

Revista
Latino-americana de

Geografia e Gênero

Volume 12, número 1 (2021)
ISSN: 2177-2886

Artigo

Itinerários de Cuidado, Apoio Social e a Vivência do Aleitamento Materno

*Itinerarios de Cuidado, Apoyo Social y la Vivencia de la
Lactancia Materna*

*Care Itineraries, Social Support and the Experience of
Breastfeeding*

Nadia Rafaela dos Santos Sato

Universidade Federal do Paraná - Brasil
nadia.nutri@hotmail.com

Rubia Carla Formighieri Giordani

Universidade Federal do Paraná - Brasil
rubiagiordani@gmail.com

Camila Muhl

Universidade Federal do Paraná - Brasil
came.muhl@gmail.com

Claudia Choma Bettega Almeida

Universidade Federal do Paraná - Brasil
clauchoma@gmail.com

Como citar este artigo:

SATO, Nadia Rafaela dos Santos; GIORDANI, Rubia Carla Formighieri; MUHL, Camila; ALMEIDA, Claudia Choma Bettega. Itinerários de Cuidado, Apoio Social e a Vivência do Aleitamento Materno. *Revista Latino Americana de Geografia e Gênero*, v. 12, n. 1, p. 129-159, 2021. ISSN 2177-2886.

Disponível em:

<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rlagg>

Itinerários de Cuidado, Apoio Social e a Vivência do Aleitamento Materno

Itinerarios de Cuidado, Apoyo Social y la Vivencia de la Lactancia Materna

Care Itineraries, Social Support and the Experience of Breastfeeding

Resumo

O objetivo desta investigação foi descrever experiências do ato de amamentar de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) de um município da região metropolitana de Curitiba, Brasil. Para tal, foram realizadas entrevistas em profundidade com 14 mulheres, desde uma perspectiva metodológica da fenomenologia que tem como foco a investigação das experiências vividas. A partir da coleta de dados, foi possível identificar e discutir as seguintes categorias de análise: a experiência de amamentar; as diferentes narrativas sobre o aleitamento materno; o itinerário de cuidado desenvolvido pela mãe e a rede de apoio. Demonstrou-se pelas narrativas como a amamentação é um processo que envolve tanto fatores singulares quanto aspectos sociais, culturais e históricos, e que as entrevistadas acionam os serviços de saúde na busca de cuidados bem como a família e os conselhos das pessoas próximas. A moralização e naturalização do ato de amamentar e seu reforço no sentido de conduta ideal materna, constituinte de uma natureza feminina, podem gerar cortinas de fumaça entre equipe de saúde e mulheres que amamentam. Ficam invisibilizados os desdobramentos subjetivos da experiência física, o trabalho de reelaboração do seu novo status social (lactante), as formas como interpreta e representa a experiência de amamentar. As narrativas encontradas revelam vivências de um corpo que assume um papel socialmente construído e reforçam que o contexto de vida deve ser considerado na abordagem do aleitamento materno a fim de não reforçar na mulher o peso da responsabilidade social, que muitas vezes é destacado no discurso biomédico.

Palavras-Chave: Aleitamento Materno; Itinerários de Cuidado; Apoio Social.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue describir las experiencias de lactancia materna de las mujeres que utilizan el Sistema Único de Salud (SUS) en un municipio de la región metropolitana de Curitiba, en Brasil. Con este fin, se realizaron entrevistas a 14 mujeres desde la perspectiva metodológica de la fenomenología, teniendo como objetivo investigar las experiencias vividas por ellas. A partir de la recopilación de datos, fue posible identificar y discutir las siguientes categorías de análisis: la experiencia de la lactancia materna; las diferentes narrativas sobre lactancia materna; el itinerario del cuidado desarrollado por la madre y la red de apoyo. Las narrativas demostraron que la lactancia materna es un proceso que involucra factores singulares y aspectos sociales, culturales e históricos, y que las entrevistadas utilizan los servicios de salud en busca de cuidado, así como la familia y el consejo de las personas más cercanas a ellas. La moralización y naturalización del acto de amamantar y su reforzamiento, como conducta materna ideal que constituye la naturaleza femenina, pueden generar cortinas de humo entre el equipo de salud y las mujeres que amamantan. El desarrollo subjetivo de la experiencia física, el trabajo de reelaborar su nuevo estado social (lactancia), las formas en que se interpreta y representa la experiencia de la lactancia materna, quedan ocultos o invisibles. Las narraciones revelan experiencias de un

Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida



cuerpo que assume un papel socialmente construido y refuerzan que el contexto de la vida debe ser considerado en el enfoque de la lactancia materna para no reforzar el peso de la responsabilidad social en las mujeres que, a menudo, es destaque en el discurso biomédico.

Palabras-Clave: Lactancia Materna; Itinerario de Cuidados; Apoyo Social.

Abstract

The aim of this investigation was to describe breastfeeding experiences of women users the Unified Health System (SUS) in a municipality of the metropolitan region of Curitiba, Brazil. To achieve this aim, 14 women were interviewed using the methodological perspective of phenomenology that focus on investigating lived experiences. The data gathered made it possible to identify and debate the following categories of analysis: the experience of breastfeeding; divergent narratives about breastfeeding; the care itinerary developed by the mother and the support network. The narratives showed that breastfeeding is an activity which involves singular factors as well as social, cultural and historical aspects, and that the interviewees are used to demanding the healthcare services for medical assistance as well as asking for help to family members and close friends' advice. The moralization and naturalization of the act of breastfeeding and the reinforcement of it as an ideal maternal conduct of a feminine nature can hamper the relationship between the health team and women who breastfeed. The subjective unfolding of physical experience, the work of remodeling their new social status (breastfeeding), the ways in which they interpret and represent the experience of breastfeeding remain invisible. Their narratives revealed experiences of a body that assumes a socially constructed role and reinforced that the life context should be considered in the approach of breastfeeding so as not to reinforce in women the weight of social responsibility, which is often highlighted in the biomedical discourse.

Keywords: Breastfeeding; Care Itineraries; Social Support.

Introdução

A prática do aleitamento materno é determinada por diversos fatores, e o contexto sociocultural da mãe e do bebê influenciam poderosamente no êxito na amamentação. A mulher precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e sentir-se amparada pela sua rede de apoio que pode envolver a equipe de saúde, se necessário, e a família, que exerce papel importante nesse processo (GIORDANI *et al.*, 2018).

