitamento materno, Costa afirma que eram três: “o uso higiênico do tempo livre da mulher na casa” (p. 258), que evitava que ela se perdesse no ócio e em passatempos considerados moralmente inadequados; a restrição da atuação da mulher ao espaço doméstico, evitando assim sua concorrência com o homem no mundo do trabalho advinda de uma onda de emancipação feminina insuflada pela urbanização; e a manutenção da coesão do núcleo familiar, buscando-se, por meio da amamentação, “depositar na mulher a responsabilidade pela unidade da família e dar ao homem maior disponibilidade para outras obrigações sociais” (COSTA, 1999, p. 261-262).

Matos (2000) corrobora tal ponderação, quando trata da sucessiva regulamentação e diminuição da ocupação das amas de leite na sociedade brasileira. Para a autora, a substantiva alteração nas relações familiares, com uma nova atribuição de papéis, sobretudo para as mães, foi o elemento que mais influenciou essas transformações. À medida que se apregoava o modelo de família voltado para a intimidade doméstica, a mulher era, então, conduzida, cada vez mais, ao domínio do lar, considerado espaço privilegiado para que ela realizasse seus talentos, sendo a maternidade sua principal e mais nobre missão.

Assim, a designação das mulheres exclusivamente para o espaço doméstico foi correlativa a uma transformação no estatuto da infância, difundida pela puericultura e pelas escolas e, de certa maneira, tardiamente corroborada pela legislação. (MATOS, 2000, p. 81-82)

Como observou Amorim (2008), uma diferença fundamental entre os discursos a favor da utilização de fórmulas na alimentação de lactentes, difundidos até a década de 1970, e os discursos anteriores e posteriores a eles (tanto no higienismo quanto no retorno do incentivo ao aleitamento materno, a partir do final década de 1970) era que, enquanto os primeiros tinham como contexto a segunda onda feminista, a difusão da pílula anticoncepcional e a regulamentação do trabalho feminino no país, voltando sua atenção, principalmente, para a liberdade da mulher, os discursos pró-aleitamento materno concentravam seu foco na criança

e desvalorizavam qualquer obstáculo da mulher, inclusive a trabalhadora, na prática da amamentação.

Na análise da abordagem do aleitamento materno e artificial em revistas voltadas ao público feminino entre 1960 e 1988, a autora constatou que muitos dos apelos utilizados para a mulher amamentar no final do século XVIII e ao longo do século XIX continuavam os mesmos nas últimas décadas do século XX. Uma reportagem analisada por ela sugere que “o fato de a mãe trabalhar fora, ter que cumprir horários rígidos, enfrentar trânsito ou ônibus superlotados, correr, realizar ou administrar todas as tarefas domésticas não a impedem de amamentar” (AMORIM, 2008, p. 593), ratificando a ideia de que “só não amamenta quem não quer”.

Nesse sentido, o discurso do compromisso moral da mulher para com a amamentação da sua prole, indissociável do discurso que prega uma divisão sexual do trabalho (na qual cabe ao homem o trabalho externo e a manutenção financeira da família, e, à mulher, o cuidado com os filhos e o marido e a organização do espaço doméstico), continua presente em diversos momentos do discurso oficial sobre aleitamento materno. Isto acontece quando os materiais supõem saber aquilo que a mãe deseja para o seu filho, como na *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta* (BRASIL, 2010a), ou mesmo nos vários casos em que estes afirmam que todos devem apoiar a amamentação – pois, se ela é um dever da mulher, é também dever de todos apoiá-la nessa empreitada.

Uma marca desse viés moral pode ser verificada mais na forma do que no conteúdo dos discursos, com o uso ostensivo de verbos no imperativo presente nos materiais dirigidos a mulheres e população em geral. A amamentação é, comumente, representada como algo natural e a melhor escolha, e a abordagem dirigida ao interlocutor ainda é, na maior parte das vezes, de cunho imperativo (dê, faça, continue, amamente). Mesmo em um material voltado à mulher trabalhadora (BRASIL, 2010a), a tônica é de que a mulher traga as demandas familiares – no caso, relacionadas à alimentação do bebê – para suas relações e ambiente de trabalho, sensibilizando chefe e colegas sobre a importância da amamentação para a saúde da criança e para sua maior assiduidade ao serviço. Nesse sentido, fica nítida a mensagem de que o papel de mãe deve se sobrepor aos demais, inclusive ao de profissional.

Com relação a isso, autores de diversos campos têm chamado atenção para os limites e possibilidades contemporâneas de conciliação entre a amamentação e a função materna como concebida na atualidade, por um lado, e o investimento da mulher na carreira, por outro. Essa relação tem sido analisada, de modo geral, na perspectiva de como o trabalho de meio período seria uma estratégia para auxiliar as mulheres a combinar amamentação e emprego (FEIN;

ROE, 1998); ou de como a ampliação da licença maternidade, mudanças no ambiente de trabalho e leis específicas de proteção à mulher que amamenta poderiam beneficiar os índices de amamentação entre mulheres trabalhadoras (BRASILEIRO et al, 2012). Nesses casos, entende-se o trabalho da mulher como um potencial obstáculo ou, ao menos, dificultador da amamentação.

O cumprimento das leis de proteção à amamentação parece ser fundamental em uma sociedade como a brasileira, em que quase 25% da população economicamente ativa é constituída por mulheres com filhos menores de seis meses de idade. (BRASILEIRO et al, 2012, p. 647).

No entanto, uma aproximação interessante e incomum é feita por Rippeyoung e Noonan (2009). Os autores afirmam que o olhar acadêmico permanece focado na influência negativa do trabalho da mulher para o sucesso da amamentação e que é preciso investigar se o aleitamento materno interfere no trabalho feminino e de que forma, ou seja, se a relação opera também na direção oposta, considerando que a prática de amamentar um bebê “concorre”, em certa medida, com o retorno da mãe ao trabalho e pode gerar desdobramentos para sua produtividade no serviço.

Parece plausível que, em comparação com uma mãe que alimenta seu filho com fórmula, uma mãe que amamenta seu filho pode ser mais propensa a deixar o emprego pago, parcial ou totalmente, ou a mudar para um emprego mais compatível com a vida em família a fim de acomodar a amamentação (REYNOLDS, 2005). Essas modificações no comportamento de trabalho podem, por sua vez, reduzir o salário atual e futuro da mãe que amamenta.<sup>79</sup> (RIPPEYOUNG; NOONAN, 2009, p. 1)

Rippeyoung e Noonan (2009) argumentam que são necessárias mais pesquisas que se debrucem sobre o tema, considerando que muitas mulheres podem reduzir suas jornadas de trabalho, tirar licenças-maternidade mais longas, mudar para um emprego mais compatível com a vida em família ou mesmo largar o trabalho em função da amamentação (situações mais frequentes em países como os Estados Unidos, por exemplo). Para os autores, tais pesquisas seriam relevantes para o entendimento teórico das inequidades de gênero existentes tanto no mercado de trabalho quanto nas políticas públicas voltadas para o apoio ao trabalho feminino e às demandas familiares.

### **5.1.5. Do dever cívico (da eugenia)**

---

<sup>79</sup> *It seems plausible that, compared to a mother who formula feeds her child, a mother who breastfeeds her child may be more likely to leave paid employment, either partially or fully, or be more likely to switch to a “family-friendly” job in order to accommodate breastfeeding (REYNOLDS, 2005). These modifications in work behavior may, in turn, lower the breastfeeding mother’s current and future earnings.*

O discurso do dever cívico é uma espécie de desdobramento do discurso do compromisso moral que liga a amamentação à saúde dos filhos e, conseqüentemente, à saúde da nação, abordando, ainda, a economia gerada pela prática para as famílias e o Estado, com menores custos com a aquisição de leites e outros utensílios industrializados e com a redução de despesas por doenças e/ou hospitalizações da criança amamentada.

Não somente Moncorvo Filho como, de modo geral, os demais médicos higienistas da época, entendiam que “o problema da infância” era central na questão mais ampla da saúde pública e, mais além, do progresso e modernização da nação brasileira. Em razão disso, mostravam-se defensores de determinado modelo de maternidade, uma maternidade que tinha como função maior garantir a saúde física, emocional e moral das crianças, futuro do país.

O Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (Ipai), por exemplo, criado por Moncorvo Filho em 1899, encontrava-se, segundo Freire e Leony (2011), sintonizado tanto com ideário médico-higiênico da época quanto com a concepção da “filantropia como uma dimensão da cultura da elite, revestida de caráter cívico” (p. 219). Desse modo, os autores defendem que a campanha empreendida pelo médico para “despertar a preocupação do governo e do povo brasileiro com a saúde infantil e estabelecer uma nova consciência social em relação às crianças” (FREIRE; LEONY, 2011, p. 219) tinha como base o princípio de que a saúde e o bem-estar do país dependiam da saúde e bem-estar das suas crianças.

Também Matos (2000) (tratando das mudanças nas representações de gênero em São Paulo no período de 1890 a 1930) afirma que a aceleração do processo de urbanização e das decorrentes transformações nas relações familiares e sociais coincidiu com a instauração do novo regime político republicano no país, que, influenciado pela doutrina positivista, optou por concentrar suas preocupações no binômio família/cidade. Nesse contexto, a pátria estava baseada na família, sendo esta última, mais do que em qualquer outra época, entendida como “sustentáculo de um projeto normatizador cujo desenvolvimento reequacionou seu papel e sua inserção social na cidade, [...] estimulada a desenvolver práticas sociais que se adaptassem ao novo regime e ao espaço urbano” (MATOS, 2000, p. 78).

A centralidade da saúde da criança nesses discursos apontava para o aleitamento materno, portanto, não apenas como elemento que garantia a saúde física e o crescimento dos bebês, mas como fator crucial para a moralização das relações familiares e sociais. A mulher assumiria plenamente seu papel de esposa e mãe, tomando para si a tarefa da criação dos filhos, e a família brasileira das camadas mais abastadas seria conduzida, então, ao abandono

dos velhos hábitos coloniais, como o uso das amas de leite negras na alimentação de bebês e crianças pequenas.

Contemporaneamente, o discurso do dever cívico está presente em materiais destinados a diferentes públicos. Alguns exemplos podem ser vistos no *slogan* “Amamentar hoje é pensar no futuro” (Smam 2012, grifo nosso), voltado às mulheres e população em geral; no caderno *Saúde da criança: Nutrição infantil: Aleitamento materno e alimentação complementar* (BRASIL, 2009b), para profissionais da Atenção Básica, quando afirma que “[O aleitamento materno] permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e *regozijo de toda a sociedade*” (p. 9, grifo nosso); e no folder *Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação* (BRASIL, 2010b), dirigido a empresários, no trecho “*Contribua para o desenvolvimento da Nação. Invista HOJE no amanhã das crianças brasileiras*” (p. 6, grifo nosso).

A busca por indivíduos mais saudáveis e fortes constitui, nesse discurso atual, também as marcas dos discursos da eugenia, uma vez que grande parte do movimento higiênico, com seus Concursos de Robustez e sua ‘medicina eugênica’, defendia os pressupostos eugênicos, que se estenderam pela primeira metade do século XX, no Brasil, reiterados pelas políticas do governo do presidente Getúlio Vargas. Segundo Matos (2000), o discurso eugenista foi apoiador da maternologia “como iniciativa de promoção da maternidade em condições ideais de saúde e higiene” (p. 86), buscando propagar o ideário de melhoria da qualidade da raça brasileira. A função social e cívica da mulher tornou-se, então, nesse contexto, “garantir a procriação, a sobrevivência das futuras gerações e o aperfeiçoamento e fortalecimento da raça” (MATOS, 2000, p. 86).

Observamos a presença do discurso da eugenia nos diversos materiais, que, em geral, destacam os benefícios da amamentação e do leite materno para saúde da criança, desde a nutrição e o fortalecimento do sistema imunológico até o desenvolvimento cognitivo. Alguns exemplos desses enunciados são: “As crianças que mamam no peito são mais saudáveis”, “[A amamentação] Faz o bebê crescer e se desenvolver bem” (folder da Smam 2008); “O ciclo de movimentos mandibulares (para baixo, para a frente, para cima e para trás) [que o bebê faz enquanto mama no peito] promove o crescimento harmônico da face do bebê” (BRASIL, 2009b, p. 21); “O leite materno dá proteção contra doenças”, “Bebês que mamam no peito apresentam melhor crescimento e desenvolvimento. Trabalhos científicos identificam que essas crianças são mais inteligentes” (BRASIL; UNICEF, 2007). Também os *slogans* das campanhas da Smam 2010 e 2014 são emblemáticos. O primeiro porque aconselha: “Amamente. Dê ao seu filho o que há de melhor.”, enunciado do qual inferimos que a mulher,

ao amamentar seu bebê, dá a ele o melhor alimento, aquele que proporcionará a saúde, o vigor e a força que o eugenismo tanto preconizava. O segundo porque afirma: “Amamentação. Um ganho para a vida toda.” e, considerando toda a concepção da campanha, busca produzir no espectador o sentido de que, com a amamentação, a mãe possibilita que o filho chegue aonde ele quiser (inclusive profissionalmente, como sugerem as fotos da filha da atriz Nívea Stelmann vestindo roupas características de diversas profissões).

### **5.1.6. Da beleza (da feminilidade)**

Um dos discursos seculares que, certamente, é convocado na produção, sobretudo imagética, dos discursos contemporâneos sobre amamentação é o da beleza como atributo e expressão da feminilidade. Esta ligação entre mulher e beleza é bastante longínqua e tem permeado várias áreas da produção humana, desde a religião (que relacionava a beleza da mulher a sua condição de sedutora e traiçoeira<sup>80</sup>) às artes (na produção inesgotável de obras que evocam a beleza feminina). Como ressaltaram Vilhena, Medeiros e Novaes (2005), “a imagem da mulher na cultura confunde-se com a da beleza. Este é um dos pontos mais enfatizados no discurso sobre a mulher – a mulher pode ser bonita, deve ser bonita – do contrário não será totalmente mulher” (p. 113).

Atualmente, a discussão sobre a beleza como atributo feminino ganha espaço na produção acadêmica nacional. Novaes e Vilhena (2003), por exemplo, apontam, em sua pesquisa sobre as atitudes em relação à ‘feióra’ (seja no sentir-se feio seja no atribuir feióra ao outro), como, até os nossos dias, “a imagem da mulher e do feminino continua associada à da beleza, havendo cada vez menos tolerância para os desvios nos padrões estéticos socialmente estabelecidos” (p. 11). As autoras reconhecem na gordura o paradigma atual da feióra, a partir do qual se dão diversos processos de exclusão dos quais são vítimas aqueles indivíduos que nela se encaixam.

---

<sup>80</sup> Sobre isto, é interessante ler o artigo de Terra (2008) sobre o Livro dos Vigilantes. Segundo o autor, o Mito dos Vigilantes, contido no livro, “tem importância fundamental para algumas práticas e imaginários do judaísmo e do cristianismo” (p. 186). Tomando como ‘imagem’ a relação sexual entre anjos e mulheres, que gerou filhos gigantes, “seres híbridos que comeram todo o alimento produzido pela terra e depois os próprios seres humanos” (p. 189), o mito se utiliza de uma linguagem simbólica para, segundo o autor, tecer críticas e preservar a identidade judaica usando a figura da mulher e da sexualidade de maneira degradadora” (p. 189-190).

O que gera toda desgraça do mundo e funda uma cultura do caos é a beleza da mulher. A isso é ligada a existência da magia e a ruína de toda uma ordem cósmica presente no significado dos nomes de cada vigilante. Com as leituras posteriores, as figuras da mulher e da sexualidade humana se tornam ainda mais destruidoras. (TERRA, 2008, p. 190)

Para Novaes e Vilhena (2003), a cultura ocidental “exibe a mulher permanentemente como forma de reforçar seus arquétipos. A imagem de mulher se justapõe à de beleza e, como segundo corolário, à de saúde e juventude” (p. 24). O que se vê, correntemente, com relação às representações hegemônicas de feminilidade são mulheres com corpos malhados, altamente sexualizados e prontos para atender ao desejo do outro, ou, por outro lado, os corpos medicalizados, “lutando contra o cansaço, contra o envelhecimento ou mesmo contra a constipação” (p. 24). Hoje, defendem as autoras, as mulheres têm a obrigação de ser belas, como uma espécie de ‘dever cultural’. E ‘ser bela’ é traduzível como ‘ser magra’.

Em sua análise da Revista Trip Para Mulher (TPM), Matos e Lopes (2008) apontam que as práticas normativas da sociedade (que, por sua vez, contribuem no processo de assujeitamento de homens e mulheres aos padrões de corpos e comportamentos, sendo essas práticas bastante amplas) abarcam desde dietas e cirurgias plásticas até a obsessão pela saúde ou por um modelo de beleza, “de como ser feliz se possuir um corpo igual aos que transitam na mídia” (MATOS; LOPES, 2008, p. 62).

As autoras também chamaram a atenção para a categoria ‘corpo-em-evidência’ que aparece na revista analisada, sobretudo ligada ao esporte e à chamada ‘vida saudável’. Nesse sentido, afirmam que, no século XX, houve a “generalização de atividades físicas que têm como fim o próprio corpo: sua aparência, seu bem-estar, sua realização. Isso quer dizer que o corpo deve ser exibido, desde que expresse os cânones de beleza de determinada época” (MATOS; LOPES, 2008, p. 72). Não somente as modelos estão submetidas a esses padrões, mas também as cantoras, atrizes e mesmo as mulheres ‘comuns’. Matos e Lopes (2008) destacam ainda que, embora esse novo culto ao corpo, e seu “uso mais ‘livre’, narcísico e hedonista” (p. 73), possa representar uma alforria desse corpo, por exemplo, com relação à moral religiosa, contraditoriamente, “o conduz a similares mecanismos de controle” (p. 73).

Tal argumento pode ser ilustrado, principalmente, pelas peças das campanhas da Smam, nas quais impera a lógica da publicidade (da escolha do rosto famoso e dos modelos de mulher contemporâneos) e a influência da linguagem publicitária, cujo cerne é a imagem, mais precisamente, a imagem do ‘belo’. Retomando o que foi explicitado no Capítulo 4, é necessário pontuar que a imagem publicitária utiliza uma retórica própria, que busca provocar prazer no espectador, especialmente pelo recurso às ‘formas belas’ (LUHMANN, 2005), que estimulam o imaginário do indivíduo com ideias de jovialidade, beleza, entre outros, ou permitindo a ele sonhar com um mundo maravilhoso, onde tudo pode se tornar realidade.