Surge então a necessidade de conhecer a amamentação em outro campo, no das relações, em que será possível compreender a experiência vivida da mulher, vendo-a como sujeito único, e o que constitui esse evento na sua dimensão individual e também coletiva. Os significados da amamentação, que marcam a experiência de ser mulher, são atravessados por aspectos construídos culturalmente e manifestos no entorno familiar e comunitário (MONTEIRO, NAKANO, 2011). Assim, engendra-se uma relação entre o amamentar, a corporeidade e o espaço, que faz ser necessário investigar como gênero e sexualidade também se estruturam em consonância às relações geográficas, em especial permitem compreender o corpo no espaço doméstico (LONGHURST, 2008; JOHNSTON, 2018).

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**



Durante o pré-natal e puerpério, a mulher se debruça sobre um mundo de descobertas que trazem à tona dúvidas e certezas em relação ao cuidado da criança e, especificamente, ao ato de amamentar. Isto motiva a mulher a procurar orientações sobre aleitamento materno no sistema de cuidado em saúde que está a sua disposição. Segundo Kleinman (1978, 1981), esse sistema engloba três diferentes arenas, sendo elas: a arena profissional que é constituída pela medicina científica e ocidental e pelas profissões biomédicas; a arena popular (*folk*) que é composta por especialistas 'não oficiais' da cura e cuidado, como curandeiros, rezadores e benzedeadas; e a arena informal, que por sua vez, compreende o campo leigo, em especial as ações no contexto familiar (automedicação, conselhos, receitas caseiras, cuidados com a alimentação e outros atos não especializados).

A mulher que se encontra no processo de aleitamento pode se utilizar de qualquer uma dessas arenas e até mesmo de mais de uma simultaneamente para encontrar o cuidado de que necessita. O caminho desenvolvido, as ações tomadas e os profissionais e serviços que são acionados com esse objetivo recebem o nome de itinerário terapêutico.

O estudo sobre itinerários terapêuticos parte do pressuposto plural das formas de busca do enfrentamento dos problemas de saúde e tem como objetivo compreender como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas, aderem ou não aos tratamentos (ALVES, 2015). Considerando que o tema desta pesquisa não diz respeito à doença, mas compreende uma etapa do ciclo da vida humana, ou seja, a gestação e o processo do aleitamento materno, fez-se necessário um ajuste no conceito, adequando-o para o termo itinerário de cuidados (SCHEFFER *et al.*, 2009). Assim, no âmbito deste trabalho usaremos o termo itinerário de cuidados para nos referirmos a trajetória da gestante desde que se percebe grávida até o momento do puerpério em relação à vivência do aleitamento materno.

É importante salientar que esse itinerário de cuidado emerge sempre do espaço ocupado por essas mulheres e mães, e permite acionar o conceito de território. Conforme Lima e Yasui (2014), no contexto da saúde coletiva, o conceito de território está presente em inúmeras e diversas dimensões e sentidos, uma vez que existe uma íntima relação entre a produção de cuidado e o território no qual este cuidado é exercido. Por território é possível compreender um aglomerado vivo e dinâmico que inclui pessoas, ambiente, espaço, história, cultura, onde as pessoas desenvolvem suas vidas (MUHL; HOLANDA, 2018).

As trajetórias de amamentação podem ser apresentadas pelas mulheres por meio de suas narrativas, que revelam múltiplas experiências, destacadas por elas como relevantes (ALVES, 2015). Assim sendo, objetivou-se com esta investigação conhecer as experiências do ato de amamentar para mulheres

usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) de um município da região metropolitana de Curitiba. Para tal, apresentaremos a percepção feminina acerca do itinerário de cuidados oferecido pelo serviço de saúde em relação à vivência do aleitamento materno e descreveremos as redes de apoio social reconhecidas como significativas pelas mulheres e os papéis desses agentes sociais no processo do aleitamento como experiência social.

Metodologia

O delineamento do presente estudo se caracteriza pela abordagem social qualitativa dos processos de atenção e cuidado à saúde. Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa se preocupa em compreender e explicar as representações sociais, percepções, experiências, valores e significados envolvidos na saúde. Faz-se portanto, um tipo de abordagem dos processos em saúde bastante alinhado ao objetivo desta pesquisa a qual buscou investigar a experiência vivida do aleitamento materno.

O cenário social desta pesquisa em saúde se deu no município de Colombo que integra a região metropolitana de Curitiba. O município apresenta cerca de 243.726 habitantes e área aproximada de 197 km² com 95% da população residindo no meio urbano. Caracterizada como uma região com índice de desenvolvimento humano médio (0,733), uma renda média dos trabalhadores formais de 2,5 salários mínimos e PIB per capita de R\$19.939,76 (IBGE, 2019). Apresenta ainda características agrícolas herdadas dos imigrantes italianos, em que se estabelece sua economia, além do turismo rural e atividade extrativa mineral (COLOMBO, 2013).

O território das mulheres participantes da pesquisa e que narraram suas vivências de amamentar localiza-se em um bairro popular do município, o qual ainda apresenta um conjunto de problemas sociais relativos às transformações mais gerais nos espaços da região metropolitana da capital paranaense (CARMO, 2017). Caracterizam-se por dinâmicas sociais e econômicas que envolvem a periferização com moradias precárias sem saneamento básico e ausência de serviços, estrutura e políticas públicas insuficientes. As especificidades deste espaço habitado pelas participantes dessa pesquisa precisam ser consideradas como condicionantes de uma subjetividade corporificada. Subjetividade e espacialidade estão intimamente entrelaçadas de modo que os corpos tanto produzem espaço quanto são produzidos pelo espaço. Assim a maternidade é produzida de maneira diferente em diferentes lugares (LONGHURST, 2008).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi realizado o campo se enquadra na modalidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) e está localizada na área urbana do município. Apresenta abrangência de 12.976 usuários cadastrados, com equipe mínima de profissionais: um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e três agentes comunitários de saúde para cada uma das quatro áreas existentes. A unidade também contava, à época da pesquisa, com uma equipe do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal do Paraná, em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, a qual era composta por duas enfermeiras, duas nutricionistas e uma farmacêutica.