Ao contrário do que acontece com as mulheres ‘comuns’, que têm seu cotidiano bastante modificado a partir do nascimento de um bebê, passando a ter menos tempo para



descansar e cuidar de si, a madrinha da campanha, mãe recente, que amamenta seu bebê de poucos meses de vida, está sempre bem vestida, penteada e maquiada, ostentando uma expressão feliz, plena e sem qualquer sinal de olheiras provenientes de noites mal dormidas. Ao lado da cobrança pela abnegação da mulher a sua nova função de mãe (que coloca as necessidades da criança sempre acima das suas e deixa que o bebê ‘lidere’ o processo da amamentação, impondo horários das mamadas e mesmo o período ideal do desmame), persiste o discurso que reitera a subjugação do feminino à beleza, uma beleza cujos padrões atuais vinculam à magreza extrema, quase inatingível para a maior parte das mulheres que acabaram de parir. Em contraposição a isso, as atrizes e cantoras que estrelam as campanhas da Smam já retornaram ao seu manequim de antes da gravidez, ou estão próximas de atingir esta meta, tão alardeada pelas revistas femininas, que, com frequência, exibem nas suas capas mulheres que acabaram de dar à luz seus filhos e se encontram, novamente, no auge da forma física esperada.

A palavra ‘esperada’ aqui não foi utilizada em vão. É preciso salientar que, no caso do feminino, esse corpo é a construção de um “corpo-para-o-outro” (BOURDIEU, 2012). Como destacou Bordieu, “tudo, na gênese do *habitus* feminino e nas condições sociais de sua realização, concorre para fazer da experiência feminina do corpo o limite da experiência universal do corpo-para-o-outro, incessantemente exposto à objetivação operada pelo olhar e pelo discurso dos outros” (p. 79). Assim, para o autor, a imagem da mulher sobre seu próprio corpo constitui-se fundamentalmente pela representação objetiva desse corpo, ou seja, pelo “*feedback* reenviado pelos outros (pais e pares etc.)” (p. 79).

No mesmo sentido, Matos e Lopes (2008) observaram que “o corpo da mulher desenha-se sob o olhar do outro, aquele a ser seduzido, aquele que faz dela um sujeito dotado de significação social, expressando na construção desse corpo as representações de gênero que assim o constroem, ainda” (p. 75). Assim, as autoras concluíram que os discursos atuais acerca dos cuidados com o corpo são associados, predominantemente, à figura feminina.

O atributo da beleza na mulher é, assim, parte desse ser feminino ‘como ser percebido’ (BOURDIEU, 2012, p. 79), ou seja, mais uma das expectativas sociais dominantes que recaem sobre a mulher, antes, durante e após a gravidez. Voltar ao corpo de antes ou perder mais rapidamente o peso adquirido durante a gravidez é, inclusive, um dos argumentos utilizados nos discursos dos materiais como ‘vantagens’ da amamentação para a mulher, demonstrando a importância que o ‘corpo belo’ tem para a identidade feminina e a aceitação social dessa nova mulher-mãe.

### 5.1.7. Da psicologia (do vínculo e da subjetividade)

O discurso da psicologia – sobretudo da psicologia do desenvolvimento e da psicanálise – também deixa suas marcas nos discursos contemporâneos em favor do aleitamento materno. Entendemos que ele é acionado de duas maneiras nos materiais oficiais. A primeira e mais frequente é como discurso aliado, aquele que ajuda a fortalecer os sentidos propostos no discurso do MS, quando o órgão apresenta o aleitamento materno como prática que contribui para o estabelecimento e/ou fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê. A segunda apresenta ocorrência rara, tendo sido identificada com clareza no material dirigido aos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2009b). Nessa situação, quando convocado como discurso concorrente (aquele ao qual o discurso oficial faz oposição), o discurso que predomina é o da psicanálise, quando aborda, principalmente, a questão do desmame como etapa que tem influência no processo de subjetivação da criança, para além do seu aspecto nutricional (o tema do desmame será tratado mais detalhadamente no último item deste capítulo). Em ambos os casos, notamos que o discurso ‘psi’ é uma voz que integra a heterogeneidade constitutiva dos discursos oficiais, não sendo referenciada ou explicitamente mostrada como voz, ou seja, sem menção ou reconhecimento de sua influência na formulação dos argumentos em prol do aleitamento materno.

Sobre a vertente do discurso psicológico que é acionada como aliada na composição do discurso oficial, faz-se necessário mencionar que tem, entre as suas origens, o trabalho do psicanalista John Bowlby. Quase no mesmo período do surgimento de *La Leche League*, também nos primeiros anos da segunda metade do século XX, Bowlby publicava, por encomenda da OMS, o relatório Cuidados Maternos e Saúde Mental. Despontava, então, no campo da psicologia do desenvolvimento, uma linha que ficou conhecida como *attachment theory* ou “teoria do apego”, baseada no conceito de *bonding* ou “vínculo”. Com base na sua pesquisa sobre as causas dos distúrbios mentais em “crianças sem lar”, Bowlby (2006) afirmou que:

O que se acredita ser essencial à saúde mental é que o bebê e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (ou mãe substituta permanente – uma pessoa que desempenha, regular e constantemente, o papel de mãe para eles), na qual ambos encontrem satisfação e prazer. (p. 3-4)

Os ecos dessa voz nos discursos oficiais podem ser ‘ouvidos’ em diversos materiais. A questão do fortalecimento do vínculo/laços entre a mãe e seu bebê e do melhor desenvolvimento emocional da criança aparece frequentemente nas campanhas voltadas à população e nos materiais de orientação: “Ao amamentar, a mãe alimenta o bebê e *transmite*

*amor e carinho*” (folder da Smam 2008, grifo nosso); A amamentação *favorece a relação afetiva entre mãe e bebê*, e também ajuda o bebê a [...] *desenvolver-se bem, tanto física quanto emocionalmente*” (folder da Smam 2009, grifos nossos); “O aleitamento materno é a *mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança*” (BRASIL, 2009b, p. 9, grifos nossos); “Os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho *fortalecem os laços afetivos*”, “[Dar de mamar] Faz o bebê *sentir-se querido, seguro*” (BRASIL; UNICEF, 2007, grifos nossos).

Embora a teoria do apego não esteja focada, especificamente, na amamentação, é evidente que esta ocupa um lugar especial no estabelecimento desse vínculo, identificado pelo autor, da criança com a mãe em seus primeiros anos de vida. Bowlby (2006) afirma que muitas das pesquisas referidas em sua obra foram realizadas por psiquiatras e psicólogos com formação em psicanálise, e que as teorias, compartilhadas por ele, “que atribuem as origens dos distúrbios mentais a estes acontecimentos domésticos íntimos têm suas raízes no trabalho de Sigmund Freud e de outros membros da escola psicanalítica por ele criada” (p. 6).

Badinter (1985) também ratifica que “o discurso psicanalítico contribuiu muito para tornar a mãe o personagem central da família” e argumenta que, ainda que a psicanálise não tenha dito, expressamente, “que a mãe era a única responsável pelo inconsciente do filho, não deixa de ser verdade que ela foi logo considerada (...) a causa imediata, senão primeira, do equilíbrio psíquico deste” (p. 295).

O pai, nesse contexto, desempenharia um papel secundário para a criança, sendo compreendido como aquele que concede apoio emocional à mãe para que esta seja capaz de “manter um clima de harmonia e satisfação, no qual o bebê se desenvolve” (BOWLBY, 2006, p. 6). Ao caracterizar o perfil das crianças analisadas por ele em seu trabalho, Bowlby afirma que elas haviam sido privadas de carinhos, brincadeiras, dos cuidados com o banho e com o vestir e da “intimidade da amamentação através da qual a criança conhece o conforto do corpo materno” (p. 8).

O autor estabelece, ainda, uma comparação da saúde mental com a saúde física, afirmando que o amor e o prazer que a mãe tem com o bebê representam seu alimento espiritual, enquanto, na amamentação, a mãe fornece ao bebê “as substâncias alimentícias necessárias em seu próprio leite, exatamente na combinação correta” (BOWLBY, 2006, p. 8). Ele destaca que, apenas quando os dons da natureza faltam, “é que a ciência deve estudá-los a fim de ter condições de fazer mudanças, para tentar substituí-los” (p. 8).

Ao longo do tempo, a teoria de Bowlby foi sofrendo acréscimos e atualizações, que estenderam a compreensão do apego para uma visão mais ampla, que envolve não somente a

díade mãe-criança, mas abarca sua natureza relacional e contextual. Além da influência da mãe e do pai no processo de vinculação da criança, admite-se a interferência da família estendida, da escola, do trabalho, e até mesmo de contextos culturais mais amplos. Mas, quando elaborada, originalmente a teoria sugeria uma “forte relação entre apego e sensibilidade materna” (PONTES et al., 2007, p. 72).

Atualmente, vemos crescer, internacionalmente, um modelo de criação dos filhos denominado *attachment parenting* (traduzido no Brasil como “criação com apego”). Segundo a antropóloga britânica Charlotte Faircloth (2013), trata-se de um movimento global, com raízes no Reino Unido e nos Estados Unidos, que apoia a proximidade entre pais e filhos e, normalmente, envolve a amamentação prolongada e sob livre demanda (fortemente recomendadas pela política de aleitamento materno do MS), o “vestir o bebê” (uso de “slings” ou panos que permitem que o bebê seja transportado sempre colado ao corpo da mãe) e o hábito familiar de as crianças dormirem no mesmo quarto que os pais<sup>81</sup>.

Embora não possamos afirmar que o modelo de *attachment mothering* ou *attachment parenting*, movimento recente que vem ganhando notoriedade e adeptos em várias partes do mundo, tenha sido forjado ou preconizado explicitamente pela La Leche League, é inegável a identificação entre a visão de amamentação e maternidade preconizada pela organização, as contribuições da psicanálise, a teoria do apego iniciada por teóricos como Bowlby e esse novo modelo de se exercer o cuidado e a criação dos filhos na contemporaneidade.

Certamente, o discurso ‘psi’ – aqui entendido, fundamentalmente, pelas teorias psicanalíticas e a corrente da psicologia do desenvolvimento na qual se inclui a obra de Bowlby – é fundador de uma determinada visão, predominante no discurso hegemônico sobre aleitamento materno: o da amamentação como prática capaz de favorecer o vínculo entre mãe e filho/a e de contribuir para a saúde emocional da criança.

## 5.2. Outros discursos que reinam em seu “quase silêncio”

Neste item, mencionamos alguns discursos que, a partir da análise dos materiais e com base na literatura acerca do tema (não somente específica da atenção à saúde, mas fontes

---

<sup>81</sup> Co-sleeping refers to sleeping in "close proximity," which means the child is on a separate sleep surface in the same room as the parents. This includes the use of a cosleeping bassinet or "sidecar," which is a crib-like bed with only three walls, with the fourth side remaining open and pushed up against the parents' bed. For the older child, this can include sleeping in a separate bed in the same room as the parents, or two or more older siblings sleeping together in a separate room. Bed-sharing, also called the "family bed," describes a sleep arrangement where the family members sleep on the same sleep surface. This practice is recommended for only for breastfeeding families using API's Safe Sleep Guidelines. - See more at: <http://www.attachmentparenting.org/principles/night#sthash.SU6YqjFO.dpuf> (Fonte: Attachment Parenting International, disponível em <http://www.attachmentparenting.org/principles/night>, acesso em 16 dez. 2014)

também de outros campos, como a sociologia, a história, a psicologia e os Estudos de Gênero), despontaram como negligenciados ou mesmo silenciados nos discursos hegemônicos sobre aleitamento materno na atualidade. Não temos a pretensão de esgotar a abordagem desses temas e sabemos que, como eles, existem certamente outros discursos que, por diferentes razões, estão mais ou menos esquecidos – consciente ou inconscientemente – na constituição dos discursos contemporâneos de promoção e orientação à prática.

### 5.2.1. Perspectiva da mulher no processo de amamentação

Ao abordar as políticas públicas atuais voltadas à amamentação no Canadá, Knaak (2006) afirma que, a despeito de todos os esforços internacionais pró-aleitamento, as vivências maternas, algumas vezes, podem contradizer as informações oficiais de que a amamentação é vantajosa devido ao seu caráter prático e ao fato de promover um melhor vínculo entre mãe e bebê.

É importante ressaltar que existem dados acerca do assunto das experiências das mães que amamentam e que indicam que a amamentação não é necessariamente conveniente ou reforça a relação. Antes, as experiências variam de prazerosas a penosas e ambivalentes.<sup>82</sup> (p. 413)

A situação canadense relatada pela autora não parece diferir muito da realidade brasileira. Pensando no modelo comunicacional adotado pelo Ministério da Saúde (MS), as propagandas são realizadas de forma vertical, produzidas em âmbito federal e distribuídas para todas as regiões por meio das secretarias de saúde. O discurso é, então, uniformizado para a população com um todo, o que desestimula a consideração de especificidades regionais, bem como secundariza as diferentes vivências maternas da amamentação como dimensão importante no planejamento da comunicação oficial.

O distanciamento entre os discursos oficiais e as percepções e vivências maternas da amamentação foi apontado por Kalil, Ferraz e Aguiar (2014) em trabalho sobre a apreciação de um cartaz da Semana Mundial de Amamentação 2010 por mães em fase de amamentação ou com desmame recente. Com relação aos períodos ideais de aleitamento, por exemplo, cinco das sete mulheres entrevistadas discordaram da recomendação do MS de amamentar até 2 anos de idade ou mais.

“As razões apontadas para discordarem dessa orientação estão relacionadas à saúde nutricional e à socialização do bebê; à autonomia e vida social da mãe; à iniciativa da própria criança em desmamar antes da idade expressa na

---

<sup>82</sup> *Importantly, there are data on the subject of mothers' breastfeeding experiences, and these tell us that breastfeeding is not necessarily convenient or relationship-enhancing. Rather, experiences vary, from pleasurable, to burdensome, to ambivalent.*

campanha; e a outras formas de reforçar a relação entre mãe e filho que não somente a amamentação” (KALIL; FERRAZ; AGUIAR, 2014, p. 13).

Dessa discrepância – e, por vezes, antagonismo – entre os sentidos propostos pelo discurso hegemônico propagado por organizações nacionais e internacionais, entendidas como “vozes autorizadas”, e os sentidos produzidos pelas mães em suas experiências de amamentação, emerge a questão da culpa e da vergonha, como observaram Taylor e Wallace (2012).

A possível culpa que a mulher que não amamenta (ou não amamenta nos parâmetros definidos pelas organizações internacionais) sente seria consequência, segundo as autoras, de duas apropriações de amamentação. Em primeiro lugar, dever-se-ia a uma não correspondência da mulher aos padrões da *maternidade total* (WOLF, 2007). Assim, sua atitude de não amamentar ou de interromper o aleitamento por limitações físicas ou necessidades pessoais faria com que ela se sentisse culpada ou, segundo Taylor e Wallace (2012), mais do que culpada, com vergonha diante do julgamento moral da sociedade, por colocar em risco a saúde do seu bebê.

Em segundo lugar, a mãe que não amamenta seu filho, ao não atender ao ideal de maternidade em voga, sentir-se-ia também menos mulher, uma vez que muitos dos argumentos contemporâneos em defesa do aleitamento materno estabelecem relação entre amamentação e feminilidade ou entre amamentação e a própria “natureza feminina”. Para as autoras, a mensagem dos discursos pró-aleitamento “de que todas as mulheres podem amamentar implica que qualquer mulher que não consiga ou não o faça seja vergonhosa, uma mulher incompleta”<sup>83</sup> (TAYLOR; WALLACE, 2012, p. 85).

A força simbólica desse imaginário sobre a maternidade e a amamentação, especialmente difundido por meio do discurso autorizado da medicina e renovado ao longo dos últimos trinta anos, pode ser observada nos sentidos partilhados ainda hoje pelas próprias mulheres. Com base em sua pesquisa acerca das representações maternas sobre o aleitamento materno, Silva (1990b) observou que:

Apesar da aparente variedade de razões apresentadas, em consonância com autores que admitem ter cada mãe os seus próprios motivos para amamentar, a maioria das entrevistadas verbalizou um querer ligado predominantemente a razões instrumentais, ou seja, à importância que o leite materno tem para o filho, ao fato de acharem ser esse seu dever de mãe ou, ainda, por acharem útil e prático amamentar. (p. 66-67)

O que as palavras da autora sinalizam é que, mesmo em nossos dias, prevalecem entre as mulheres as razões para amamentar que decorrem, sobretudo, do ideário higienista: a do

---

<sup>83</sup> [The message] that all women can breastfeed implies that any woman who cannot or does not is shameful, an incomplete woman.

leite materno como melhor alimento para o bebê, responsável pela sua saúde e crescimento; e a da amamentação como dever de toda mãe para com seus filhos, uma obrigação que é, ao mesmo tempo, biológica e social. Amamentar a prole é, antes de tudo, a principal função da mulher, não apenas para a manutenção da família, mas para o progresso da sociedade.

No contexto dos materiais recentes publicados pelo governo brasileiro, as discrepâncias entre discursos oficiais e vivências, expectativas e necessidades maternas referentes à amamentação podem estar relacionadas, também, a um modelo de atuação altamente fragmentado dentro do próprio Ministério da Saúde, que, como apontou a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, costumava dividir bastante suas ações entre as diferentes áreas técnicas, que trabalhavam sem uma interação mais próxima.

No caso do aleitamento materno, ele vem sendo gradativamente considerado (desde a década de 80 com a criação do Pniam) como assunto a ser trabalhado pela equipe responsável pela saúde da criança, o que tem mudado nos últimos anos, uma vez que o MS tem procurado atuar de forma mais coordenada, reunindo várias equipes na elaboração e avaliação de determinado programa ou ação. Segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do órgão, isto tem se refletido, diretamente, no modo de atuação da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

Em relação a Amamenta e Alimenta Brasil, então a gente deixa de olhar em caixinhas, né, aquela questão do aleitamento materno fragmentado da alimentação complementar saudável. E a gente passa a aprender a trabalhar com outras coordenações, que isso eu acho que foi um grande aprendizado pra nós e, assim, tipo um testemunho para aqueles que estão nos vendo nos estados como é possível a gente trabalhar. Porque, geralmente, as coordenações não conversam muito, né, assim, saúde da mulher é uma coisa, saúde da criança é outra, e eu acho que a gente aprendeu nessa gestão a fazer esse trabalho, né, trabalho interno dentro do Ministério entre as coordenações.