O território onde está adscrita a população delimitada no universo desta pesquisa, e que constitui-se em uma área de abrangência em que são configuradas as redes de atenção à saúde, agrega portanto dimensões sociais, políticas, econômicas, ambientais e no sentido detido neste estudo, são espaços de redes de relacionamento humano (GIDDENS, 1989, PEREIRA, BARCELLOS, 2006). São estas redes de trocas e suporte social intrincadas em práticas culturais em saúde que formam os amálgamas das práticas populares

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

em saúde e onde estão assentados os itinerários do cuidar da vida.

Para a tarefa metodológica, optou-se pela pesquisa fenomenológica, que privilegia o desvelamento da experiência e de seus significados, tal como explica Merleau-Ponty (2018, p. 1): a fenomenologia “é a tentativa de uma descrição direta de nossa experiência tal como ela é”. Foi no cotidiano da atenção à saúde, com as visitas domiciliares e a realização dos grupos de aleitamento que se deu a aproximação, a construção da relação para a pesquisa além da imersão das pesquisadoras no universo das mulheres envolvidas na experiência do aleitamento materno.

O corpus do material de pesquisa para a interpretação compreendeu dados coletados por meio de entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado. O método de entrevistas adotado inspirou-se no gênero da entrevista narrativa (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002). Constitui-se em uma interação direta e face a face dirigida por um roteiro (questões) que represente as hipóteses e os interesses de pesquisa e que permita e encoraje o sujeito que fala de comunicar e expressar a sua experiência de forma mais ou menos livre e aderente às suas preocupações e sentidos que atribui aos fatos narrados de sua vida social.

A amostra foi composta por 14 mulheres acompanhadas pelo serviço de saúde. A seleção das participantes se deu a partir da identificação de usuárias da UBS que atendessem aos seguintes critérios: ter sido acompanhada pela unidade de saúde, estar residindo na área de abrangência da mesma e lá ter realizado suas consultas de pré-natal, estivessem amamentando ou tivessem amamentado o bebê recentemente, o tempo após o parto ser inferior a seis meses e cuja idade não a classificasse como adolescente. Para os critérios de exclusão foram determinadas as condições que impedem a amamentação, que segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança (BRASIL, 2009) são: mães infectadas por HIV, HTLV1 e HTLV2, em uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação e mães de crianças com galactosemia.

A coleta de dados ocorreu no domicílio das mulheres selecionadas, por meio de entrevista gravada (após o consentimento), e posteriormente transcrita. Os dados foram suportados pelos registros da observação participante durante interações face a face com as participantes e registrado em diário de campo. Tendo em vista que a pesquisa é também um processo corporificado (PRZYBYSZ; SILVA, 2019), a presença no espaço onde estas mulheres habitavam foi fundamental para a coleta de dados, pois permitiu o encontro face a face entre pesquisadoras e participantes. Encontro este enraizado no território, e, portanto, potencializador de uma postura reflexiva que favoreceu perceber como esses corpos habitam espaços ao mesmo tempo em que esses espaços perpassam os corpos (LONGHURST, 2008).

Após leitura flutuante e sistemática do corpus, a abordagem fenomenológica no tratamento dos dados, que se dedica a descrição aprofundada das experiências relatadas (ZAHAVI, 2015), permitiu construir as seguintes categorias para a discussão dos resultados: A experiência do aleitamento; Narrativas sobre amamentar; Itinerários de cuidado e Rede de apoio.

Todos os aspectos éticos foram respeitados durante o processo de pesquisa, sendo este trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

Universidade Federal do Paraná, parecer número 1070864. Todas as participantes da pesquisa expressaram sua autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Característica das Participantes

As participantes da pesquisa tinham idade entre 20 e 42 anos, sendo nove com idade inferior a 30 anos. Em relação à escolaridade, nove haviam concluído o ensino médio, duas apresentaram o ensino médio incompleto, duas possuíam o ensino fundamental incompleto e uma informante o estava cursando. Dentre as quatorze mulheres, sete se autodeclararam ‘do lar’, e as outras sete indicaram ter um trabalho formal. A média de moradores na casa foi de cinco pessoas, com renda média familiar de dois salários mínimos, e duas entrevistadas declararam titularidade em programa do Governo Federal para transferência condicionada de renda. A maioria das entrevistadas (onze) declarou estar em uma união estável.

Quase metade do universo de participantes era mãe pela primeira vez, dez por parto normal, sendo onze dos partos realizados na maternidade local. Em relação ao número de consultas de pré-natal, das quatorze entrevistadas, treze declararam ter feito mais de seis consultas, o mínimo preconizado pelo protocolo do município, e apenas uma declarou ter feito apenas cinco consultas.

Experiência de Aleitamento Materno: os significados sociais

Segundo a perspectiva fenomenológica, as percepções e interpretações sobre o mundo ocorrem a partir daquilo que é vivido e, portanto, nesta experiência do “ser no mundo”, o corpo assume papel fundamental (GIORDANI, HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2020). É por meio da experiência corporal, que se agregam as várias dimensões da vida, material e espiritual, simbólica e social, com todas suas contradições e seus conflitos. Trata-se de uma experiência corporal, espacialmente localizada, que produz o corpo materno e o maternar, com todas as representações, compreensões e inscrições culturais, bem como, com as marcas de classe social, sexual, étnica, racial ou geracional (LONGHURST, 2008).

O corpo da mulher está marcado pela possibilidade de ser mãe. Essas marcas começam no plano biológico como possuir a capacidade de engravidar, ter útero e ovários, vagina, glândulas mamárias, mas passam para o campo social e cultural que ditam como uma mãe deve ser, tal como protetora e amorosa. Mesmo quando a mulher não consegue ter filhos ou opta por não tê-los, a sua relação com a maternidade atravessa a sua experiência no mundo. As distinções de gênero de cada sociedade partem de diferenças que são de ordem biológica, física, material dos corpos, mas que estão impregnadas de cultura e história. Assim, os padrões de gênero reforçam essas diferenças, e o que era para ser uma possibilidade passa a ser um destino: a mulher está destinada a ser mãe (ALBUQUERQUE, 2019).