A coordenadora das Ações de Aleitamento Materno observa que o MS era bastante criticado, por exemplo, pelo formato de implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), que teria um olhar sobre o aleitamento materno essencialmente focado na questão da saúde da criança, enxergando somente o leite materno como objeto e não levando em consideração a mulher<sup>84</sup>.

---

<sup>84</sup> Em alguns trechos dos materiais analisados, observamos o uso da metonímia, quando o discurso resume a prática da amamentação ao leite materno, como se fosse uma qualidade dele “oferecer carinho”, como em texto presente no cartaz da Smam 2012. Metonímia é uma figura de linguagem na qual se faz uso de uma palavra no lugar de outra que tem com ela alguma proximidade de sentido. Neste caso específico, toma-se a parte pelo todo: o discurso fala do leite materno como se ele resumisse todo o processo da amamentação e concentrasse as vantagens que advêm dessa prática. Nesse sentido, desloca-se o foco da amamentação como relação entre sujeitos e elege-se o leite materno como ‘herói’ que a todos os males consegue aplacar. Desse modo, os sentidos da prática para a mulher ficam, em grande parte dos casos, negligenciados.

No entanto, a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno enxerga diversos avanços ocorridos nesse âmbito nos últimos anos, sobretudo após 2011, com a implantação da Rede Cegonha, que prevê um atendimento diferenciado ao par mãe-bebê desde a gestação, com o acompanhamento pré-natal da mulher até os 2 anos de vida da criança. Com essa proposta, o MS passaria a estimular os hospitais a serem não somente ‘amigos da criança’, como também ‘amigos da mulher’.

O hospital tinha que ser amigo de todos, né, da família, na verdade. E aí a gente começa então com esse entendimento de que precisa ser incluído o cuidado amigo da mulher. Não só incluído o cuidado amigo da mulher, né, mas junto com esse trabalho feito na Ihac, [...] trabalhar a questão do livre acesso dessa mãe, pai ou responsável junto ao cuidado da criança na UTI Neo, qualquer hora do dia ele pode entrar, né. Então a gente pega essa ideia dessa portaria 930 e inclui também na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, entendendo que pra gente estimular essa mulher a amamentar, a estar bem, né, a estar bem mentalmente pra poder amamentar, ela precisa estar com essa criança, ela precisa olhar a criança, estar segura com aquela criança.

A percepção crescente, por parte do MS, de que a política de aleitamento materno, de responsabilidade da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, necessita articular-se, cada vez mais, à área responsável pela saúde da mulher vem ao encontro de uma perspectiva que compreende a amamentação como uma prática que envolve a mulher como sujeito e a sua saúde pensada de forma integral.

Tal perspectiva converge para as ações empreendidas pelo Ministério da Saúde, ainda na década de 1980, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism). Lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde, o Paism “partia da constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, até então, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal. E, mesmo aí, era deficiente” (OSIS, 1998, p. 26-27).

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. [...] As mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério. (OSIS, 1998, p. 31)

Não podemos deixar de mencionar uma coincidência interessante. O Paism foi elaborado em 1983, apenas dois anos após a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam). No entanto, parece-nos que, em alguns aspectos, os programas, ambos geridos pelo MS, caminharam em direções opostas no que diz respeito ao modelo de atenção voltado à mulher. Por um lado, o Paism foi fruto de uma formulação que



articulava feministas e sanitaristas<sup>85</sup> e, em função disso, carregava, tanto no texto do programa quanto nos materiais educativos produzidos por ele, um diferencial. Para d'Oliveira (1999), tal diferencial era, justamente, sua politização, materializada por uma tentativa, que a autora define como 'ousada', de incluir nos materiais uma discussão sobre as relações de poder que vigoravam dentro dos próprios serviços de saúde, "possibilitada pela inclusão do movimento social, representando os interesses dos "sujeitos" (participantes e submetidos aos) programas, que chegam tematizando as relações de gênero, classe e etnia" (p. 106).

Constituído em um momento no qual o feminismo brasileiro, a partir dos anos 1980, passava a entender a necessidade de exercer os chamados *direitos reprodutivos* como condição para a cidadania, o Paism, não sem tensões entre essas duas vertentes (feminismo e sanitarismo), teve o mérito de ser um programa dirigido a mulheres que, pela primeira vez no país, "tinha as próprias mulheres organizadas como interlocutoras privilegiadas, interferindo no seu planejamento, implantação e fiscalização" (D'OLIVEIRA, 1999, p. 109).

Segundo d'Oliveira (1999), é no material educativo produzido pelo Paism que se encontrava sua vocação discursiva mais fecunda.

A transformação da crítica feminista ao saber/poder médico e às relações de gênero em material de difusão educativa para ser utilizado pelos serviços de saúde, além dos intensos e extensos treinamentos que tiveram lugar durante a primeira metade dos anos 80, realizados por feministas adotando-se a chamada metodologia de trabalho feminista, tem um "impacto" coletivo imprevisível, no sentido epidemiológico. Essa metodologia, realizada por meio de oficinas e vivências, parte da experiência pessoal para a coletividade, no caso, de gênero. (p. 113)

Aguiar (1997), que investigou as percepções dos profissionais que participaram da implementação do Paism em suas unidades, enfatizou a importância das relações estabelecidas entre profissionais e usuárias, do desenvolvimento das ações educativas em grupo propostas pelo programa e da problematização das relações de gênero na sociedade brasileira. Para a autora, em razão da sua formulação feminista, o Paism compreendia a relação entre usuárias e profissionais de saúde "como oportunidade de aprendizado mútuo e transformação dos dois sujeitos" (p. 9).

Também como desdobramento dessas diretrizes inovadoras para os serviços de saúde que atendiam a população feminina na perspectiva do Paism, a autora observou, entre os profissionais entrevistados por ela, um olhar diferenciado com relação à situação da mulher na

---

<sup>85</sup> De acordo com Osis (1998), o Ministério da Saúde convidou, em 1983, para a redação do Paism, um grupo composto por três médicos e uma socióloga, sendo duas mulheres e dois homens: Ana Maria Costa, médica da equipe do MS e bastante identificada com o movimento feminista; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (Dinsami); Aníbal Faúndes e Osvaldo Garssioto, ginecologistas e professores da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

sociedade. A conciliação da sua tradicional função reprodutiva com a possibilidade de assumir novos papéis como sujeito, a despeito de ser considerada uma conquista, foi citada também como potencial sobrecarga, que geraria cobranças a respeito de seu desempenho como boa esposa, boa mãe, boa profissional, além de desigualdades de gênero. Segundo Aguiar (1997), a maioria dos entrevistados “demonstrou sensibilidade acerca das propostas do movimento feminista e compreendeu seu potencial para a melhoria da saúde e qualidade de vida das mulheres” (p. 15).

O Pniam, por sua vez, tinha como objetivo combater a desnutrição na primeira infância, reduzindo, por meio do incremento dos índices de aleitamento materno, a mortalidade infantil no país (ALENCAR, 2008). Suas ações estiveram, desde o início, predominantemente pautadas no modelo de atenção tradicional que se tem dirigido, historicamente no país, ao binômio materno-infantil, o que, em certa medida, permanece influenciando a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno atual (o que fica evidente, ao menos, no âmbito dos discursos dos materiais analisados).

No caso da contextualização das várias faces da mulher/mãe que amamenta na contemporaneidade, podemos notar, por exemplo, que o trabalho feminino aparece tematizado, principalmente, em um material que é dirigido especificamente à mulher que trabalha fora de casa, a *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta* (BRASIL, 2010a). As novas configurações e dinâmicas familiares, bem como os novos modelos de maternidade delas decorrentes, não são satisfatoriamente explorados nos materiais. Mesmo na *Cartilha...*, tal contextualização nos parece precária, uma vez que a função de mãe é, ainda aqui, preponderante sobre os outros papéis assumidos pela mulher em nossos dias.

O documento se limita a aconselhar a mulher a: [se possível e desejado] levar o bebê pequeno com ela para o trabalho ou pedir a alguém para levá-lo para que possa ser amamentado; conversar com o patrão para obter maior flexibilidade quantos aos horários de trabalho; e explicar ao patrão e colegas de trabalho a importância de amamentar e, principalmente, “que o leite materno protege seu filho, que ficará menos doente, e que, assim, você faltará menos ao trabalho e estará mais contente” (BRASIL, 2010a, p.5), o que, segundo o documento, deve ser explicado também aos familiares. Não problematiza, por outro lado, as condições de trabalho, salário e progressão profissional da mulher em comparação com as do homem ou as dificuldades enfrentadas, na sua prática cotidiana, por aquelas mulheres que optam por conciliar as atribuições e atividades domésticas ao trabalho formal remunerado (tanto em casa, quanto no ambiente de trabalho).

### 5.2.2. Amamentação e sexualidade

Consideramos possível aventar que, ao menos em parte, as exclusões e interdições mais comuns nos discursos de promoção ao aleitamento materno se originam da complexidade do tema amamentação-desmame no que diz respeito a sua íntima relação com o corpo, tanto o corpo da mulher/mãe quanto o do bebê. Um corpo que é físico, instintivo, repleto de sensações operadas fisiologicamente, mas que está, paralelamente, submetido a valores e controles culturalmente determinados. Como aponta Rodrigues (1983), o ser humano é uma matéria na qual “coexistem um corpo biológico e um corpo social” (p.125).

Diversos teóricos da psicanálise enfocam a amamentação como o estabelecimento de uma relação erógena entre mãe e filho(a), relação a partir da qual a mãe adquire uma importância tão fundamental na vida da criança que acaba por se tornar, “para os dois sexos, o primeiro objeto e o protótipo de todas as relações amorosas posteriores” (QUEIROZ, 2005, p.76). Segundo Queiroz, alguns estudiosos ressaltam que essa relação instituída por meio da amamentação é, para a mãe, uma experiência repleta de sensações sexuais, decorrentes, principalmente, do reflexo fisiológico gerado pela sucção do seio pelo bebê.

Esse “alcance sexual” do amamentar parece subverter, em certa medida, os conceitos de uma sexualidade e de uma maternidade úteis, colocando a mulher como protagonista de uma relação que não é apenas de devoção resignada ao amor filial, mas de prazer para com ela própria. E tal relação pode, talvez, pôr ‘em risco’ o controle social sobre as individualidades, especialmente sobre a condição feminina.

O entrelaçamento da amamentação com a sexualidade não acontece somente no que diz respeito à interação mãe-bebê. Muitos autores destacam, também, o quanto a dupla ‘função’ dos seios femininos (erótica e maternal) em muitas das sociedades atuais e a intensidade sexual do processo de amamentação provocam alterações na vida sexual do casal no período de aleitamento. Nesse sentido, Sandre-Pereira (2003) traz uma interessante e rica comparação entre Brasil e França acerca desse tema na perspectiva da antropologia social. Embora tenham uma história muito semelhante no que diz respeito à apropriação do tema pela medicina e pelo Estado, a autora salienta que os dois países vivem hoje realidades bastante distintas no que se refere às práticas e discursos sobre aleitamento materno.

A despeito disso, Sandre-Pereira (2003) aponta que, no caso da relação entre amamentação e sexualidade, foram as semelhanças entre os depoimentos dos grupos de entrevistados nos dois países que chamaram sua atenção. Uma das questões levantadas foi o dualismo entre seio maternal e seio erótico. A autora afirma que numerosos entrevistados

confirmaram, nas suas vivências, uma espécie de proibição que o casal se impõe de tocar o seio materno durante o processo de amamentação, fenômeno que ela denominou ‘tabu do seio materno’ (p. 479).

Outra importante questão apontada pelas mulheres entrevistadas foi a redução da libido (ou apetite sexual) sentida por elas após o parto. Sobre esse ponto, a autora afirma que a literatura médica atesta a ocorrência de modificações hormonais, no período que vai da gestação até o parto e a amamentação, que atuam na redução do desejo sexual na mulher. Durante a amamentação, enquanto as taxas de estrogênio e progesterona – que estimulam a receptividade sexual – diminuem, há um aumento da prolactina, hormônio necessário à produção do leite materno, inibindo a libido. No entanto, Sandre-Pereira (2003) acredita que, embora deva ser considerada, a questão hormonal não explicaria o fenômeno em toda sua complexidade.

Segundo minhas informantes, o retorno a uma vida sexualmente ativa com o companheiro costuma ser alvo de negociações, nem sempre satisfatórias para ambas as partes. Nesse sentido, não são raros os relatos sobre a dedicação exclusiva da mãe ao bebê, colocando o companheiro em segundo plano, o que é sentido por muitos homens como uma rejeição. (SANDRE-PEREIRA, 2003, p. 478)

Observamos uma espécie de dualidade com relação aos seios que interfere, diretamente, na amamentação: por um lado, a sexualização do seio feminino e, por outro, a estigmatização do seio maternal, que limita as possibilidades de a mulher amamentar em público. Nos Estados Unidos, essa “estigmatização” do seio maternal, derivada, segundo Wolf (2008), do excessivo foco sexual que ganharam os seios femininos na sociedade norte-americana, é apontada por alguns autores como fator dificultador da amamentação<sup>86</sup>. Sendo assim, a liberdade para amamentar em locais públicos tornou-se uma das bandeiras de grupos feministas ligados ao aleitamento materno e aos direitos reprodutivos naquele país (SMITH, 2008; WOLF, 2008).

A discussão sobre os seios femininos e sua dupla relação com a amamentação e a sexualidade e individualidade femininas também está presente no trabalho de Monteiro, Gomes e Nakano (2006). As autoras propõem uma análise da questão sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos, mas sua apropriação não segue a mesma linha naturalista abordada anteriormente. Ao contrário, elas observam que os discursos em prol do aleitamento materno, utilizados para difundir a prática como comportamento social universal

<sup>86</sup> De acordo com matéria da Revista Veja (*Brasil ocupa 2ª posição em número de cirurgias plásticas estéticas no mundo*, de 24/1/2013), a cirurgia de aumento de mamas foi, em um período de 4 anos, a segunda cirurgia estética mais realizada no Brasil, contabilizando cerca de 150 mil procedimentos). Texto disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/brasil-ocupa-2a-posicao-em-numero-de-cirurgias-plasticas-esteticas-no-mundo>>. Acesso em: 26 jan. de 2015.

das mulheres, “tendem a evidenciar a visão romântica deste ato, omitindo possíveis problemas que possam ocorrer” (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006, p. 148), inclusive relacionados às diferentes significações do seio e do corpo feminino como um todo para a mulher e a sociedade.

Nesse sentido, Monteiro, Gomes e Nakano (2006) defendem a formulação de um novo modelo de atenção, que supere o modelo ainda em vigor na atualidade e passe a respeitar o direito de as mulheres decidirem que utilização farão de seus seios e corpos. Assim, caberia aos profissionais de saúde “o acolhimento a estas mulheres, a compreensão do seu modo de vida e o respeito às suas opiniões, para assim, apoiá-la nas decisões referentes ao processo de amamentação” (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006, p. 149).

### **5.2.3. Amamentação e paternidade**

Entendemos que o lugar do pai/companheiro e os sentidos que este experimenta com a amamentação são alguns dos discursos que se encontram pouco explorados nos materiais analisados. No entanto, a despeito dessa ‘ausência’ ou ‘raridade’ nos discursos, acreditamos que é preciso considerar que a amamentação envolve não somente a criança, mas a mãe e o pai, figura primordial a quem, muitas vezes, não é dado o lugar a que corresponde (D’OLIVEIRA, 2001).

Como ressaltaram Serafim e Lindsey (2002), há uma escassez de informações acerca da influência do marido no processo do aleitamento materno, demonstrando que, em geral, o pai se apresenta à margem do desenvolvimento e também dos cuidados com o bebê em seus primeiros meses após o nascimento. As autoras destacam que:

O seu conhecimento sobre o assunto e sua participação nesta fase não são considerados pela esposa, familiares ou profissionais de saúde. Como reflexo desta situação, o marido acredita que sua participação nesta fase é irrelevante tanto para a esposa como para o filho e, assim, não se envolve efetivamente no processo. (SERAFIM; LINDSEY, 2002, p. 20)

Abordar a questão do companheiro parece-nos importante porque, na literatura especializada em aleitamento materno, ele é considerado, frequentemente, como apoiador da mulher no processo da amamentação. Destaca-se, quase sempre, a necessidade de ele ser melhor orientado, sobretudo nos serviços de saúde, sobre a importância do aleitamento materno e “motivado a participar mais ativamente na fase da amamentação do filho” (SERAFIM; LINDSEY, 2002, p. 22).

Por sua vez, os materiais de promoção ao aleitamento materno elaborados pelo Ministério da Saúde raramente mencionam o pai, mesmo que na função de apoio. Nesse caso,

em geral, é “a família” ou “os familiares” que são convocados a apoiar a mulher no processo de amamentação, principalmente quando as campanhas da Smam propõem que se “Ajude nas tarefas de casa, para que a mulher tenha mais tempo para amamentar o bebê” (Smam 2011), item presente na maioria dos materiais voltados à população.

Nos materiais de orientação voltados aos profissionais de saúde, aparece novamente a ideia do pai, junto aos demais familiares, como capaz de, com seu envolvimento, favorecer o prolongamento da amamentação (BRASIL; UNICEF, 2007); e ser “importante fonte de apoio à amamentação” (BRASIL, 2009b, p. 60), sendo sua opinião e incentivo, junto a de outras pessoas que cercam a mãe, de extrema relevância para o sucesso da prática. O caderno *Saúde da criança: Nutrição infantil: Aleitamento materno e alimentação complementar* (BRASIL, 2009b) destaca, por outro lado, que “muitos deles não sabem de que maneira podem apoiar as mães, provavelmente por falta de informação” e afirma que determinados sentimentos negativos que comumente os pais alimentam após o nascimento de um filho “poderiam ser aliviados se eles estivessem conscientes da importância do seu papel, não apenas nos cuidados com o bebê, mas também nos cuidados com a mãe” (p. 60).

Piazzalunga e Lamounier (2009) também defenderam a responsabilidade da equipe de saúde em incentivar o pai para que ele participe, de forma mais efetiva, do aleitamento materno, mas buscando que “a mulher compreenda que o pai não é um simples incentivador da prática do aleitamento materno, mas sim o principal influenciador da amamentação” (p. 56). Por meio de revisão de literatura, os autores destacaram o fato de que os homens, em geral, não têm um modelo de ‘pai cuidador’, pois foram educados numa relação distante com os pais. Assim, meninos e rapazes “não passam por nenhum tipo de treinamento ao longo da vida para se prepararem para serem pais” (p. 53), o que afeta sua relação com o cuidado e a amamentação.

Embora estejamos vivenciando a busca dos homens mais jovens por uma nova experiência de paternidade, marcada por uma proximidade entre pai e filho que rompe os estereótipos patriarcais, Piazzalunga e Lamounier (2009) identificam que o envolvimento dos pais (do gênero masculino) com os cuidados da casa e dos filhos ainda é limitado, mesmo quando ambos os pais trabalham fora de casa. Em razão disso, eles defendem que, para esclarecer e discutir a participação do pai e seu papel no período do aleitamento materno é necessário considerar as diversas questões de gênero que envolvem o tema, e, dentro delas, as especificidades de uma dada sociedade e de cada grupo social, com base em critérios éticos, religiosos, raciais, de classe e outros que os constituem.

Sobre a influência do pai no desenvolvimento do aleitamento materno, os achados da pesquisa realizada por Martins e Giugliani (2012)<sup>87</sup> trazem um dado interessante: nela, o pai é apontado como possível obstáculo ao sucesso da prática da amamentação prolongada. Ao identificar fatores relacionados à manutenção do aleitamento materno por 2 anos de idade ou mais, as autoras constataram que a coabitação da nutriz com o pai da criança mostrou uma associação negativa com esse desfecho, sendo que “a probabilidade de amamentação por 2 anos ou mais foi 39% menor” (p. 70).

Sobre as causas dessa associação, elas aventaram algo similar ao que defende o material voltado às equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2009b), com relação à necessidade de os serviços de saúde investirem na prestação de informações e no cuidado a esse pai, estimulando-o “a participar desse período vital para a família” (p. 60).

É possível que os pais possam incentivar a amamentação no início, mas, por desconhecimento quanto à recomendação da duração do AM por 2 anos ou mais e da importância do cumprimento dessa recomendação, passem a desestimular a mulher a manter a amamentação depois de algum tempo. (MARTINS; GIUGLIANI, 2012, p. 70)

No entanto, pensamos que é preciso olhar para além da tradicional questão da informação como motor – suficiente – para a mudança de comportamentos, paradigma comumente aceito no campo da saúde, buscando entender as razões, culturais e também individuais, que influenciam tais decisões e atitudes em relação à amamentação dentro do núcleo familiar. Se tomarmos com base as reflexões da psicanálise sobre a amamentação, por exemplo, estas indicam que se trata de um processo de enorme influência na mulher, na criança e em seu entorno.

Segundo Queiroz (2005), durante a amamentação, na perspectiva da criança, “não há corpo do bebê nem corpo da mãe e também não há separação interior/exterior: o que há é uma espécie de indissociação” (p. 54). Também para a mulher tal processo envolveria um enorme investimento emocional, que se inicia ainda durante a gravidez, quando ela começa a “tornar-se mãe”<sup>88</sup>. Por outro lado, para os demais membros da família, em especial o pai, somente com o desmame total a criança seria introduzida na relação com outras pessoas além da mãe, permitindo que ela aceite “a assistência de outras pessoas se essas pessoas estão em bons termos com a mãe” (QUEIROZ, 2005, p. 179).

---

<sup>87</sup> A pesquisa realizada pelas autoras foi um estudo de coorte que acompanhou 151 crianças, do nascimento até a idade de 3 a 5 anos, selecionadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>88</sup> De acordo com autores como Winnicott, é ao longo da gestação que a mulher inicia o desenvolvimento da ‘preocupação maternal primária’, que seria a “capacidade fundamental para que ela consiga abrir mão das vantagens de sua vida anterior à gravidez e ao parto, priorizando o êxito de todos os cuidados maternos, inclusive a amamentação” (CASTRO, 2006, p. 177).

Por um lado, a perspectiva da psicanálise acentua a divisão sexual de papéis hegemônica, reforçando o lugar da mãe na alimentação e cuidado com os filhos em seu início de vida e o relativo afastamento do pai desta função. Segundo Badinter (1985), com Freud e seus sucessores, a psicanálise atribuiu à mãe o amor e a ternura, o contato corpo a corpo, enquanto restou ao pai a função da lei e da autoridade. Somado a isso, a autora destaca que “se não se cessou de falar sobre o devotamento materno, pouco se mencionou o papel cotidiano do pai” (p. 315).

Para Badinter (1985), por meio de um contato mesmo superficial com as teorias psicanalíticas, as mulheres ‘compreenderam’ o seu lugar específico junto à criança no exercício de um papel fundamental e muito mais trabalhoso e intenso do que o paterno. A autora explica que, nessa visão,

A mãe simbólica não basta, e a criança pequena não pode prescindir de uma mãe, em carne e osso, durante os primeiros anos de sua vida. Ao passo que, se nos atemos às afirmações predominantes dos psicanalistas, logo nos convencemos de que a presença do pai é muito menos essencial. Ele pode ausentar-se durante todo o dia, punir e amar de longe sem prejuízo para a criança. (BADINTER, 1985, p. 325)

Tal perspectiva chama a atenção, no entanto, para a particularidade da situação do pai durante a amamentação, no qual ele seria esse “terceiro” que interferiria na relação da díade mãe-bebê, interditando a relação incestuosa entre eles. A psicanálise introduz, assim, a questão da(s) sexualidade(s) envolvidas no processo de amamentação da criança, apontando possíveis respostas à pergunta feita por Martins e Giugliani (2012) sobre as razões que levam o companheiro a ser considerado um fator limitador da amamentação prolongada.

Nesse sentido, acreditamos que, para além de reducionismos e posições sociais já comodamente aceitas em nossa cultura, faz-se necessário problematizar a relação do pai não somente com a amamentação, mas com o cuidado dos filhos de modo geral. Como destacou Martins (2009), “é necessário, então, compreender o papel do homem não somente como apoio às mulheres, mas, pensá-los como atores nos campos de gênero, sexualidade e paternidade” (p. 241).

A reflexão sobre o pai como ator fundamental na criação dos filhos tem motivado ações no sentido de entender seu papel para além do mero apoio à mãe na sua relação de cuidado com o bebê. Um exemplo, no Brasil, é a campanha “Dá licença, sou pai!”, lançada, em 2013, pelo Instituto Papai, que tem como objetivo “promover a ampliação da licença paternidade com equiparidade entre licença maternidade e licença paternidade”. A instituição, com sede em Recife-PE, é uma organização não governamental que atua com base em princípios feministas e defende uma sociedade na qual haja igualdade de direitos entre



homens e mulheres<sup>89</sup>. Desse modo, acredita na importância do envolvimento dos homens nas questões referentes à sexualidade e à reprodução e considera fundamental “uma ressignificação simbólica profunda sobre o masculino e as masculinidades em nossas práticas cotidianas, institucionais e culturais mais amplas”.

A campanha idealizada pelo Instituto Papai, além de buscar a ampliação da licença paternidade<sup>90</sup>, pretende, de acordo com a organização, promover, na sociedade, diálogos sobre a licença parental. Trata-se de um benefício que pode ser compartilhado entre a mãe e o pai. Seu período é variável, nos diversos países que já a adotam, e também a proporção da remuneração que é concedida ao profissional durante o período da licença. De acordo com Badinter (2011), os países escandinavos, a despeito da sua militância em prol do aleitamento materno, têm incentivado políticas que visam à promoção da igualdade entre os sexos no que tange à criação dos filhos. A Suécia, por exemplo, substituiu, desde 1974, a licença maternidade por uma licença parental, que “pode se prolongar em um total de 16 meses para um casal, ou seja, 480 dias, dos quais 390 indenizados em 80% do salário (e dois meses em 90%), com um teto de 2.500 euros mensais” (p. 126).<sup>91</sup>

Também segundo Kamerman (2012), nas nações ‘industrializadas’, algumas das principais tendências observadas, ainda nas décadas de 1980 e 1990, foram a elaboração de licenças parentais como suplementação à licença-maternidade preexistente e a ampliação das políticas de licença, que variam, entre os países, “em termos de critérios de elegibilidade, duração, níveis de benefícios, e procedimentos” (p. 1). Para a autora, tais iniciativas visam à criação de alternativas reais e viáveis da realização dos cuidados com a criança fora do lar e o fortalecimento de políticas familiares que sejam, de fato, instrumentos para a igualdade de gênero.

## 5.2. Desmame: uma transição silenciada

Consoante ao que alguns autores, como Hames (2006), verificaram na atenção à saúde, no âmbito da informação e comunicação o desmame raramente emerge como etapa tematizada da amamentação para além do seu aspecto nutricional. Mesmo nos materiais

---

<sup>89</sup> As informações foram coletadas no sítio oficial da instituição na internet.

<sup>90</sup> Atualmente, a licença paternidade no Brasil é de cinco dias corridos após o parto, garantidos por lei e remunerados.

<sup>91</sup> Ainda sobre o regime de licença parental na Suécia, Badinter (2011) destaca que o pai deve tirar, obrigatoriamente, um mês da referida licença, “do contrário este é deduzido da duração total acordada” (p. 126). O país concede, ainda, desde 1980, uma licença paternidade, que dá direito a dez dias suplementares com 80% do salário remunerados (até um teto máximo permitido).

recentes para profissionais, que ampliam o sentido da amamentação, o desmame permanece, na maioria das vezes, silenciado. Quando mencionado, em geral, o termo aparece como a interrupção prematura do aleitamento - ‘desmame precoce’ -, problema de saúde pública a ser enfrentado por meio das leis de proteção à amamentação, da informação e da educação nos serviços de saúde (BRASIL, 2009a, 2009b; BRASIL; UNICEF, 2007). Sua abordagem como processo intersubjetivo, com potenciais consequências e dificuldades para a mulher, a criança e seu entorno, não obtém maior atenção.

Uma exceção aparece no caderno *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar* (BRASIL, 2009b), voltado a profissionais das Equipes de Saúde da Família, que caracteriza a amamentação como “a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança” (p.9), ou seja, “muito mais do que nutrir a criança” (p.11). Sobre os períodos ideais de amamentação, o material reitera as recomendações estabelecidas na Declaração de *Innocenti*. Menciona também o desmame precoce, que poderia acontecer em decorrência de diversas situações: em função do choro do bebê sem que a mãe compreenda o motivo, o que deixaria as mulheres “tensas, frustradas e ansiosas” (p.29-30); em razão do uso de mamadeiras e chupetas (p.32); de fissuras e traumas nos mamilos (p.40); e da mastite (p.45). Ainda é citado o desmame que poderia acontecer, de forma espontânea e por iniciativa da criança, quando a mãe engravida novamente (p.50).

A publicação considera a importância de os profissionais de saúde serem sensíveis aos contextos em que ocorre a amamentação e entenderem a mulher como protagonista do processo de amamentar, “valorizando-a, escutando-a e empoderando-a” (p.11). Nela, o desmame é abordado nominalmente, como na afirmação: “vários estudos sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente (Kennedy, 2005)” (BRASIL, 2009b, p.12).

Mas é no item “Ajuda à dupla mãe/bebê no processo do desmame” (p.63-65) que a publicação fornece informações ausentes dos demais materiais e introduz a abordagem do desmame não como evento, mas como processo “que faz parte da evolução da mulher como mãe e do desenvolvimento da criança” (BRASIL, 2009b, p.63) e que culmina na cessação por completo do aleitamento materno. O material afirma que, na espécie humana, a amamentação é “fortemente influenciada por múltiplos fatores socioculturais” (p. 63) e que, nos dias atuais, ao contrário do que aconteceu ao longo da evolução da espécie, “a mulher opta (ou não) pela amamentação e decide por quanto tempo vai (ou pode) amamentar” (p. 63).

Mesmo admitindo que, nesses casos, o desmame não está relacionado apenas a fatores “genéticos” e “instintivos”, sendo fortemente influenciado por inúmeros fatores

socioculturais, o documento ressalta que “muitas vezes, as preferências culturais (não-amamentação, amamentação de curta duração) entram em conflito com a expectativa da espécie (em média, dois a três anos de amamentação)” (BRASIL, 2009b, p. 63) e defende explicitamente o desmame chamado “natural”:

O desmame deveria ocorrer naturalmente, na medida em que a criança vai adquirindo competências para tal. No desmame natural a criança se autodesmama, o que pode ocorrer em diferentes idades, em média entre dois e quatro anos e raramente antes de um ano. [...] A mãe também participa ativamente no processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade. (BRASIL, 2009b, p.63-64)

A criança é vista como protagonista do desmame, embora a mãe “também” seja participante ativa. O documento entende que, se a mulher, por qualquer circunstância, decidir desmamar, o profissional deve ouvi-la e acolhê-la, respeitando sua decisão. Mas a decisão da mulher de desmamar é, em geral, atribuída a pressões externas, como, por exemplo, os “mitos relacionados à amamentação dita ‘prolongada’” (BRASIL, 2009b, p.64).

Crenças de que aleitamento materno além do primeiro ano é danoso para a criança sob o ponto de vista psicológico, que uma criança jamais desmama por si própria, que a amamentação prolongada é um sinal de problema sexual ou necessidade materna e não da criança, e que a criança que mama fica muito dependente. (BRASIL, 2009b, p.64)

Na *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta* (BRASIL, 2010a), por sua vez, o desmame é silenciado por completo, permanecendo o questionamento quanto à duração total da amamentação e a como se dá, para a mulher, para a criança e também para o/a próprio/a empresário/a (que recebe a mulher no retorno ao trabalho), o fim dessa relação. Enquanto no material dirigido a profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2009b) há um item específico sobre o desmame, abordando questões como sinais de que existem condições para o desmame, ainda que somente do ponto de vista da criança, e oferecendo dicas de como proceder, na *Cartilha...* (BRASIL, 2010a), o desmame não é sequer mencionado. Quando trata de períodos ideais de aleitamento, o texto termina com a imprecisa orientação: “E lembre: é recomendável que você continue amamentando *até pelo menos os dois anos de idade*” (BRASIL, 2010a, p.22, grifo nosso).

Observamos que, nos discursos de promoção e orientação ao aleitamento materno, o desmame é, em geral, objeto de procedimentos de exclusão. Dos tipos de interdição identificados por Foucault (2000), é possível afirmar que ele sofre pelo menos dois: o ‘tabu do objeto’, sendo, na maioria das vezes, o que não pode ser dito, ou o *interdito*; e o ‘ritual da circunstância’, que determina que só se deve falar sobre ele em determinadas instâncias

sociais, como, por exemplo, no âmbito da formação do profissional de saúde, mas não quando o objetivo é informar as próprias mulheres sobre amamentação.

Tal observação corrobora os achados de Hames (2006), que, em pesquisa sobre representações maternas do desmame de crianças maiores de 2 anos de idade, apontou “a escassez de estudos que abordam o processo de amamentação prolongada e desmame enquanto parte do amamentar bem-sucedido na perspectiva da mulher” (p.22). Ela observou que “o período do desmame traz, embutido em seu simbolismo, uma série de tabus e preconceitos que levam a mulher, muitas vezes, ao abandono em termos assistenciais” (p.20-21). Esse abandono advém, para a autora, da excessiva valorização, pelos serviços de saúde, das normas convencionalmente utilizadas da puericultura, nas quais os componentes biológicos sobrepõem-se aos sociais.

Também precisamos pontuar que o termo desmamar [*des + mama + ar*], cujas definições são “apartar do leite; fazer deixar de mamar; superar o período da amamentação” (FERREIRA, 2010, p.243), tem a mesma raiz da palavra amamentar. Ambas contêm o núcleo ‘mama’ e significam/produzem sentidos a partir dele. Por isso, o desmame, assim como a amamentação, refere-se a uma relação entre os corpos de mãe e bebê, e o prefixo ‘des’ indica uma ruptura - que é física, mas também emocional, psicológica, social – da criança em relação ao seio materno e a tudo a ele relacionado.

Acreditamos que, ao menos em parte, a interdição ao desmame nos materiais se origina do imaginário que se refere à complexidade dessa íntima relação com o seio e com as sensações vinculadas ao corpo, tanto o corpo da mulher/mãe quanto o do bebê. Desde as considerações de Freud (1972), todo um campo de conhecimento passou a considerar a amamentação como estabelecimento de uma relação erógena entre mãe e filho(a), sendo o seio materno o primeiro “objeto sexual fora do corpo do próprio infante” (p.228) e a relação do bebê com a mãe que amamenta, o protótipo, para o indivíduo, de todas as suas relações amorosas posteriores. Segundo Queiroz (2005), diversos estudiosos ressaltaram que a relação instituída por meio da amamentação é, também para a mãe, uma experiência repleta de sensações sexuais, decorrentes principalmente do reflexo fisiológico gerado pela sucção do seio pelo bebê.

Outra característica observada na análise dos materiais dirigidos aos profissionais de saúde é que, quando os discursos abordam as vantagens nutricionais e imunológicas da amamentação, costumam fazer uso da referência a diversos estudos científicos (BRASIL, 2009b, p.13-17). No entanto, quando se trata de abordar a amamentação e o desmame em seus aspectos psicossociais, o mesmo material citado (BRASIL, 2009b) faz afirmações sem

menção a referenciais teóricos e fontes, como, por exemplo, a psicanálise, que tem ampla produção sobre o tema (DOLTO, 2001; WINNICOTT, 1985; FREUD, 1972; entre outros).

Um exemplo pode ser observado no trecho abaixo:

*Acredita-se* que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho *certamente* fortalecem os laços afetivos entre eles [...]. Além disso, quando a amamentação é bem sucedida, mães e crianças *podem estar* mais felizes [...]. (BRASIL, 2009b, p.18, grifos nossos)

Ao mencionar a possível influência da amamentação no fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho, o discurso do documento nos remete à tradição do campo da psicologia, sobretudo da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento, por meio da sua teoria do apego ou *bonding* (BOWLBY, 2006). Tais contribuições teóricas ressaltavam a importância do cuidado materno para o desenvolvimento mental saudável do bebê, relacionando a qualidade das interações estabelecidas pela criança em seus primeiros meses e anos de vida, principalmente com a mãe, ao seu desenvolvimento emocional considerado “normal” ou “anormal”.

No entanto, o material aborda esse referencial sem citá-lo explicitamente. Fazendo isto, convoca esse discurso como aliado sem, no entanto, comprometer-se com ele, como fica evidenciando na escolha das expressões ‘*acredita-se*’, ‘*certamente*’, ‘*podem estar*’. Diferentemente das vantagens ‘orgânicas’, em relação às quais o material faz afirmações categóricas baseadas em evidências científicas, nesse caso suas afirmações soam inseguras e pouco assertivas. Nesse sentido, embora considerações oriundas do campo da psicologia estejam fortemente impregnadas no discurso, ele, em si, parece-nos silenciado como voz ativa, uma vez que não assume o papel de sujeito da enunciação, mas é falado por meio do discurso médico adotado pela política pública sem qualquer referência específica.