Destas mulheres entrevistadas que já haviam tornado-se mães, pudemos

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**



ouvir as narrativas que revelam a riqueza da experiência de amamentar, possibilitando adentrar em questões subjetivas relacionadas a este fenômeno, para além do ato biológico e sua importância na nutrição e na saúde da criança. Emergiu nos discursos a concepção de completude humana feminina a partir da maternidade e da amamentação, por meio de uma conjunção natural entre o ser mulher e o ser mãe e conseqüentemente amamentar. D.P.N. traz em seu discurso a maternidade e o aleitamento materno como parte integrante do universo feminino:

Aonde eu trabalho só tem mulher, então é normal, a gente conversava muito sobre o leite, sobre gravidez... (DPN)

A entrevistada demonstra como faz parte da convivência entre mulheres o compartilhamento de experiências e opiniões sendo um momento da socialização feminina. A socialização diferenciada a partir do sexo biológico é justamente o que chamamos de padrões ou códigos de gênero, que são modelos internalizados que orientam as formas de ser mulher, e também de ser homem, e como essas duas experiências precisam ser distintas (ALBUQUERQUE, 2019). Assim E.G.F. revela que muitas experiências são comunicadas e divididas nestas situações de socialização entre mulheres:

Ah eu tinha dicas... Porque [...] tinha na turma bastante grávida... [...] mas eu fui a última a ter bebê. Ai eles davam as dicas pra mim. Como fazer assim... sabe” (EGF)

A conexão do feminino com a maternidade inflete na realização de papéis sociais pela mulher (GIORDANI *et al.*, 2018). Esta construção social e histórica da natureza, do gênero feminino e da identidade de mulher está essencialmente ligada à maternidade (PATIAS; BUAES, 2012). Muitas são as atribuições socialmente desejáveis para a mulher, e ser responsável pelo cuidar adquire importância basilar no gênero feminino; um dos modos de realização desta função é pela construção de um modelo ideal de mulher que corresponde de maneira justa à maternidade.

Nossa eu tava vendo a mulher, o dia que eu não amamentei, ai fiquei assistindo TV, ai as mulher tudo amamentando, ai deu vontade de chorar... ai falei: ‘ai, eu também quero” (JFS)

Em uma visão crítica, Badinter (1998) reflete sobre como a naturalização e até mesmo a romantização da maternidade e da amamentação esteve alinhada ao movimento histórico da sociedade industrial capitalista e o desenvolvimento econômico apoiado em um projeto social que incluía um papel específico às mulheres. Localizando-as como responsáveis pelo futuro da nação, as mulheres, que pouco tinham espaço em uma sociedade patriarcal, passaram a ter um investimento moral atrelado aos valores de tornar-se mãe, com toda a carga social que isso acarreta.

Assim os corpos femininos são tomados por práticas de poder, suas características biológicas de mulher passam a ser alvo da política e são

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**



normatizados parâmetros de conduta (MOREIRA; NARDI, 2009). As políticas da maternidade que se debruçaram na concepção biológica de mãe, subjazem a ideia do papel das mulheres no cuidado como uma tarefa de salvar e preservar as crianças. Deste modo, o sentido de maternidade como identidade da mulher, é constituído na equivalência entre o ser mãe e o cuidado, que entre outras práticas contemplam a amamentação.

Na maioria das culturas ocidentais, existe uma diferença entre o universo da política (a esfera pública), e o universo do cuidado (esfera privada e doméstica). Às mulheres destina-se o cuidado e impõem-se práticas resultantes de esperada sensibilidade, bondade e inferioridade. Considerando os sentidos cultivados no imaginário social, tem-se em vista a desnecessária autonomia para a realização de tal atividade. No sentido da razão e do exercício da política valorizados na esfera pública e ligados ao masculino, constrói-se socialmente uma expectativa de cumprimento de papéis, sustentada pela feminização do cuidado e sua valorização moral, exigindo-se da mulher apenas dedicação (MARTINS, 2011).

Desta forma, a mulher ao tornar-se mãe incorpora expectativas relativas ao papel de ser responsável pelo cuidado, esse papel é projetado pelo grupo social e introjetado pela mulher. O discurso médico científico também tem um papel nesse processo e fez da mulher um lugar de intervenções, atribuindo práticas ao corpo feminino e produzindo no imaginário social relações entre o feminino e a natureza, construindo consensos sobre estas. Por meio destes discursos normalizadores, a mulher só alcança sua realização plena por meio da maternidade (MARTINS, 2004).

Essa é uma das grandes questões a serem enfrentadas sobre a maternidade: perceber que essa experiência tão marcada pelo biológico e natural é também de ordem social e cultural, afinal, o próprio corpo ganha sentido socialmente e não há possibilidade do humano viver fora da cultura. Louro (2013, p. 8) afirma que “os corpos são significados pela cultura e, continuamente, por ela alterados”, assim, ainda que a gravidez e amamentação sejam processos biológicos, os seus significados não são, se tratam de discursos históricos permeados pela ideia de que a maternidade é a realização da mulher.

Narrativas sobre amamentar: as políticas da vida

Foucault (2014) ao se debruçar na gênese das biopolíticas demonstra como o controle da sociedade se produz através do corpo e se capilariza mediante práticas discursivas que produzem relações de sujeição e relações de poder. Neste sentido para Moreira; Nardi (2009, p. 573) a “politização da maternidade se produz através de redes de poder-saber que configuram práticas de intervenção (políticas e programas, instrumentos diagnósticos, linhas educativas)”.

A enunciação de uma norma da maternidade se revela nos discursos sobre a vida com intuito de “promover a saúde e o bem estar” (GODINHO LIMA, 2007, p. 98). Com a crescente visibilidade dada à criança no século XIX e conseqüente necessidade de diminuir a mortalidade infantil, a amamentação passou progressivamente a fazer parte das agendas políticas. Nesta perspectiva, Martins (2008) demonstra como os primeiros manuais de puericultura, criados

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

no Brasil início do século XX vão servir para que os médicos pudessem compartilhar informações sobre higiene infantil e ensinar as mulheres a maternar de forma considerada correta.

Era preciso fazer com que as mães se dispusessem a dar de mamar a seus bebês, e foram muitos os motivos apontados para convencê-las a amamentar. O aleitamento materno foi então apontado como extremamente positivo, desejável e fundamental na garantia de saúde da criança porque prevenia doenças, não sobrecarregava o organismo infantil e permitia reduzir drasticamente os índices de mortalidade infantil. Comunicava-se ainda às mulheres que essas condutas eram constituintes de sua natureza feminina, e, portanto, bastava acreditar para que a amamentação se concretizasse (CADONÁ; STREY, 2014; MARTINS, 2008).