Ainda sobre aspectos subjetivos da amamentação, o material afirma que:

A mãe deve ser orientada a responder prontamente às necessidades do seu bebê, não temendo que isso vá deixá-lo “manhoso” ou “superdependente” mais tarde. Carinho, proteção e pronto atendimento das necessidades do bebê só tendem a aumentar a sua confiança, favorecendo a sua independência em tempo apropriado. (BRASIL, 2009b, p.30)

Também os enunciados transcritos acima ‘dialogam’ com considerações da psicologia do desenvolvimento e da psicanálise, proferidas por diversos autores, sobre a importância do vínculo emocional entre mãe e filho, que ocorre nos primeiros meses de forma particular por meio da amamentação, e acerca do papel da mãe no estabelecimento da confiança e da saúde mental da criança. Como afirmou Bowlby (2006), “através do orgulho e carinho materno para com seus pequenos membros [durante os rituais do banho e do vestir], o bebê apreende seu próprio valor” (p. 8).

No entanto, entendemos que, nesse trecho, a psicanálise – mais uma vez, sem ser explicitamente referenciada – é convocada também como discurso concorrente, anterior ao discurso proferido pelo MS. Trata-se de outro discurso, o que aborda o desmame como processo que interfere, decisivamente, no processo de subjetivação do indivíduo e deve ser conduzido pelos pais como parte da tarefa do adulto na relação com a criança. Winnicott (1985), por exemplo, afirma que a interdição colocada pelo desmame tem, de fato, o papel de introduzir a criança na experiência da frustração do desejo. Por isso mesmo, “não se trata apenas de fazer o bebê admitir outros alimentos, ou saber usar uma xícara, ou de usar ativamente as mãos para comer. Inclui o processo gradual de demolição de ilusões, que é uma parte da tarefa dos pais” (WINNICOTT, 1985, p. 94).

Também Queiroz (2005) ressalta que a passagem da criança da relação mediada pelo substancial (o leite engolido) para a comunicação pelo sutil (na qual outras pessoas além de mãe e bebê podem ser introduzidas), que ocorre por meio do desmame, é natural no seu processo de desenvolvimento e socialização.

É o circuito de desejo que vai da boca ao seio que é transformado em circuito de comunicação mais sutil, que a criança vai também erogeneizar: olfato, audição, visão, sendo a linguagem a mais sutil das formas de comunicação. Assim, mesmo que o desejo da criança não seja satisfeito, ele é reconhecido e valorizado. O pai, os irmãos, as irmãs o reconhecem como capaz de comunicar, e ele entra na comunicação com a sociedade. (QUEIROZ, 2005, p. 178)

Ao dizer “A mãe deve ser orientada a responder prontamente às necessidades do seu bebê, *não temendo que isso vá deixá-lo ‘manhoso’ ou ‘superdependente’ mais tarde*”, o material trabalha com a existência de discursos que o precedem e apontam para uma possível relação entre a disponibilidade excessiva da mãe e a superdependência da criança no futuro. Trata-se, pois, da manifestação de um discurso concorrente, com o qual esse discurso oficial do MS polemiza. Quando afirma, ainda, que “Carinho, proteção e pronto atendimento das necessidades do bebê *só* tendem a aumentar a sua confiança, favorecendo a sua independência *em tempo apropriado*”, o material parte de algum já dito sobre o assunto, contra o qual ele argumenta, enfaticamente, que esses elementos ‘*só*’ tendem a aumentar a confiança da criança e favorecem a sua independência ‘em tempo apropriado’. Mas que ‘tempo apropriado’ seria esse?

Nesse sentido, o material (BRASIL, 2009b) defende o que chama de “desmame natural”, ou seja, aquele que acontece por iniciativa da criança quando ela se sente pronta. Para Winnicott (1985), no entanto, ainda que algumas crianças possam desmamar sozinhas, na maior parte dos casos, o desmame deve ocorrer por iniciativa da mãe, que é capaz de

refletir sobre os motivos que justificam um bebê ser desmamado. O autor acreditava que a mãe devia ser corajosa o bastante para suportar a cólera do bebê no processo de desmame, entendendo que se ele tivesse sido amamentado com êxito, sentir-se-ia satisfeito de ser desmamado no devido tempo, “especialmente quando isso é acompanhado pela vasta ampliação do seu campo de experiências” (WINNICOTT, 1985, p.92).

Também para Dolto (2001), partiria da mãe a ação do desmame. Ao se deparar com os gritos e o mal-estar causados no bebê desmamado, ela tentaria consolá-lo ou compensá-lo de outras formas, encontrando, no que a autora chama de ‘comunicação linguageira’ com a criança, “uma introdução à atenção do outro: o pai, os irmãos e irmãs, consoladores e interlocutores substitutos, aliados da mãe que vêm revelar ao bebê um mundo social” (p. 67-68). A psicanálise é, portanto, uma das vozes que compõem a polifonia desses discursos, certamente uma voz a quem, nesse momento, os discursos oficiais sobre aleitamento materno procuram se contrapor, apostando na estabilização de determinados sentidos sobre a amamentação e o desmame e no silenciamento de outros possíveis.

Para Orlandi (2007), “há, pois, uma declinação política da significação que resulta no silenciamento como forma não de calar mas de fazer dizer ‘uma’ coisa, para não deixar dizer ‘outras’. Ou seja, o silêncio recorta o dizer” (p. 53). Partindo da consideração da autora, propomos algumas reflexões: será que a própria mãe seria incapaz de compreender o processo do desmame como explicado no material dirigido aos profissionais? Ou o MS entende que ela necessitaria da mediação do profissional de saúde para tomar suas próprias decisões, ciente das implicações destas para a sua vida, a de seu(sua) filho(a) e da sua família? Ou ainda: será que, de modo geral, o desmame precisa permanecer silenciado ou reduzido em sua abordagem nos materiais oficiais na busca de evitar a polissemia, de “recortar o dizer”, delimitando os sentidos e valorizando somente os que convergem para os objetivos da política pública?

## CONCLUSÃO

Esta tese teve como ponto de partida inquietações a respeito dos sentidos e silêncios produzidos nos discursos contemporâneos de promoção e orientação ao aleitamento materno. Na época, ainda no longínquo ano de 2009, parecia estranho haver excesso de informação circulante acerca dos benefícios de amamentar, e, por outro lado, escassez de informação sobre os desafios da prática, as possíveis ambiguidades maternas com relação a ela e quase nada que pudesse ser útil a uma mãe de primeira viagem sobre o processo de desmame e suas implicações tanto para a criança quanto para a mulher e seu entorno – leia-se companheiro (no caso de ele existir), outros filhos, família, trabalho e relações sociais de modo geral.

Hoje, após cerca de cinco anos de pesquisas e da análise dos materiais descrita nestas páginas, já não parece estranho Mas continua digno de nota que a maior parte dos materiais oficiais sobre a prática continue a enfatizar sua importância para a saúde da criança, sendo a ‘amamentação’ tratada, na maior parte dos casos, sob a ótica do ‘aleitamento materno’.

Em lugar de um processo intersubjetivo complexo, que possui, potencialmente, desdobramentos psíquicos e sociais para todos os envolvidos, prevalece a visão de uma relação predominantemente instrumental: a de que cabe à mulher fornecer ao/a seu/sua filho/a o melhor alimento, ao mesmo tempo seguro, mais completo do ponto de vista nutricional e com valor imunológico inestimável. Sem esquecer o papel da prática no fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê.

Não se trata de uma realidade específica brasileira. O aleitamento materno é hoje uma prática intensamente estimulada pelas organizações internacionais e por políticas públicas nacionais em diversos países como estratégia de saúde pública que influencia, decisivamente, na redução das taxas de morbimortalidade infantil e no incremento da saúde da criança. E isto não é, ainda, um ‘privilegio’ das chamadas nações ‘em desenvolvimento’. Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, entre outros também presenciam um movimento em prol da adoção maciça da amamentação. Nesses países, assim como no Brasil, os discursos se encontram pautados, em grande medida, no valor do leite materno para o bebê e a criança (corroborado por inúmeras evidências científicas produzidas em várias partes do mundo), e, mais recentemente, nos riscos potenciais advindos da não amamentação, como o maior acometimento por doenças na infância e, em longo prazo, por doenças como obesidade e diabetes.

Se, durante a forte empreitada da indústria alimentícia de produção de fórmulas infantis que teve lugar, desde o início do século XX (REA, 1990), em países da Europa e nos Estados Unidos, uma das apropriações é que o corpo da mulher foi gradativamente visto como



desnecessário e mesmo incapaz de garantir a alimentação e a qualidade de vida do seu bebê, na era em que vivemos, ao contrário, o corpo da mulher torna-se, novamente, objeto de regulações, mas agora como instrumento necessário à garantia da saúde da criança por meio da adoção do aleitamento materno nos moldes apregoados pelos governos e organizações internacionais.

A atual condição da mulher, conformada também por meio dos discursos contemporâneos pró-aleitamento materno, guarda semelhanças com a configuração forjada pelas estratégias históricas do capitalismo na organização dos sexos. Como destacou Luz (1982), em meio a um contexto de dominação, surge “o *lar*, como *situs* institucional do casamento, e a *maternidade*” (p. 11, grifos da autora). Ambos são, segundo a autora, “formas históricas de definir as funções prioritárias da mulher na sociedade capitalista (desde o seu início), assimilando, por um mecanismo ideológico, a um aspecto ‘natural’ biopsíquico, funções que são na realidade sócio-políticas” (p. 11).

Junto ao imperativo do aleitamento materno como prática que deve obter alcance universal, vem um modelo de maternidade caracterizado por uma responsabilização da mulher por todo e qualquer risco a que sua prole possa estar submetida e por uma necessidade cada vez maior de profissionais e conhecimentos especializados em ajudar às mães na criação e educação dos filhos. Segundo Wall (2001), nas últimas décadas, a amamentação se transformou na “medida da mãe”, determinando se sua conduta materna está ou não correta de acordo com os padrões socialmente valorizados. Essa espécie de ‘valorização imperativa’ tem implicações não apenas para a criança, mas para a mãe e seu entorno familiar e social mais amplo -, parecendo, em determinados momentos, estar distante da percepção das mães sobre a realidade do aleitamento. Nossos resultados, neste trabalho, permitem-nos concluir que a dimensão materna e da mulher para além da maternidade também ainda não foi devidamente incorporada ao processo de produção de campanhas e demais materiais de comunicação oficiais em nosso país.

### **Outros achados relevantes**

A análise dos 26 materiais selecionados, bem como a leitura dos demais materiais e o contato com outros discursos (como os das entrevistas realizadas com gestores do Ministério da Saúde) também nos permitiu compreender alguns aspectos que merecem destaque. Com relação às condições de produção dos materiais analisados, constatamos que:

1) Estes têm sua produção centralizada no órgão central, o Ministério da Saúde (MS), o que dificulta que se leve em conta, ao menos no que tange à produção *stricto sensu*, os diferentes contextos regionais e locais existentes no Brasil e que interferem nas práticas (culturais) relacionadas à amamentação, bem como cria entraves à circulação dos materiais em tempo hábil para as campanhas da Smam, por exemplo, em razão das falta de recursos do MS para uma distribuição direta para as secretarias de saúde dos municípios;

2) Sua concepção está centrada, sobretudo, nos profissionais: gestores e profissionais de saúde. São poucas as instâncias da sociedade civil presentes ao Comitê Nacional de Aleitamento Materno (Cnam), por exemplo, com destaque para organizações de mulheres que atuam em defesa do aleitamento materno e não, especificamente, numa perspectiva feminista, que segue sub-representada;

3) A premissa básica – que norteia o processo de produção dos materiais – ainda está calcada na ideia de que a informação é responsável pela mudança de comportamentos, predominante no campo da saúde pública. Tradicionalmente, os usuários não são ouvidos sobre temas e abordagens que caberia representar nos materiais. O modelo de comunicação adotado é, de modo geral, o desenvolvimentista, em contraposição a um modelo mais dialógico, que convida os usuários a discutirem as questões de seu interesse e contribuírem com seu ponto de vista. Os anúncios e cartilhas dirigidos à população ainda estão pautados no modelo tradicional de educação/comunicação, ou seja, de um emissor que transmite uma mensagem para o receptor. Trata-se, portanto, de uma comunicação predominantemente vertical e unidirecional (ARAÚJO, 2004);

4) No mesmo sentido do ponto anterior, o MS não costuma realizar pesquisas com a população com relação a esses materiais, nem mesmo no caso das campanhas, o que surpreende uma vez que, ao menos no campo da publicidade, propaganda e *marketing*, pesquisas com o chamado ‘público-alvo’ são usuais. No caso específico do aleitamento materno, o órgão não realiza pesquisas nem antes e nem depois da elaboração/veiculação dos materiais, o que demonstra certo desinteresse, por parte do poder público, em avaliar a qualidade e a efetividade de seus materiais, bem como a satisfação de seus potenciais destinatários com seu formato e conteúdo.

No que tange à análise dos materiais propriamente dita, que se deu por meio de alguns conceitos provenientes Análise de Discurso na sua corrente denominada Teoria dos Discursos Sociais (VERÓN, 2004) ou Semiologia dos Discursos Sociais (PINTO, 1994, 1999; ARAÚJO, 2000), observamos que:

1) A mensagem oficial sobre amamentação vem se construindo com base em alguns imperativos que se apresentam enfaticamente, por exemplo, em peças das campanhas da Smam analisadas. A mãe é persuadida a amamentar com base, sobretudo, na publicização dos atributos do leite materno e seu caráter indispensável à saúde da criança. No caso específico das campanhas, as mensagens seguem, de modo geral, os padrões “preconizados” pelo discurso publicitário – texto com teor imperativo, normativo, prescritivo, tratando apenas do que mãe e família devem fazer em relação à amamentação e, por isso mesmo, não favorecendo a possibilidade de uma interação de significados entre percepções maternas e discurso especializado da saúde pública. Assim, que mãe haveria de negar, voluntariamente, a seu/sua filho/a o acesso ao “que há de mais natural”, “ao que há de melhor”, “ao melhor alimento”, ao ato que traz, com ele, “mais saúde, carinho e proteção”, “um ganho para a vida toda” e mesmo “o futuro”? Que mãe poderia se contrapor a fornecer ao seu bebê todos os benefícios atualmente associados ao leite materno e à prática da amamentação, ato tão natural que faz parte orgânica de sua função materna, que é biológica, mas também social?

2) Grande parte dos discursos presentes nos materiais de promoção e orientação ao aleitamento materno produzidos pelo MS permanece focada no conceito da amamentação como um dever biológico da mãe para com seu/sua filho/a. Assim, os discursos oficiais acabam por naturalizar a amamentação e o desmame, tomando-os como processos e comportamentos eminentemente biológicos e que fazem parte de um papel natural e social da mulher na sociedade. Como apontamos anteriormente, ao longo do processo que elegeu a prática como ‘questão nacional’ e a fez objeto de política pública, a partir da sua apropriação e controle por parte das instâncias de poder social, como a medicina e o Estado<sup>92</sup>, o ‘aleitamento materno’ se sobrepôs à ‘amamentação’, tornando-se a terminologia hegemônica nos discursos. Tal sobreposição – de uma expressão linguística sobre a outra – implica a valorização ou destaque de determinados sentidos, em detrimento de outros, temporariamente apagados ou ofuscados. Isto se infere do fato de que as razões convocadas a compor a argumentação em prol do aleitamento são, em sua maioria, de cunho instrumental, valorizando, prioritariamente, as inúmeras vantagens que a mãe poderá *proporcionar ao bebê* por meio da amamentação;

3) Tal abordagem do processo de amamentação deixa transparecer o modelo adotado pela política brasileira para o setor, cujo cerne parece ser o fornecimento do leite materno, em regime exclusivo até 6 meses de vida e complementado por 2 anos de idade ou mais, com o

---

<sup>92</sup>Como explicitado anteriormente, tal processo teve início na virada do século XVIII para o XIX na Europa e cerca de um século mais tarde no Brasil.

intuito de contribuir, sobretudo, para a saúde física das crianças. Em decorrência disso, a) a mulher e sua perspectiva sobre a amamentação são negligenciados, restando pouco espaço para discutir os sentidos partilhados pelas próprias mulheres, desde a sua opção por amamentar até suas motivações para dar continuidade ou encerrar o aleitamento; e b) a amamentação como experiência complexa, incluindo o desmame, é pouquíssimo explorada, o que nos fez compreender que o silenciamento do desmame está relacionado, intrinsecamente, aos sentidos sobre amamentação privilegiados nesses materiais;

4) A mulher é, constantemente, objetivada nos discursos, especialmente naqueles dirigidos a ela e à população em geral. Decorre disso sua posição secundária no processo de amamentação e desmame. A criança é vista como protagonista do desmame, embora a mãe “também” seja participante ativa, o que pôde ser observado, por exemplo, no documento dirigido a profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2009b), que, embora afirme que, se a mulher, por qualquer circunstância, decidir desmamar, o profissional deve ouvi-la e acolhê-la, respeitando sua decisão, esta decisão de desmamar é, em geral, atribuída a pressões externas e não ao desejo legítimo da mulher e seu direito sobre o próprio corpo;

5) Fazem-se presentes discursos seculares e outros mais recentes – da religião (do sagrado), da natureza (do biológico), da saúde (da ciência e do risco), do compromisso moral (da divisão sexual do trabalho), do dever cívico (da eugenia), da beleza (da feminilidade) e da psicologia – que, muitas vezes, atuam reforçando o papel secundário da mulher na sociedade e acentuando as desigualdades de gênero. Em geral, tais discursos contribuem para ‘naturalizar’ a ideia de que cabe à mulher o cuidado com os filhos e afastam o homem do exercício mais amplo de sua função paterna, para além do ‘apoio’ à mulher. Determinados aspectos desses discursos podem ser considerados um retrocesso com relação, por exemplo, à proposta do Paism (1984), que, ao contrário, colocava em destaque – e também em xeque – as relações desiguais de gênero que interferiam na saúde reprodutiva da mulher, inovando nos formatos e conteúdos dos materiais, cuja produção se baseava, em grande medida, no produto das discussões em grupos educativos com mulheres.

Ao mesmo tempo, precisamos ressaltar que tal cenário não é estático. Ao contrário, percebemos, por meio da análise dos materiais, das entrevistas e da consideração do contexto mais geral, que existem tensões atuando o tempo todo por/nesses discursos. Tensões provenientes das próprias contradições enfrentadas pelo MS em suas diferentes políticas setoriais, tensões que se relacionam aos distintos grupos sociais envolvidos na defesa da causa e seus também distintos interesses, tensões que são, também, discursivas e se refletem na própria alternância do uso dos termos amamentação e aleitamento materno. O terreno é

movediço e as posições não estão dadas, fixamente estabelecidas. Aí percebemos, de forma particular, a força e a importância dos discursos e sua tentativa de estabilizar sentidos como elemento essencial da disputa social pelo poder.

De acordo com a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS, algumas das questões apontadas neste trabalho vêm sendo pensadas, nos últimos anos, pelo órgão. A inclusão mais efetiva da perspectiva da mulher está na pauta, embora ainda faltem pesquisas consistentes, tanto para a produção de novos dados sobre a situação do aleitamento materno no país quanto, principalmente, acerca da recepção dos discursos oficiais pelos seus destinatários, fato apontado pela própria coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do MS. Também o tema da articulação entre áreas do Ministério da Saúde tem sido tratado com destaque de acordo com ela. A implantação da Rede Cegonha é um exemplo de coordenação conjunta saúde da mulher e saúde da criança que vem dando bons resultados na avaliação do MS. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac) e a Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta são outras que têm avançado no sentido de uma maior articulação da política de aleitamento materno não somente com outras áreas dentro do próprio MS, mas com outros ministérios e setores da sociedade.

Ao mesmo tempo, a reformulação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), com base no entendimento de que a unidade de saúde credenciada deveria ser acolhedora não apenas para a criança, mas também para a mãe e para o pai, implicou uma interação com as coordenações de saúde da mulher e do homem, cuja importância na gestação, parto, amamentação e cuidado com os filhos vem sendo gradativamente enfatizada. A criação da Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, por sua vez, também contou com a colaboração da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher na sua concepção e, nas oficinas realizadas nos estados para capacitação para a estratégia, as coordenações de saúde da mulher das secretarias são convidadas a participar.

Fora dos limites do Ministério da Saúde, também presenciamos provas concretas de que o Brasil vem apostando em mudanças concretas, tanto no que diz respeito a dar condições sociais, por exemplo, para a aclamada ‘amamentação exclusiva por seis meses’, quanto em aspectos relacionados à compreensão da paternidade e de seu lugar no cuidado e educação dos filhos. Nesse sentido, podemos mencionar a aprovação e regulamentação da ampliação da licença maternidade para seis meses para servidoras públicas federais (em 2008) e funcionárias de empresas privadas que aderirem ao Programa Empresa Cidadã (em vigor desde 2010); e, por outro lado, projetos de lei em tramitação que visam à extensão da licença paternidade (para quinze dias consecutivos sem prejuízo do emprego e salário) e a criação de

licenças parentais no país. De acordo com matéria<sup>93</sup> da Empresa Brasileira de Comunicação (EBC), cerca de vinte projetos sobre licença paternidade estavam em análise na Câmara dos Deputados (em agosto de 2013, época de redação do texto). Há, ainda, a recente aprovação, pelo Senado nacional, de projeto que altera o Código Civil e regulamenta – e prioriza – a guarda compartilhada entre pai e mãe em casos de separação, entendendo que o tempo de convivência dos filhos com os pais deve ser dividido de forma mais ‘equilibrada’, bem como devem ser compartilhadas as decisões acerca da criação e educação da criança<sup>94</sup>.

### **Para onde apontamos**

Nossos achados, no decorrer da pesquisa, nos permitem propor alguns questionamentos que buscam, sim, provocar o leitor a pensar a amamentação – e o imperativo atual do aleitamento materno – a partir de sua desnaturalização, ou, como sugerimos no primeiro capítulo, da sua historicização. Sem desconsiderar os avanços, de fato, alcançados na redução da mortalidade infantil no país desde o estabelecimento de uma política pública direcionada à questão do aleitamento materno, consideramos necessário pontuar algumas questões que ainda carecem de reflexões e ações mais enfáticas.

Assim como, nas primeiras décadas do século XX, o discurso sanitário da higiene esteve vinculado a uma retificação moral (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006) das classes pobres/trabalhadoras, em nossos dias, os novos discursos em prol da amamentação dirigidos às massas assumem também uma função moralizadora, em vistas de uma unidade familiar burguesa que parece se desintegrar, em um país onde 37,3% domicílios são chefiados por mulheres (IBGE, 2010).

Ao lado disso, caminhando em paralelo ao interesse na saúde da população, inclusive como força de trabalho (o que também carrega o viés da economia), existe um interesse diretamente econômico do Estado brasileiro, por vezes, explícito, no sentido de reduzir os gastos com alimentos industrializados para manutenção/auxílio dessas classes sociais historicamente menos favorecidas. Assim, a política voltada ao aleitamento ao aleitamento materno, em diversos momentos, deixa de considerar, em prol da saúde da criança, aspectos

---

<sup>93</sup> Matéria assinada por Bruna Ramos. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2013/08/licenca-paternidade-de-cinco-dias-destoa-da-configuracao-atual-de-familia>>. Acesso em: 25 dez. 2014.

<sup>94</sup> Fonte: Matéria “Senado aprova projeto que prioriza guarda compartilhada”, publicada em 26/11/2014, no Portal G1. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2014/11/senado-aprova-guarda-compartilhada-mesmo-sem-acordo-entre-os-pais.html>>. Acesso em: 31 jan. de 2015.

como a saúde psíquica e a vida social da mulher quando se trata da sua escolha ou não de amamentar ou de manter a amamentação por dois anos ou mais.

Por outro lado, entendemos que o objetivo de incentivar cada vez mais mulheres a amamentar nos padrões preconizados pela OMS/Unicef influencia uma atitude dos discursos oficiais de conceder maior visibilidade a uma produção científica que privilegia evidências que corroborem a tese da superioridade do aleitamento materno e dos períodos ideais de aleitamento. Desse modo, tal objetivo também obscurece controvérsias – tanto do ponto de vista das evidências, propriamente ditas<sup>95</sup>, quanto de estudos de cunho sociológico que problematizem determinados aspectos dos discursos atuais a favor do aleitamento materno e pesquisas qualitativas que apontem a perspectiva de mulheres e outros atores, como o pai, por exemplo, sobre a prática.

Consideramos necessário ressaltar, ainda, que, se a saúde da criança é uma prioridade para o Estado brasileiro, e o cuidado com seu desenvolvimento na chamada primeira infância é visto como tão primordial, é tempo de avançar em políticas familiares que estendam a licença-paternidade (para além dos cinco dias garantidos por lei) e criem licenças parentais, como já existem em países como Suécia, Portugal e outros, no sentido de tornar mais equânime a divisão do bônus e do ônus oriundos da criação dos filhos entre mulheres e homens.

Também no âmbito específico do campo da informação, educação, comunicação e saúde, é possível – e benéfico – continuarmos a questionar a permanência do uso de campanhas, nos moldes da propaganda, como estratégia de ‘mobilização social’ do MS. De modo geral, a forma de produção dos materiais educativos nessa área não tensiona o saber autorizado nem busca construir novos saberes a partir da interação com a perspectiva dos usuários, o que reitera um modelo de comunicação ultrapassado, sobretudo hoje, em época de redes sociais.

Nesse sentido, Castiel e Vasconcellos-Silva (2006) defendem a ideia de que o ato educativo, em um novo modelo de educação para a saúde, estaria despido de um caráter de “conscientização individual, de crítica individual, como vem sendo empreendido nos modelos tradicionais. Em vez disso, deveria voltar-se para a construção de um pensamento-ação coletivo que se articule com os diversos discursos, na busca incessante por uma

---

<sup>95</sup> Como os exemplos citados no Capítulo 4, que correlacionam o aleitamento materno sob livre demanda com um aumento na incidência de cáries após o nascimento dos primeiros dentes (MOURA; MOURA; TOLEDO, 2006) ou indicam que a amamentação prolongada pode gerar maior risco de sensibilização para alergias alimentares (BREW et al., 2012).

responsabilidade conjunta” (p. 105). Os autores propõem, assim, que seja criado um espaço de conversação, troca e partilhas que permita construir um conhecimento permeado pelas perspectivas individuais e coletivas de uma questão de saúde, como, no caso do nosso estudo, a amamentação em suas múltiplas nuances. Entendemos que, deste modo, os discursos seriam, abertamente, objetos de tensões e correlações de força e estariam, de fato, em processo de construção coletiva.

Ainda que no que tange aos discursos, consideramos importante problematizar a não realização de pesquisas – especialmente de natureza qualitativa – que objetivem compreender os limites e possibilidades desses materiais e avaliar sua ‘efetividade’ junto aos distintos segmentos da população afetados, demonstrando seu negligenciamento no processo de produção *stricto sensu* desses materiais. Ao entendermos, como Martín-Barbero (1995), a recepção não como uma simples etapa, mas o lugar de repensar todo o processo de comunicação, consideramos que as pesquisas que enfoquem o processo de produção de sentidos por aqueles que são destinatários potenciais de determinado discurso são de fundamental importância para sua avaliação.

### **Contribuições para o campo**

Esta é uma tese de natureza interdisciplinar desde o seu embrião, e que se encontra, não por acaso, gestada no interior de um programa de pós-graduação que assim se propõe. Não se trata de um estudo que pretende pensar a amamentação na perspectiva da saúde, da comunicação, da psicologia ou dos Estudos de Gênero isoladamente. Trata-se de um estudo que busca trazer para a discussão distintas vozes, oriundas das mais variadas áreas do conhecimento. Esse olhar necessariamente polifônico, acreditamos, agrega novas nuances à produção acadêmica sobre a amamentação e as políticas e discursos atuais acerca do tema, propondo um debate mais profícuo dentro do campo necessariamente interdisciplinar que se mostra a saúde em nossos dias.

Uma das suas contribuições é, certamente, agregar a discussão dos Estudos de Gênero à abordagem da temática das políticas e dos discursos atuais sobre aleitamento materno no campo da saúde. Esperamos construir, por meio deste trabalho, uma fala menos monocórdica do que, muitas vezes, temos presenciado no cenário nacional. Enquanto fora do país o tema tem motivado fervorosos debates, sobretudo dentro dos chamados Estudos de Gênero, em países com Estados Unidos, Canadá, França e Grã-Bretanha, entre outros, no Brasil a produção acadêmica crítica com relação aos discursos e políticas contemporâneas pró-



aleitamento materno e seus desdobramentos na perspectiva da mulher ainda é tímida, embora venha se mostrando crescente, principalmente por meio da discussão sobre novos modelos de maternidades (e paternidades).

Em relação ao debate mundial envolvendo a amamentação, é interessante notar que, nos Estados Unidos, a recomendação adotada pela *American Academy of Pediatrics* (Academia Americana de Pediatria) é de que o aleitamento materno seja estendido até, pelo menos, 1 ano de idade da criança, e não os 2 anos ou mais preconizados pela OMS/Unicef e pelo Ministério da Saúde brasileiro. No entanto, é desse país que se originam muitas das reflexões que problematizam os discursos contemporâneos sobre maternidade e amamentação numa perspectiva de gênero. Também na Grã-Bretanha, Lee (2011) afirma que, a despeito das orientações oficiais sobre alimentação infantil, muitas mulheres alimentam seus bebês com fórmulas ainda nas primeiras semanas após o parto. Nesse sentido, a autora propõe uma revisão de pesquisas publicadas neste século “que se engajam criticamente em relação ao mantra 'O peito é melhor' e à associada expansão de programas oficiais de promoção da amamentação”<sup>96</sup> (LEE, 2011, p. 1058).

Embora existam grupos feministas, de vertente mais naturalista, empenhados em estabelecer relações cada vez mais sólidas entre a amamentação e a saúde reprodutiva da mulher, entendendo-a como um direito e uma forma de afirmação por parte da mulher da sua própria feminilidade perante a sociedade, a maioria dos trabalhos consultados ao longo do desenvolvimento desta tese indica um caminho mais crítico em relação, sobretudo, aos discursos oficiais e políticas públicas dirigidas a essa temática, geralmente associada à saúde da criança como foco principal.

Em nosso país, se consideramos a forte defesa governamental do aleitamento materno como política, que se estende por diversas estratégias, sobretudo no âmbito da atenção materno-infantil, presenciamos um debate público ainda muito frágil, a despeito da crescente contribuição dada por autoras e autores do campo da saúde, das ciências sociais e dos estudos de gênero. Esperamos que as indagações, resultados e considerações provenientes desta tese possam ser úteis, dando maior visibilidade aos trabalhos desenvolvidos, tanto no Brasil quanto em outros países, e fomentando uma discussão mais plural a respeito da amamentação e de suas implicações para a mulher, abrangendo questões como saúde, subjetividade, trabalho, sexualidade e seus múltiplos papéis na sociedade contemporânea.

---

<sup>96</sup> *This article reviews research published this century that engages critically with the mantra 'Breast is Best' and the associated expansion of official breast-feeding promotion programmes.*

Outra contribuição é a reflexão que adota uma concepção mais ampla, profunda e complexa da comunicação como processo que reflete as lutas sociais ao mesmo tempo que também as engendra. Este trabalho atua no sentido de se somar a uma produção que busca agregar um novo olhar ao campo da saúde acerca da comunicação, em sentido mais amplo, e, de modo particular, dos materiais educativos, vinculado à premissa de que o interlocutor é co-produtor de sentidos (a partir de seus próprios contextos), e não simplesmente alguém que precisa de informações para adotar determinado comportamento. Como destacaram Araújo e Cardoso (2005), o destinatário dessas mensagens quer “ter a possibilidade de também se expressar e se fazer ouvir, e não apenas receber. Ou seja, ser considerado um 'interlocutor', alguém que tem algo a dizer, e não um mero receptor” (p. 114).

Tal argumentação vem ao encontro da ideia da comunicação como um componente essencial do direito à saúde, conforme demarcou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que “reconhecia que o pleno exercício do direito à saúde implicava em garantir a educação, a informação, a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde” (OLIVEIRA, 2004, p. 57). Essa nova concepção do lugar da comunicação na saúde certamente influenciou as determinações das conferências seguintes, como a 11ª e a 12ª, realizadas, respectivamente, em 2000 e 2003, que apontaram “a importância estratégica das ações de comunicação e informação para garantir a participação e o controle social da sociedade nas ações e nas políticas públicas de saúde” (OLIVEIRA, 2004, p. 57).

Esperamos que as análises empreendidas neste trabalho possam contribuir para lançar reflexões sobre o real papel da comunicação – por meio dos materiais de promoção e orientação ao aleitamento materno – para as mães que “consomem/produzem sentidos” (sobre) essas mensagens na sociedade atual. Pelo fato de, muitas vezes, elas serem secundarizadas no discurso, em detrimento das necessidades do bebê e das implicações da não amamentação para este, percebe-se a carência de uma abordagem mais ampla de todo o processo, que se proponha a abranger a complexidade e os diferentes contextos que envolvem os discursos e as práticas do aleitamento materno e, principalmente, do papel da mulher como sujeito dessa experiência.

Este trabalho aponta a necessidade de aprofundar a reflexão sobre a formulação de uma abordagem mais polifônica do processo de amamentação nos materiais e discursos oficiais em defesa da prática. Uma abordagem que não opte por focar a atenção em um “emissor” ou um “receptor”, entendendo a comunicação como um fluxo com dois polos bem definidos, mas que, assumindo as diferenças e desigualdades de poder discursivo entre os

diversos atores sociais, veja cada interlocutor, ao mesmo tempo, como “agente e espaço de negociação dos sentidos” (ARAÚJO, 2004, p.171), negociação que está na base de todo processo comunicacional.

Não se trata de uma tarefa fácil – esta de “considerar a polifonia reinante supõe uma tolerância à diversidade, algo que não é muito bem visto quando se tem como cenário os contextos institucionais que, via de regra, produzem ações de intervenção” (ARAÚJO, 2003, p. 51). Principalmente porque não é nada ‘tranquilizador’ o fato de “abrir mão do confortável lugar em que se ditam regras e modelos de comportamento para assumir uma concorrência e uma negociação contínua dos sentidos circulantes” (ARAÚJO, 2003, p. 51). Mas acreditamos que relativizar esse saber (bio)médico historicamente naturalizado como verdade nos discursos hegemônicos é ponto fundamental – e um começo necessário – para rediscutir o binômio amamentação-desmame sob outras óticas – inclusive a ótica do controle social sobre o corpo e a subjetividade da mulher – e trazer uma necessária polifonia ao campo da educação, informação, comunicação e saúde no âmbito das estratégias voltadas à promoção e orientação para amamentar.

A proposta de realizar ações de comunicação e saúde em uma perspectiva mais ampla e integradora de diversos saberes – inclusive das próprias mulheres/mães e suas famílias - na educação voltada para o processo de amamentação só poderá se constituir por meio de uma “atitude de escuta” das diversas vozes envolvidas nesse processo comunicacional e por uma percepção mais ampla da mulher enquanto lactante. Esta percepção permitirá a construção de uma atitude e um modelo de comunicação e saúde capaz de *ouvir* antes de aconselhar, de *incluir* as vozes do pai, de outros filhos e de demais familiares antes de prescrever, e, sobretudo, de *compreender* o contexto ao qual se dirige antes de atuar (CASTRO, 2006).

Reconhecemos que não existem situações, sobretudo quando falamos historicamente do campo da saúde, que envolvam uma ‘simetria de interlocução’. A “fala do especialista” tem sempre um peso diferenciado, por mais dialógico, em seus princípios, que se queira estabelecer esse processo de comunicação. No entanto, tais estratégias devem buscar superar o tradicional modelo emissor-mensagem-receptor, no qual o único papel do último é decodificar a mensagem, e de estabelecer uma aproximação com a proposta da “criação de *locus* de conversação como processos de partilhas intersubjetivas para construção de conhecimento sobre dimensões individuais e sociais” (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006, p. 105), nesse caso, da saúde.

O processo de amamentação se encontra imbricado em uma rede de valores envolvendo mulheres, suas famílias, profissionais de saúde e sociedade como um todo. Tal

configuração multidimensional exige “diferentes abordagens e intervenções para uma atuação efetiva na problemática que é o ser mãe, amamentar e desmamar o filho/a nos dias atuais” (Hames, 2006, p. 22). Novas e diferentes abordagens não apenas no que se refere à assistência direta prestada pelo profissional de saúde, mas também no âmbito das estratégias de educação, informação e comunicação adotadas pelo setor.