No Brasil, na década de 60, diante do cenário de aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a indústria do leite lançando mão de marketing específico atribuiu aos seus produtos a vantagem da praticidade atrelada a sentidos de valorização da mulher e seu direito à liberdade. Houve uma redução da adesão feminina à amamentação, e já na década de 70 se notava um declínio tanto nacional quanto global nas taxas de aleitamento materno (DE AMORIM, 2008).

No final dos anos 70 e nos anos 80, a amamentação voltou ao cenário, tanto por meio de estudos científicos que comprovavam os diversos benefícios do leite humano, quanto pelas políticas que direcionavam ações de promoção e proteção do aleitamento materno, ações que culminaram na valorização da amamentação que se mantém até os dias de hoje.

Essa construção histórica do discurso científico que destaca as vantagens do aleitamento materno para a saúde da criança foi incorporado socialmente. Está alinhado à politização da maternidade, a feminização do cuidado e a responsabilidade da mulher pela saúde da criança, tal qual aquele identificado nas falas das mulheres entrevistadas. Fica evidente como prepondera o aspecto de garantia da saúde da criança na tomada da decisão pelo aleitamento materno:

É porque na minha primeira filha eu amamentei até ela ter dois aninhos né e ela é difícil ela ficar doente, alguma gripe assim, algum coisa né. E da minha segunda filha já até um aninho só porque eu trabalhava, daí mamava só a noite, quase não mamava direito né e ela qualquer coisa ela fica já gripada, resfriada. Daí quando deu a terceira que eu não tô trabalhando nem nada, daí eu falei que vou amamentar ela até... Porque é muito importante dar o leite do peito! (EAA)

Porque igual eu fui levar ele no médico, aí ele falou que talvez por causa do leite ele não deu febre. Evita muita doença né... (MJC)

Ah, da saúde dela né. Porque o leite tipo não deixa ficar doente... Um monte de vitamina né. (LMG)

Os depoimentos mostram a interiorização do discurso científico do

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

amamentar pelas mães, e revelam como elas experimentam uma responsabilidade direta sobre a vida do filho. As mulheres consideram importante amamentar por acreditarem que ao fazê-lo proporcionam uma boa condição de saúde e desenvolvimento para a criança. Este aspecto tem sido recorrente em pesquisas qualitativas sobre o tema, demonstrando que, progressivamente, vê-se a amamentação essencialmente como alimento e proteção necessários à saúde do bebê (GAMBOA DELGADO *et al.*, 2008, PERCEGONI *et al.*, 2002, TAKUSHI *et al.* 2008).

O discurso biomédico está profundamente ligado à normatização da maternidade com modelos ideais de ser mãe. Além disso, ao serem priorizadas somente as vantagens do aleitamento materno para a criança como, a garantia da saúde, promoção do bem-estar físico e emocional, sua contribuição na formação, crescimento e desenvolvimento infantil e na resistência do organismo a doenças, acaba-se instituindo o peso moral da responsabilidade única e direta da mulher sobre a saúde da criança e reforçando-se a obrigatoriedade social em amamentar (GIORDANI *et al.*, 2018). Consequentemente, dificulta-se a possibilidade de construção de autonomia e de descobertas sobre as motivações internas para amamentar, bem como a vivência dos conflitos e das decepções como atesta o relato de B.V.C.S: “Porque eu achava que fosse muito bom... Todo mundo falava que era muito bom. Só que não é. É mentira isso aí...” (em referência a dor que sentia ao amamentar).

A mãe adquire a função de transmitir saúde física e também emocional, por intermédio da amamentação. M.J.C. relata “Não tem explicação assim, sabe? Não tem explicação. O amor por ele é muito grande assim. Muito amor, atenção...”, explicando como o ato de amamentar proporciona afeto e cria um vínculo inexplicável entre mãe e filho. Estas narrativas revelam que o discurso social e histórico em que as mulheres têm o papel do cuidado e a responsabilidade pela saúde da criança permeia fortemente as relações de sentido da maternidade e o aleitamento.

Itinerário de cuidado e os serviços de saúde

Através das percepções oriundas dos sistemas de saúde, como instituições formais ou também sua rede de apoio social, por meio de familiares, vizinhos e amigos, é que são fornecidos subsídios para a atribuição de significados nos processos de cuidado, práticas e referências para tomada de decisão em saúde. A experiência da amamentação igualmente será apreendida pela mulher segundo os sistemas culturais de cuidado, que falam da diversidade das formas de atenção e cuidado com a saúde, vivenciada pelos diferentes grupos em uma dada sociedade (CAMPOS, 2008). Estes sistemas e itinerários de cuidado são, portanto, territorializados, e nas narrativas abaixo, será possível perceber as alternativas que o espaço ocupado pelas entrevistadas forneceu a elas, não sendo um modelo universal.

As instituições formais de saúde, aquelas que Kleinman (1978) chamou de arena profissional de cuidado, para as mulheres deste estudo dizem respeito principalmente à atenção básica de saúde do município. Durante o pré-natal e puerpério, as futuras mães receberam orientações de enfermeiras e médicos em

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

atendimentos individualizados, e por outros profissionais, durante oficinas que abordam temas relacionados à saúde da mãe e do bebê.

As percepções produzidas nestas interações com o sistema de saúde são apresentadas nas narrativas acerca de suas experiências de preparo e vivência para o aleitamento. Destacamos aqui a relação da mulher com o sistema de saúde formal, que tem se tornado hegemônico na nossa sociedade (CAMPOS, 2008, KLEINMAN, 1981). Ao serem indagadas sobre orientações profissionais, as mulheres associavam-nas às atividades desenvolvidas na própria UBS por meio de oficina de gestantes como espaço para discussão sobre a amamentação.

De modo geral, os grupos de gestantes são vistos como estratégia para complementar a assistência pré-natal individual por meio de uma abordagem que dá espaço ao compartilhamento de sentimentos, dúvidas e práticas de saúde. Neste momento, a equipe intenciona que a gestação e o aleitamento maternos sejam discutidos de forma humanizada e visando à promoção da saúde integral (HOGA; REBERTE, 2007).