Esta tese, no entanto, é somente um fragmento do nosso “estranho objeto do desejo”. Por isso mesmo, algumas reflexões terão de ser semeadas mais para frente, destinadas a uma possível continuidade de vida acadêmica e/ou ao olhar de outros pesquisadores também curiosos e, sobretudo, empenhados em *problematizar* (e, por que não dizer, *intervir sobre*) os rumos que a maternidade e a amamentação – nesse lugar tão especial que ocupa – têm tomado em nossos dias.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Assistência integral à saúde da mulher: a ótica dos profissionais de saúde. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 22, n. 1, p. 7-18, jan./dez. 1996.
- AGUIAR, Janaína Marques de; SIMÕES-BARBOSA, Regina Helena. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, a. 22, n. 10, p. 2115-2123, out. 2006.
- ALENCAR, Sonia Maria Salviano Matos de. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: ISSLER, Hugo (Coord.). *O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas*. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 70-101.
- ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. 1998. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1998.
- ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. *Amamentação: repensando o paradigma*. Rio de Janeiro: [s.n], 1998.
- AMORIM, Suely Teresinha Schmidt Passos de. Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. Brasil (1960-1988). *Estudos Feministas*, Florianópolis, a. 16, n. 2, p. 581-598, maio/ago. 2008.
- APPLE, Rima D. Part Three. Scientific Motherhood. In: \_\_\_\_\_. *Mothers and medicine: A social history of infant feeding 1890-1950*. United States of America: The University of Wisconsin Press, 1987. p. 95-132.
- ARANTES, Esther Maria de Magalhães. Rostos de crianças no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Orgs.). *A arte de governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 153-202.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rui (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2005. p. 239-251.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. Verbete Comunicação e Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. p. 94-103.

ARAÚJO, Inesita Soares de; JORDÃO, Eduardo. Velhos dilemas, novos enfoques: uma contribuição para o debate sobre estudos de recepção. In: PITTA, Aurea Maria da Rocha (Org.). *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1995. p. 172-189.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v.8, n.14, p.165-77, set./fev. 2004.

ARAÚJO, Inesita Soares de. *A reconversão do olhar: Prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social*. São Leopoldo: Unisinos, 2000.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane (Org.). *Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ARAÚJO, Inesita. Razão polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social. *Perspec. ciênc. inf.*, Belo Horizonte, p. 46-57, jul./dez. 2003. Edição especial.

ARAÚJO, Raquel Maria Amaral; ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-438, jul./ago. 2007.

ARIÈS, Philippe. Da família medieval à família moderna. In: \_\_\_\_\_. *História Social da Criança e da Família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981. p. 225-271.

BADINTER, Elisabeth. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BADINTER, Elisabeth. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BAKHTIN, Mikhail. *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico da linguagem*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BENVENISTE, Émile. O aparelho formal da enunciação. In: \_\_\_\_\_. *Problemas de linguística geral*. São Paulo: Pontes, 1989. p. 81-90. (vol. 1).

BESSE, Susan K. *Modernizando a desigualdade: Reestruturação da Ideologia de Gênero no Brasil 1914-1940*. São Paulo: Edusp, 1999.

BOLTANSKI, Luc. *O corpo e as classes sociais*. São Paulo: Paz e Terra, 2004. (Obra original publicada em 1989)

BOURDIEU, Pierre. *A Dominação Masculina*. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. (Obra original publicada em 1998)

BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. (Obra original publicada em 1989)

BOWLBY, John. *Cuidados maternos e saúde mental*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promovendo o aleitamento materno*. 2. ed. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album\\_seriado\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf)>. Acesso em: 02 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno do Tutor da Rede Amamenta Brasil*. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\\_amamenta\\_brasil\\_caderno\\_tutor.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_caderno_tutor.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70\\_anos\\_historia\\_saude\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno do Tutor da Rede Amamenta Brasil*. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2. ed. Brasília, 2009c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf)>. Acesso em: 07 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mobilização social*. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30202](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30202)>. Acesso em: 06 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta*. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação*. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros: Situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros*. Brasília, 2010c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_aleitamento\\_municipios\\_brasileiros.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_aleitamento_municipios_brasileiros.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015: Resultados e Perspectivas*. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Promovendo o Aleitamento Materno*. 2. ed. Brasília, 2007.

BRASILEIRO, Aline Alves; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi; MARBA, Sérgio Tadeu Martins; POSSOBON, Rosana de Fátima. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 642-648, 2012.

BREW, B.K. et al Breastfeeding, asthma, and allergy: a tale of two cities. *Pediatr. Allergy Immunol.*, n. 23, p. 75–82, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 1, v. 5, p. 163-77, 2000.

CARDOSO, Janine Miranda. Textos que desafiam. In: \_\_\_\_\_. *Comunicação, Saúde e Discurso Preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas de Aids veiculadas pela televisão (1987-1999)*. 2001. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001. p. 27-74.



CARRASCOZA, Karina Camillo; COSTA JÚNIOR, Áderson Luiz; MORAES, Antônio Bento Alves de. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 4, p. 433-440, out./dez. 2005.

CORRÊA, Sonia. O conceito de gênero: teorias, legitimação e usos. In: BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jaqueline. (Org.) *O Progresso das mulheres no Brasil 2003-2010*. Rio de Janeiro: Cepia; Brasília: ONU Mulheres, 2011. p. 339-344. Disponível em: <<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/progresso.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Samtos. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. (Coleção Temas em Saúde).

CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. Educação em Saúde: da ortopedia moral à epidemiologia da desinformação. In: \_\_\_\_\_. *Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 83-105.

CASTRO, Marcelo José de. A mulher com dificuldades para amamentar: algumas considerações psicanalíticas. In: CASTRO, Lílian Mara Consolin Poli de; ARAÚJO, Lylian Dalete Soares de (Org.) *Aleitamento materno: manual prático*. 2. ed. Londrina: MAS, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v. 9, n.16, p.161-168, 2005.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

DAVALLON, Jean. A mediação: a comunicação em processo? *Revista Prisma.com*. Porto, Portugal, n. 4, p. 3-36, 2007.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 3, n. 4, p. 105-122, 1999.

D'OLIVEIRA, Nora. *Lactancia materna prolongada: elementos para la reflexion*. Montevideo: Red Uruguaya de Apoyo a La Nutrición y Desarrollo Infantil; IBFAN, 2001.

DOLTO, Françoise. As imagens do corpo e seu destino: as castrações. In: \_\_\_\_\_. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2001. p. 49-171.

ESCOSTEGUY, Ana Carolina D. Os estudos de recepção e as relações de gênero: algumas anotações provisórias. *Ciberlegenda*, Rio de Janeiro, n. 7, p. 1-9, 2002.

FAIRCLOTH, Charlotte. Introduction. In: \_\_\_\_\_. *Militant Lactivism?: Attachment Parenting and Intensive Motherhood in the UK*. New York: Berghahn Press, 2013. p. 1-12.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Orgs.). *A arte de governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 33-96.

FAUSTO NETO, Antonio. A deflagração do sentido: Estratégias de produção e de captura de recepção. In: SOUSA, Mauro Wilton de. (Org.). *Sujeito, o lado oculto do receptor*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 189-222.

FEIN, Sara B.; ROE, Brian. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *American Journal of Public Health*, v. 88, n. 7, p. 1042-1046, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508266/pdf/amjph00019-0040.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2012.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. *Mini Aurélio: O dicionário da língua portuguesa*. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIORIN, José Luiz. Interdiscursividade e intertextualidade. In: BRAIT, Beth (Org.) *Bakhtin: outros conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2010. p. 161-193.

FISHER, Rosa Maria Bueno. Mídia e educação da mulher: uma discussão teórica sobre modos de enunciar o feminino na TV. *Estudos Feministas*, Florianópolis, a. 9, n. 2, p.586-599, 2001.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 8. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988. (vol. 1).

FREIRE, Maria Martha de Luna. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, p.199-225, dez. 2011. Suplemento.

FREUD, Sigmund. As transformações da puberdade. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. p. 213 - 252. (vol. 7).

FROHMANN, Bernd. O caráter social, material e público da informação. In: FUJITA, Mariângela Spotti Lopes; MARTELETO, Regina Maria; LARA, Marilda Lopes Ginez de. *A dimensão epistemológica da Ciência da Informação e suas interfaces técnicas, políticas e institucionais nos processos de produção, acesso e disseminação da informação*. São Paulo: Cultura Acadêmica; Marília: Fundepe, 2008. p. 13-36.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Papel da Sociedade Brasileira de Pediatria na Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. In: ISSLER, Hugo (Coord.). *O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas*. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 115-117.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. *Desmame: fatos e mitos*. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=89&id\\_detalhe=1845&tipo\\_detalhe=S](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=89&id_detalhe=1845&tipo_detalhe=S)>. Acesso em: 20 ago. 2010.

GONDRA, José; GARCIA, Inára. A arte de endurecer “miolos moles e cérebros brandos”: a racionalidade médico-higiênica e a construção social da infância. *Revista Brasileira de Educação*, n. 26, p. 69–182, maio/ago. 2004.

GRUPPI, Luciano. *O conceito de hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HAMES, Maria de Lourdes Campos. *Amarras da liberdade: representações maternas do processo de amamentação - desmame de crianças com idade superior a dois anos*. 2006. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HAYS, Sharon. *Contradições culturais da maternidade*. Rio de Janeiro: Gryphus, 1998.

HRDY, Sarah Blaffer. *Mãe Natureza: Uma visão feminina da evolução: Maternidade, filhos e seleção natural*. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p.40-61, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010: Nupcialidade, Fecundidade e Migração: Resultados da amostra*. Rio de Janeiro, 2010a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010: Resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro, 2010b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Departamento da População e Indicadores Sociais: Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil*. Rio de Janeiro, 1999.

JOLY, Martine. Imagem Protótipo. In: \_\_\_\_\_. *Introdução à Análise da Imagem*. Campinas: Papirus, 1996. p. 69-114.

KALIL, Irene Rocha; COSTA, Maria Conceição da. Entre o direito, o dever e o risco: olhares de gênero sobre amamentação. *Revista PerCursos*, Florianópolis, v. 14, n. 27, p. 07–32, jul./dez. 2013.

KALIL, Irene Rocha; COSTA, Maria Conceição da. “Nada mais natural que amamentar”: Discursos contemporâneos sobre aleitamento materno no Brasil. *RECIIS: R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 01-13, dez. 2012.

KALIL, Irene Rocha; FERRAZ, Luiz Marcelo Robalinho; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Da intenção ao gesto: aproximações e distanciamentos entre informações oficiais e percepções maternas sobre amamentação. *Diálogos de la Comunicación*, n. 88, p. 1-18, jan./jun. 2014.

KAMERMAN, Sheila B. Políticas de licença maternidade, licença paternidade e licença parental: impactos potenciais sobre a criança e sua família. *Compton Foudation Centennial Professor Columbia University, United States of American*, p. 1-4, mar. 2012. Disponível em:

<[http://www.encyclopediacrianca.com/documents /KamermanPRTxp1-Licenca.pdf](http://www.encyclopediacrianca.com/documents/KamermanPRTxp1-Licenca.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2014.

KELLY-SANTOS, Adriana; ROZEMBERG, Brani. Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, a. 22, n. 5, p. 975-985, maio 2006.

KNAACK, Stephanie J. The Problem with Breastfeeding Discourse. In: *Canadian Journal of Public Health*, v. 97, n. 5, p.412-414, set./out. 2006. Disponível em <<http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/download/700/700>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

KUKLA, Rebecca. Ethics and Ideology in Breastfeeding Advocacy Campaigns. *Hypatia*, v. 21, n. 1, p. 157-180, 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1527-2001.2006.tb00970.x/pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

LEE, Ellie. Breast-Feeding Advocacy, Risk Society and Health Moralism: A Decade's Scholarship. *Sociology Compass*, v. 5, n. 12, p. 1058-1069, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-9020.2011.00424.x/full>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

LEMOS, Fernanda. “Se deus é homem, o demônio é [a] mulher!”: A influência da religião na construção e manutenção social das representações de gênero. *Revista Ártemis*, v. 6, p. 114-124, jun. 2007.

LUHMANN, Niklas. Publicidade. In: \_\_\_\_\_. *A realidade dos meios de comunicação*. São Paulo: Paulus, 2005. p. 83-91.

LUZ, Madel T. O lar e a maternidade: instituições políticas. In: \_\_\_\_\_ (Org.). *O lugar da mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 9-31.

LUZ, Madel T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MARCONDES, Danilo. *Filosofia, Linguagem e Comunicação*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARINHO, Fernanda. A simbologia cristã e pagã no início do Quinhentos italiano: um estudo de caso. *Concinnitas*, Rio de Janeiro, a. 8, v. 2, n. 11, dez. 2007.

MARQUES, Marília Bernardes. *Discursos médicos sobre seres frágeis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MARTELETO, Regina M.; VALLA, Victor V. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, 2003. Edição especial. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/issue/view/17>>. Acesso em: 30 abr. 2011.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. América Latina e os anos recentes: o estudo da recepção em comunicação social. In: SOUSA, M. W. de. (Org.). *Sujeito, o lado oculto do receptor*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 39-68.

MARTINS, Aline de Carvalho. Paternidade: repercussões e desafios para a área da saúde. *Rev. Gênero*, Niterói, v. 10, n. 1, p. 239-250, 2009.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARTINS, Elisa Justo; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Which women breastfeed for 2 years or more?. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, a. 88, n. 1, p. 67-73, 2012.

MATOS, Auxiliadôra Aparecida; LOPES, Maria de Fátima. Corpo e gênero: uma análise da revista TRIP Para Mulher. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 61-76, jan./abr. 2008.

MATOS, Maria Izilda Santos de. Corpo: âncora de emoções: trajetórias, desafios e perspectivas. *Opsis*, v. 7, n. 8, p. 11-32, jan./jun. 2007.

MATOS, Maria Izilda Santos de. Em nome do engrandecimento da nação: representações de gênero no discurso médico: São Paulo 1890-1930. *Diálogos*, Maringá, v. 4, n. 4, p. 77-92, 2000.

MEYER, Dagmar Estermann. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, a. 57, n. 1, p. 13-8, jan./fev. 2004.

MEYER, Dagmar Estermann. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. *Movimento*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 33-58, set./dez. 2003.

MEYER, Dagmar Estermann. Pedagogias do aleitamento materno e produção de identidades de gênero. 2000. Disponível em: <[http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2000/Gestao\\_e\\_Políticas/Mesa\\_Redonda\\_-\\_Trabalho/02\\_01\\_38\\_4M3703 .pdf](http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2000/Gestao_e_Políticas/Mesa_Redonda_-_Trabalho/02_01_38_4M3703.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2014.

MICHAELIS: pequeno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MINAYO, Cecília. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_ (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-29.

MOLES, Abraham. *O cartaz*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

MONCORVO FILHO, Arthur. *Curso Popular de Hygiene Infantil*. [S. l.: s.n.], 1917. Disponível em: <[http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo9/02\\_Congresso\\_Americano\\_da\\_Creanca.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo9/02_Congresso_Americano_da_Creanca.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2014.

MONCORVO FILHO, Arthur. *Relatorio do Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia do Rio de Janeiro*. [S. l.: s. n.], 1904. Disponível em: <[http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo12/53\\_Relatorio\\_do\\_Instituto\\_de\\_Proteccao\\_e\\_Assistencia\\_a\\_Infan.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo12/53_Relatorio_do_Instituto_de_Proteccao_e_Assistencia_a_Infan.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2014.

MONCORVO FILHO, Arthur. *Algumas considerações sobre o problema da infancia*. [S. l.: s. n.], 1930. Disponível em: <[http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo7/14\\_Algumas\\_consideracoes\\_sobre\\_o\\_problema\\_da\\_infancia.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo7/14_Algumas_consideracoes_sobre_o_problema_da_infancia.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2014.

MONCORVO FILHO, Arthur. *Departamento da Creança no Brasil*. Relatório do anno de 1924. [S. l.: s. n.], 1925. Disponível em: <[http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo10/61\\_Departamento\\_da\\_Creanca\\_no\\_Brasil\\_Relatorio\\_do\\_Anno.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo10/61_Departamento_da_Creanca_no_Brasil_Relatorio_do_Anno.pdf)>. Acesso em: 2 abr. de 2014.

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Maria Spanó. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 146-150, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a18v15n1.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2012.

MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane. Apresentação. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). *Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 19-24.

MOTT, Maria Lúcia. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 16, p.199-234, 2001.

MOURA, Lúcia de Fátima Almeida de Deus; MOURA, Marcoeli Silva de.; TOLEDO, Orlando Ayrton. Cárie dentária em crianças que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *J. Appl. Oral Sci.*, v. 14, n. 1, p. 53-60, 2006.

MULLER, Mike. *The baby killer: A War on Want investigation into the promotion and sale of powdered baby milks in the Third World*. London: War on Want, 1974. Disponível em: <[http://www.waronwant.org/attachments/THE% 20BABY %20 KILLER%201974.pdf](http://www.waronwant.org/attachments/THE%20BABY%20KILLER%201974.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2013.

NAKANO, Ana Márcia Spanó. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 355-363, 2003. Suplemento.

NAKANO, Ana Márcia Spanó. Representações sociais da amamentação. In: ISSLER, Hugo (Coord.). *O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas*. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 605-610.

NOVAES, Joana V.; VILHENA, Junia de. De cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. *Interações*, Belo Horizonte, v. 8, n. 15, p. 9-36, jan./jun. 2003.

O’CONNOR, Richard A.; VAN ESTERIK, Penny. Breastfeeding as custom not culture: Cutting meaning down to size. *Anthropology Today*, v. 28, n. 5, p. 13-16, 2012.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 56-69, maio-ago 2004.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *As formas do silêncio: No movimento dos sentidos*. Campinas: Unicamp, 2007.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos*. Campinas: Pontes, 1999.



ORTNER, Sherry B. Is Female to Male as Nature Is to Culture?. *Feminist Studies*, v. 1, n. 2, p. 5-31, 1972.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no país. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento.

PERROT, Michelle. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, I. S. de; SOIHET, R. (Org.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Unesp, 2003. p. 13-27.

PIAZZALUNGA, Cleise dos Reis Costa; LAMOUNIER, Joel Alves. A paternidade e sua influência no aleitamento materno. *Pediatria*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 49-57, 2009.

PINTO, Milton José. Contextualizações. In: FAUSTO NETTO, Antonio; PINTO, Milton José (Org.). *O Indivíduo e as Mídias: ensaios sobre comunicação, política, arte e sociedade no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Diadorim, 1996. p. 162-176.

PINTO, Milton José. *Comunicação e Discurso: Introdução à análise de discursos*. São Paulo: Hacker, 1999.

PINTO, Milton José. *As marcas linguísticas da enunciação: esboço de uma gramática enunciativa do português*. Rio de Janeiro: Numen, 1994.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: \_\_\_\_\_ (Org.). *Saúde e Comunicação: Visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995. p. 239-266.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. *Comunicação social e saúde: reflexões introdutórias sobre o conceito e especulações acerca de suas implicações na estruturação de práticas institucionais*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

PONTES, Fernando Augusto Ramos et al. Teoria do apego: elementos para uma concepção sistêmica da vinculação humana. *Aletheia*, n. 26, p. 67-79, jul./dez. 2007.

QUEIROZ, Telma Corrêa da Nóbrega. *Do desmame ao sujeito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, João Pessoa, n. 24, p. 27-57, abr. 2006.

REA, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 37-45, 2003. Suplemento.

REA, Marina Ferreira. Substitutos do leite materno: passado e presente. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, n. 24, p. 241-249, 1990.

REA, Marina Ferreira et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 149-156, 1997.

RIPPEYOUNG, Phyllis L. F.; NOONAN, Mary C. Is breastfeeding truly free? The economic consequences of breastfeeding for women. In: *2009 ANNUAL MEETING OF POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA*. Detroit: Princeton, 2009. Disponível em: <<http://paa2009.princeton.edu/papers/91391>>. Acesso: 13 ago. 2012.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. A educação da infância: entre a família, a escola e a medicina. *Educ. rev.*, v. 26, n. 1, p. 235-261, 2010.

RODRIGUES, José Carlos. *Tabu do Corpo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

ROMANI, Jacqueline Pitanguy de. Mulher: Natureza e Sociedade. In: LUZ, Madel T. (Org.). *O lugar da mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 59-71.

ROSO, Adriane. Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-397, abr./jun. 2000.

SANDRE-PEREIRA, Gilza. Amamentação e sexualidade. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 467-491, jul./dez. 2003.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Unesp, 2004.

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface: Comunic., Saúde, Educ*, Botucatu, v. 5, n. 8, p.47-60, 2001.

SERAFIM, Deise; LINDSEY, Prescilla Chow. O aleitamento materno na perspectiva do pai. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 1, n. 1, p. 19-23, jan. 2002.

SHIMIZU, Helena Eri; PAMELA, Ximena; SANCHEZ, Mauro Niskier. Representações Sociais do SUS: Um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral. *Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 6, n. 3, p. 295-306, abr. 2012.

SILVA, Antônio Augusto Moura da. *Amamentação: fardo ou desejo?: Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira*. 1990. 236 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SILVA, Gabriela Martins; RASERA, Emerson Fernando. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. *Hist. cienc. Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 61-76, 2014.

SILVA, Helena Maria de Lima e. *O estudo do aleitamento materno a partir do olhar da mulher: A (des)mistificação da mãe biológica*. 1990. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1990.

SMITH, Paige Hall. Is it just so my right? women repossessing breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, v. 3, n. 12, p. 1-6, 2008. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/pdf/1746-4358-3-12.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

SOUSA, Mauro Wilton de. Recepção e comunicação: a busca do sujeito. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Sujeito, o lado oculto do receptor*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 13-38.

SOUSA, Carolina Belomo; ESPÍRITO SANTO, Lilian Córdova; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Politique publique de soutien à l'allaitement maternel: l'expérience du Brésil. *La Santé de l'Homme*, n. 408, p. 34-36, jul./ago. 2010.

STEPAN, Nancy Leys. *"A Hora da Eugenia": Raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

STEPHANOU, Maria. Imagens em cartaz: propaganda sanitária e educação. [S. l.: s. n.], 2004. Disponível em: <[http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2004/Mesa\\_Redonda/Mesa\\_Redonda/12\\_08\\_55\\_IMAGENS\\_EM\\_CARTAZ\\_PROPAGANDA\\_SANITARIA\\_E\\_EDUCACAO.pdf](http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2004/Mesa_Redonda/Mesa_Redonda/12_08_55_IMAGENS_EM_CARTAZ_PROPAGANDA_SANITARIA_E_EDUCACAO.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2014.

TAYLOR, Erin N.; WALLACE, Lora Ebert. For shame: feminism, breastfeeding advocacy, and maternal guilt. *Hypatia*, v. 27, n. 1, p. 76-98, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1527-2001.2011.01238.x/pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

TERRA, Kenner R. C. A construção da mulher perigosa...: A leitura do Mito dos Vigilantes nas tradições judaicas e cristãs. *Oracula*, a. 4, n. 8, p. 182-200, 2008.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. “Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 235-246, 2008.

TORO, José Bernardo; WERNECK, Nísia Maria Duarte Furquim. *Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação*. [S. l.]: Unicef, 1996. Disponível em: <[http://www.aracati.org.br/portal/pdfs/13\\_Biblioteca/Publicacoes/mobilizacao\\_social.pdf](http://www.aracati.org.br/portal/pdfs/13_Biblioteca/Publicacoes/mobilizacao_social.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2011.

FUNDO NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização Pan-Americana de Saúde. “Módulo 3 – Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 horas para Equipes de Maternidade”. In: \_\_\_\_\_. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

VAZ, Paulo et al. O fator de risco na mídia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 145-163, jan./abr. 2007.

VENÂNCIO, Renato Pinto. Maternidade negada. In: PRIORE, Mary Del. (Org). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2010. p. 189-222.

VENANCIO, Sonia Isoyama; MONTEIRO, Carlos Augusto. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, n. 1, v. 1, p. 40-9, 1998.

VENANCIO, Sonia Isoyama. Epidemiologia do aleitamento materno no Brasil: Tendência no período de 1975-1999. In: ISSLER, Hugo (Coord.). *O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas*. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 37-41.

VERÓN, Eliseo. *Fragmentos de um tecido*. São Leopoldo: Unisinos, 2004.

VERÓN, Eliseo. *A produção do sentido*. São Paulo: Cultrix, 1980.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VILHENA, Junia de.; MEDEIROS, Sergio; NOVAES, Joana de Vilhena. A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 109-144, mar. 2005.

WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. *Revista bras. Hist.*, São Paulo, v.19, n. 37, set. 1999.

WALL, Glenda. Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse. *Gender & Society*, v. 15, n. 4, p. 592-610, ago. 2001. Disponível em: <<http://gas.sagepub.com/content/15/4/592>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

WEINER, Lynn Y. Reconstructing Motherhood: The La Leche League in Postwar America. *The Journal of American History*, v. 80, n. 4, p. 1357-1381, mar. 1994.

WINNICOTT, Donald Woods. O desmame. In: \_\_\_\_\_. *A criança e o seu mundo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 89-94.

WOLF, Jacqueline H. Got milk? Not in public! *International Breastfeeding Journal*, v. 3, n. 11, p. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/pdf/1746-4358-3-11.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

WOLF, Joan B. Is breast really best? Risk and total motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign. *J Health Polit Policy Law*, v. 32, n. 4, p. 595-636, 2007. Disponível em: <<http://jhppl.dukejournals.org/content/32/4/595.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

WOLF, Mauro. *Teorias da Comunicação*. Disponível em: <[http://webdav.sistemas.pucminas.br:8080/webdav/sistemas/sga/20121/485465\\_Teorias%20da%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20Mauro%20Wolf.pdf](http://webdav.sistemas.pucminas.br:8080/webdav/sistemas/sga/20121/485465_Teorias%20da%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20Mauro%20Wolf.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2013.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. Division of Mental Health. *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva, 1994.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTOR ALEITAMENTO MATERNO/MS

Identificação

Formação profissional –

Função que ocupa –

Desde quando atua na função -

- 1) Como é composta atualmente a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (Atscam)? [Que categorias profissionais atuam nesse setor?]
- 2) Como é composta a Coordenação de Aleitamento Materno da Atscam? Quais profissionais atuam na Coordenação? [De onde vieram? Por quê? Quando?]

#### SOBRE AS CAMPANHAS SMAM:

- 3) Como são elaboradas as campanhas da Semana Mundial da Amamentação (Smam)? [Que áreas do MS participam desse processo? Quem define a concepção? Como são definidos os objetivos e o público-alvo das campanhas? Como se dá a distribuição dos materiais?]
- 4) E as madrinhas que apoiam as campanhas, como é feita essa escolha?
- 5) O MS costuma fazer algum tipo de consulta à população antes da elaboração ou após a circulação das campanhas?
- 6) Como a Coordenação afere os “resultados” da campanha, se ela “funcionou” ou não? Como é feita essa avaliação?

#### SOBRE OS MATERIAIS DE ORIENTAÇÃO (CADERNOS, CARTILHAS, MANUAIS):

- 7) Quem participa da elaboração dos materiais de orientação para profissionais de saúde e população?
- 8) Como são decididos os assuntos que devem ser tratados em materiais de orientação ao aleitamento materno?
- 9) Que assuntos ou abordagens são vistos como mais importantes na elaboração de materiais para profissionais de saúde e na orientação de mulheres e famílias?
- 10) Por que encontramos mais materiais de orientação voltados a profissionais de saúde do que dirigidos à população/mulheres?

- 11) Há setores ou grupos da sociedade civil que costumam participar mais de parte da elaboração desses materiais?
- 12) Como são selecionados os referenciais teóricos e a bibliografia que consta dos materiais?
- 13) Como você avalia os avanços observados e os desafios a superar no que tange à Política de Promoção, Proteção e Apoio ao AM brasileira e, especificamente, à comunicação do MS nessa área?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTOR PUBLICIDADE/MS**

Identificação

Formação profissional –

Função que ocupa –

Desde quando atua na função / Como chegou aqui -

- 1) Como é o fluxo das campanhas da Semana Mundial da Amamentação (Smam) desde a concepção até a distribuição dos materiais?
- 2) Já houve alguma participação da Área Técnica de Saúde da Mulher na elaboração das campanhas?
- 3) Qual o objetivo das campanhas e quem o define?
- 4) Quem você entende como público-alvo dessas campanhas?
- 5) A cada ano, a campanha conta com uma “madrinha”. Qual o objetivo dessa prática e como é feita a escolha?
- 6) Quem define os textos e imagens das peças da campanha e que tipo de materiais serão produzidos?
- 7) O MS se utiliza de alguma forma de consulta à população antes da elaboração das campanhas anuais?
- 8) E, após a sua distribuição, o MS afere se a campanha “funcionou” ou não? Como é feita essa avaliação? O MS realiza alguma pesquisa de recepção da campanha pelo público-alvo ou pela população em geral?



## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O/A Sr/Sr<sup>a</sup> está convidado/a a participar da pesquisa *Materiais oficiais de promoção do aleitamento materno e percepções de mães sobre a experiência da amamentação: uma análise comparativa*, sob a responsabilidade da pesquisadora Irene Rocha Kalil, aluna do curso de doutorado do Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica, da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz). A pesquisa, com finalidade exclusivamente científica, vai investigar os sentidos sobre amamentação/desmame propostos nos materiais oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros. Ressaltamos que, por meio de sua participação, o/a Sr/Sr<sup>a</sup> estará contribuindo para a reflexão sobre a dinâmica de produção de manuais e campanhas contemporâneas voltados à prática da amamentação em nosso país, ampliando a compreensão sobre as práticas de informação e comunicação em saúde no âmbito do aleitamento materno.

Sua participação é voluntária, não implica despesa ou envolve remuneração e não implica riscos significativos. Ela se dará por meio de entrevistas realizadas por e-mail ou telefone (no caso de serem gravadas e transcritas, poderão ser submetidas a sua conferência, caso deseje).

Os selecionados para serem entrevistados nesta pesquisa são profissionais diretamente envolvidos com a gestão e a comunicação da área do Ministério da Saúde voltada ao aleitamento materno. Por possuírem informações relevantes para a pesquisa, que muitas vezes envolvem procedimentos e rotinas de trabalho e de mobilização social, consideramos que não será possível omitir a identidade destes depoentes. Informamos, assim, que, caso o/a Sr./Sr<sup>a</sup> concorde em participar, a sua identidade poderá ser revelada na publicização dos resultados da pesquisa.

Salientamos que, a qualquer momento, o/a Sr/Sr<sup>a</sup> terá o direito de esclarecer dúvidas e obter informações sobre qualquer aspecto referente à pesquisa, assim como interromper a sua participação, sem nenhum prejuízo ou penalidade.

A pesquisadora Irene Rocha Kalil poderá ser contatada na Fiocruz (Avenida Brasil, 4036/ sala 512, Mangueiras, RJ); pelos telefones (21) 99567-9839 e (21) 3882-9183 ou e-mail: [irenekalil@gmail.com](mailto:irenekalil@gmail.com).

Mais informações poderão ser obtidas na Gestão Acadêmica do Ict/Fiocruz (Avenida Brasil, 4036/ sala 210, Mangueiras, RJ; telefones (21) 3882-9033/9063) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV – cujo contato está citado no rodapé desta página.

Com a aceitação deste TCLE, o/a Sr/Sr<sup>a</sup> assume que tomou conhecimento da finalidade da pesquisa *Materiais oficiais de promoção do aleitamento materno e percepções de mães sobre a experiência da amamentação: uma análise comparativa*; leu este documento e esclareceu possíveis dúvidas. Confirma, também, que recebeu uma via assinada deste TCLE.

---

Assinatura do/a participante

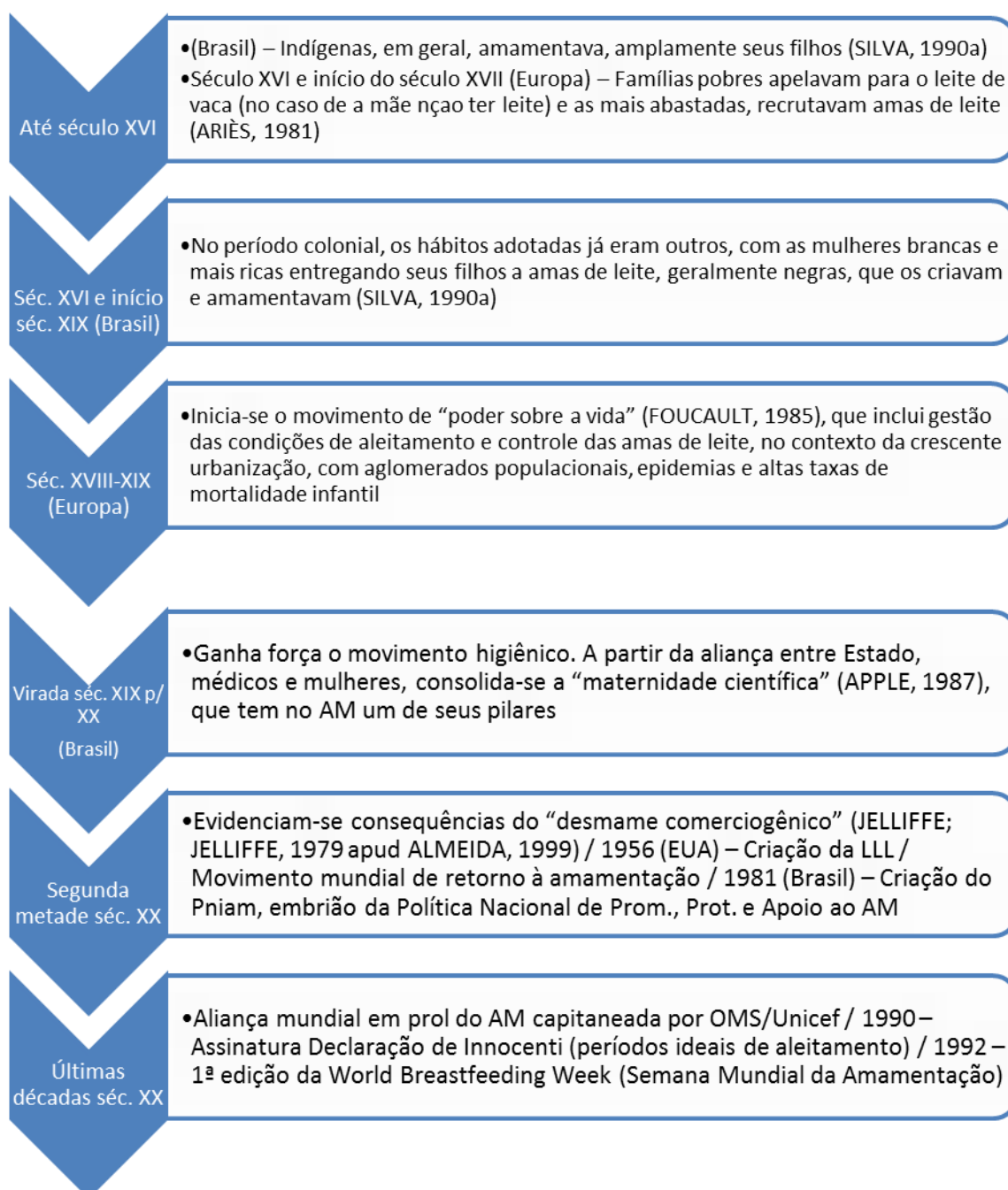
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável



## APÊNDICE E – LINHA DO TEMPO: DISCURSOS E PRÁTICAS DE AMAMENTAÇÃO



**APÊNDICE F – CD ROM**

- **Materiais analisados (em formato JPG ou PDF)**
- **Entrevistas transcritas na íntegra**

## ANEXO – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' website interface. The browser's address bar shows the URL: `aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisa.jsf`. The page header includes the 'Saúde Ministério da Saúde' logo and navigation links for 'principal', 'central de suporte', and 'sair'. The user is logged in as 'IRENE ROCHA KALIL - Pesquisador | V2.21'. The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and contains the following information:

**Dados do Projeto de Pesquisa**

- Título da Pesquisa: Materiais oficiais de promoção do aleitamento materno e percepções de mães sobre a experiência da amamentação: uma análise comparativa
- Pesquisador: IRENE ROCHA KALIL
- Área Temática:
- Versão: 1
- CAAE: 30585014.3.0000.5241
- Submetido em: 19/05/2014
- Instituição Proponente: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
- Situação: Aprovado
- Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Below the project details, there is a section for 'Documentos Postados do Projeto' which is currently empty. The Windows taskbar at the bottom shows the system clock as 14:38 on 27/12/2014.