Já no período do puerpério, ao se deparar com intercorrências referentes ao processo de amamentação, muitas relataram procurar a equipe da Unidade Básica de Saúde:

Oh, no primeiro dia eu já mostrei pras meninas do posto. Por causa que elas tavam aqui e eu já mostrei o jeito que tava com fissura... Daí ela falou assim que passa o colostro que hidrata. (EGF)

Ah, o posto né. O pessoal... A equipe de saúde né. E quando eu tenho alguma dúvida né, eu venho aqui e converso com alguém... Geralmente mais com os profissionais assim nas consultas. Médico né... (MMF)

Segundo Mângia e Muramoto (2008) para compreendermos os itinerários, no presente caso aqueles de cuidado, devemos levar em conta as situações de vida e biografias envolvidas. O acesso aos serviços de saúde, facilitado ou dificultado em dada circunstância, pode definir as possibilidades de tomada de decisão no enfrentamento, assim, uma vez que as entrevistadas sentiam-se próximas da equipe de saúde, isso permitia que essa opção de saúde fosse acessada diante das dificuldades, como uma mastite, ou simplesmente para tirar dúvidas. A busca pelo serviço de saúde da comunidade fala da forma como corpos maternos influenciam e são influenciados por processos sociais que ocorrem nos espaços em que estão inseridos (LONGHURST, 2008).

No entanto, como veremos adiante, a medicina convencional (biomedicina) normalmente é acessada após as dificuldades terem sido compartilhadas com pessoas próximas, por exemplo, a família ou vizinhos, sendo estes a rede de apoio mais procurada para troca de saberes (ALARCÓN-MUÑOZ; VIDAL-HERRERA, 2005). Essa é a arena informal de cuidados em saúde e que fala do domínio leigo, não-profissional e não-especializado, justamente onde primeiro se reconhecem e se definem os problemas de saúde (KLEINMAN, 1978). Como sustentamos noutro trabalho, as práticas discursivas em saúde mesclam normatizações técnicas e científicas mantendo-se alinhadas aos saberes

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

populares (que aqui denominaremos leigos) por meio de atividade representacional e sentidos culturalizados do corpo (LIMA RAMOS *et al.*, 2019).

No setor informal, o principal lócus de assistência à saúde e cuidados é a família, em especial as mulheres, que culturalmente assumem a posição de cuidadoras, e como detalharemos a seguir, são quem as mães procuram para conselhos sobre amamentação, principalmente aquelas que já passaram por essa experiência. Esse setor opera a partir de crenças sobre a melhor forma de manter a saúde que podem incluir conselhos, receitas caseiras, automedicação e consulta a leigos que experienciaram situações semelhantes (CAMPOS, 2008).

O estudo de Budó *et al.* (2008) constatou que a primeira opção para resolver uma intercorrência em saúde se dá no domicílio junto aos familiares próximos, por meio de terapias relacionadas ao saber tradicional, como o uso de chás, ou remédios caseiros. Após essas condutas, caso não encontrem soluções, as pessoas tendem a procurar recursos institucionalizados de saúde, em busca da ajuda médica.

O conhecimento sobre itinerários de cuidado permite identificar os sistemas de saúde que são reconhecidos pelos indivíduos e fonte de grande apoio e vínculo entre pessoas, se destacando entre as entrevistadas os setores profissional e informal, além de reconhecer o território vivido, com suas potencialidades e dificuldades. Assim, um profissional de saúde que for acompanhar uma mãe que está amamentando, ao reconhecer que os serviços formais compõem o itinerário de cuidado das pessoas, mas não necessariamente constituem o primeiro e dificilmente o único meio, poderiam aprimorar a atenção à saúde pela troca de experiências e pelas alternativas de cuidado ofertadas por aquele território específico.

Rede de apoio social

Longhurst (2008) afirma que os corpos maternos são construídos de maneiras diferentes por meio de diferentes redes sociais e culturais e por meio de diferentes espaços e lugares. O círculo social formado pelos laços de parentesco, amizade ou de relação com pessoas conhecidas constituem a rede social de um indivíduo. Essa rede de afinidades é destacada porque as trocas de experiência existentes tornam-se um auxílio diante de situações adversas em saúde.

Entender as redes sociais é uma estratégia para conhecer e esclarecer aspectos da vida social e experiências vivenciadas. Essa reflexão nos permite escapar das limitações do modelo explicativo tradicional, ao passo que nos leva a conhecer os fenômenos que são tomados pela complexidade da conexão do indivíduo com o coletivo (MOLINA, 2002).

As entrevistadas trouxeram sua conexão com a rede de apoio formada por outras mulheres que já vivenciaram o aleitamento materno como mães, sogras, cunhadas e vizinhas:

Ah quando eu preciso de alguma coisa eu pergunto à minha cunhada... ela tem bebê. (MJC)

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**



Minha vizinha da frente... ela tem duas filhas, amamentou e a gente sempre trocava ideia em relação à amamentação. (DPN)

Tratei em casa mesmo. Pomada, e tudo quanto é coisarada, e... leite mesmo que falam que é bom. Minha amiga falou pra mim: 'compra tal pomada que é bom!' Já cheguei a colocar até casca de banana, a minha vizinha falou. Tudo quanto é coisa que falava eu colocava... manteiga de cacau... (ECS)

A família exerce um papel importante no processo de aleitamento materno. Segundo Nakano *et al.* (2007), na comunicação intrafamiliar há transmissão espontânea de experiências anteriores, como um conhecimento legitimado e experimentado, bem como a melhor forma de alimentar a criança. Schutz (2012) ao tratar desse tipo de saber, descreve como uma pessoa tem a sua disposição um estoque de conhecimento, com receitas para operar sobre o mundo. Esse estoque forma um esquema interpretativo das experiências, que é alimentado por nossas próprias experiências e aquelas transmitidas a nós por nossos pais, professores e pessoas próximas.

Neste estudo, assim como no estudo de Da Rosa *et al.* (2011) ficou evidente que dentro da rede de apoio, a família tem maior influência nos cuidados estabelecidos. Faquinello; Marcon (2011) ainda apontam que depois da família, os amigos e vizinhos são referidos como os mais importantes membros da rede de relações das práticas em saúde. Como já apontado, entre essas vozes a serem ouvidas, há uma identificação por parte da mulher que está vivenciando o aleitamento materno e a maternidade, com outras figuras femininas que já tenham passado por essa experiência, e muitas vezes acessam essas mulheres em busca de suporte, emergindo a constituição de uma rede de apoio social. No estudo de Prates *et al.* (2015) foi identificado que puérperas buscam por referência o saber e experiência de mães, avós, sogras. Essas mulheres também foram citadas no presente estudo afirmando ser conferido a elas, que já amamentaram, o aconselhamento sobre aleitamento materno.

Gross, Sand, Perlini e Cabral (2011) ainda observam que os familiares reconhecem a importância da amamentação, mas nem sempre seus aconselhamentos vêm de encontro àqueles trazidos nos discursos biomédicos como no depoimento de E.C.S ao relatar que a orientação de sua mãe não é a mesma da pediatra:

Chá às vezes. Eu dou de poejo, de camomila... Ah normalmente a pediatra não fala para dar né. Mas minha mãe assim que dá. Deu pra gente então... Não tem problema nenhum dar. (ECS)

A abordagem do aleitamento materno tal qual realizada pelos profissionais de saúde baseia-se no conhecimento técnico calcado na biomedicina e outros saberes e práticas sociais em relação ao corpo e à saúde herdados culturalmente são preteridas pelas redes de atenção à saúde. Às vezes, a mulher vê suas expectativas de apoio pelo serviço de saúde não sendo correspondidas encontrando nas trocas com outras mulheres o acolhimento e a identificação necessária, por isso, faz-se tão necessária a integração entre as

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

diferentes esferas de saúde no itinerário de cuidado das mulheres que estão amamentando.

Considerações Finais

Há evidências científicas suficientes que corroboram que o leite humano é o melhor alimento para o bebê. No entanto buscamos problematizar como esta ênfase tem sido empregada unilateralmente para justificar a responsabilidade feminina no êxito da amamentação. Pela complexidade deste fenômeno em suas dimensões sociais e subjetivas, a motivação ao aleitamento deveria necessariamente envolver um processo de empoderamento feminino e busca da autonomia do corpo da mulher, possibilitando pela amamentação (re)descobertas e novas perspectivas de ser mulher sem a carga moral que tem sido veiculada pelo discurso biomédico. O modelo atual exerce uma pressão a fim de que a mãe amamente sem abrir o espaço para o questionamento quanto à possibilidade concreta para fazê-lo ou não.

O desempenho de tarefas e expectativas sociais relativas ao papel de mãe é destacado nas narrativas. A mulher ao se tornar mãe passa a ser e se sentir única responsável pelo cuidado da criança trazendo consigo a obrigação histórica e social dos cuidados, sendo um deles a alimentação por meio do aleitamento materno.

A moralização e naturalização do ato de amamentar e seu reforço no sentido de conduta ideal materna, constituinte de uma natureza feminina, podem gerar cortinas de fumaça entre equipe de saúde e mulheres que amamentam. Ficam invisibilizados os desdobramentos subjetivos da experiência física, o trabalho realizado pela mulher para reelaboração do seu novo status social (lactante), as formas como interpreta e representa as dores, o medo, as perdas mas também o prazer, a satisfação e os ganhos que se produzem na experiência de amamentar.

Em vista disso, os espaços de vida de cada mulher e suas particularidades, bem como todos os condicionantes envolvidos no ato de amamentar devem ser considerados na abordagem do aleitamento materno pelos profissionais de saúde, valorizando a mulher como sujeito único e evitando a reprodução de um discurso de responsabilização da mãe.

Introduction

The practice of breastfeeding is shaped by many factors, and the sociocultural context of mother and baby have a powerful influence on the success of breastfeeding. The woman needs to be inserted in a breastfeeding-friendly environment and feel sheltered by her support network. This group may include the healthcare team, if necessary, and the family, which plays an important role in this process (GIORDANI et al., 2018).

Thus, it appears necessary to understand breastfeeding from a different perspective, that of relationships, through which it will be possible to perceive the woman's experience as a unique subject, and what constitutes this event in its individual and collective dimension. The meanings of breastfeeding, which characterize the experience of being a woman, are crossed by culturally constructed aspects manifested in the family and community environment (MONTEIRO, NAKANO, 2011). Therefore, a relationship between breastfeeding, corporeality, and space is created, leading to the need of investigating how gender and sexuality are also structured in line with geographical relations, in particular to understand the body within the domestic space (LONGHURST, 2008; JOHNSTON, 2018).

During the prenatal and postpartum periods, women face a world of discoveries that unveil doubts and certainties regarding childcare and, specifically, breastfeeding. This motivates them to seek breastfeeding guidance in the healthcare system available to them. According to Kleinman (1978, 1981), this system encompasses three different arenas, namely: the professional arena, which is constituted by scientific and Western medicine and the biomedical professions; the folk arena, which is composed of 'unofficial' specialists in healing and care, such as folk healers; and the popular arena, which comprises the lay domain, in particular actions within the family context (self-medication, advice, home recipes, food care, and other non-specialized acts).

Women in the process of breastfeeding may seek the care they need in any of these arenas and even more than one simultaneously. The path taken, the actions performed, and the professionals and services that are engaged for this purpose are called the therapeutic itinerary.

The study of therapeutic itineraries is based on the assumption of plural forms of tackling health problems, and aims to understand how people and social groups make choices, whether or not they adhere to the suggested treatments (ALVES, 2015). Given that the topic of this research does not concern illness, but rather a stage in the human life cycle, that is, pregnancy and the breastfeeding process, it was necessary to adjust the concept, adapting it into the term care itinerary (SCHEFFER et al., 2009). Thus, in this paper we will use the term care itinerary to refer to the pregnant woman's

trajectory from the moment she finds out she is pregnant until the postpartum period, focusing in her relation to the experience of breastfeeding.

It is important to point out that this care itinerary always emerges from the space occupied by these women and mothers, thus allowing us to invoke the concept of territory. According to Lima and Yasui (2014), in the context of collective health, the concept of territory is present in numerous and diverse dimensions and meanings. Territory can be understood as a living and dynamic agglomeration that includes people, environment, space, history, and culture, where people develop their lives (MUHL; HOLANDA, 2018). In this sense, there is an intimate relationship between the production of care and the territory in which this care is exercised.

Breastfeeding trajectories are depicted by women through their narratives, which reveal multiple experiences that are relevant to them (ALVES, 2015). Therefore, this study sought to understand the experiences of breastfeeding for women who utilize the Brazilian Public Healthcare System (SUS) in a city in the metropolitan area of Curitiba, located in southern Brazil. To this end, we will look at women's perceptions of the care itinerary offered by the healthcare service regarding the experience of breastfeeding. In addition, we will describe the social support networks that these women consider significant as well as the roles of these social agents in the process of breastfeeding as a social experience.

Methods

The design of this study is based on a social qualitative approach to the processes of attention and care to one's health. For Minayo (2014), qualitative research in health sciences is preoccupied with understanding and explaining the social representations, perceptions, experiences, values, and meanings surrounding health. This is a type of approach to health processes that is very much in line with the objective of this study, which sought to investigate the lived experience of breastfeeding.

The social setting for this research was the municipality of Colombo, which is located in the metropolitan region of Curitiba, southern Brazil. It has a population of about 243,726 inhabitants and an area of approximately 197 km², with 95% of the population residing in urban areas. The region has a medium human development index (0.733), an average income of formal workers of 2.5 minimum wages, and GDP per capita of R\$19,939.76 (IBGE, 2019). It also features rural tourism, mineral extraction activities, and agricultural practices inherited from Italian immigrants, which is the basis of their economy (COLOMBO, 2013).

The territory of the women who took part in the research is located in a low-income neighborhood, where there is still a set of social problems related to the more general transformations in the spaces of the metropolitan region of Curitiba (CARMO, 2017). It is characterized by social and economic dynamics that have to do with peripheralization and insufficient public policies, such as precarious housing without basic sanitation and the absence of services and structure. The specificities of this space inhabited by the research participants need to be taken as conditioning factors for an embodied

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

subjectivity. Subjectivity and spatiality are closely intertwined in a way that bodies both produce space and are produced by it, and thus motherhood is produced differently in different places (LONGHURST, 2008).

The Basic Care Unit (UBS) where the fieldwork took place is located in the urban area of the municipality and operates the Family Health Strategy (ESF) modality. It services 12,976 registered users, with a small team of professionals composed of one doctor, one nurse, one nursing technician, and three community health agents for each of the four existing areas. The unit also featured, at the time of the research, a team from the Multiprofessional Residency Program in Family Health offered by the Federal University of Paraná, in partnership with the Ministry of Health and the Ministry of Education, which consisted of two nurses, two nutritionists, and a pharmacist.

The territory where the population of this research is located, which is also where the healthcare networks are configured, aggregates social, political, economic, and environmental dimensions. In the sense held in this study, these are spaces of human relationship networks (GIDDENS, 1989, PEREIRA, BARCELLOS, 2006). These networks of social exchange and support are embedded in cultural health practices that form the amalgam of popular health practices and are the foundation of the care itineraries.

The methodology adopted was the phenomenological research, which focuses on the unveiling of experience and its meanings, as explained by Merleau-Ponty (2018, p. 1): phenomenology "is the attempt at a direct description of our experience as it is". Our approach and immersion in the universe of the women engaged in the breastfeeding experience took place in the daily healthcare routine, with home visits and the organization of breastfeeding groups.

The corpus of research material comprised data collected through in-depth interviews with a semi-structured script. The interview method adopted was inspired by the genre of narrative interviews (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002). It consists of a face-to-face interaction guided by scripted questions that reflect the research hypotheses and interests. The script allows and encourages the subjects to communicate and express their experience in a way that is more or less free and in line with their concerns and the meanings they attribute to the narrated facts of their social life.

The sample was composed of 14 women who were assisted by the public healthcare service. The selection of participants was based on the identification of users of the UBS who met the following criteria: they had been accompanied by the healthcare unit, they resided in its coverage area and had had their prenatal appointments there, they were breastfeeding or had recently breastfed their babies, the time since childbirth was less than six months, and their age did not classify them as adolescents. The exclusion criteria were defined based on the conditions that prevent breastfeeding, which, according to the Basic Care Handbook for Child Health (BRASIL, 2009) are: mothers infected with HIV, HTLV1, and HTLV2, mothers taking medication that is incompatible with breastfeeding, and mothers of babies with galactosemia.

Data collection took place in the participants' homes, by means of a recorded interview (with consent) that was later transcribed. Since we followed a participant observation approach, the data analysis was supported by the

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

notes taken during face-to-face interactions with the participants and recorded in a field journal. Given the fact that research is also an embodied process (PRZYBYSZ; SILVA, 2019), being present in the space where these women resided was critical to data collection, as it allowed for the face-to-face encounter between researchers and participants. This encounter is rooted in the territory and, therefore, promotes a reflexive posture that helped us understand how these bodies inhabit spaces at the same time that these spaces permeate the bodies (LONGHURST, 2008).

After skimming and systematically reading the corpus, the phenomenological approach to data treatment – which focuses on the in-depth description of the reported experiences (ZAHAVI, 2015) – led to the construction of the following categories for the discussion of the results: The breastfeeding experience; Narratives about breastfeeding; Care itineraries, and Support network.

All ethical aspects were complied with during the research process, and this work was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Paraná, opinion number 1070864. All research participants expressed their agreement by means of the Free and Informed Consent Form.

Results and Discussion

Participants

The research participants were aged between 20 and 42 years, nine of them being under 30 years old. Regarding education, nine had finished high school, while two attended but did not finish; two had incomplete elementary school, and one was still attending. Among the fourteen women, seven described themselves as 'housewives', and the other seven stated that they were formally employed. The average number of residents in the households was five, with an average family income of two minimum wages. Two participants declared that they were enrolled in a Federal Government conditional cash transfer program. The majority of the participants (eleven) declared that they were in a stable union.

Almost half of the participants were first-time mothers; ten of them had had a normal delivery, and eleven of the deliveries took place in the local maternity hospital. As for the number of prenatal consultations, thirteen out of the fourteen participants reported having had more than six consultations, the minimum recommended by the city's protocol, and only one reported having had only five consultations.

The Breastfeeding Experience: social meanings

From a phenomenological perspective, perceptions and interpretations about the world originate from what is lived and, therefore, the body assumes a fundamental role in this experience of "being in the world" (GIORDANI, HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2020). It is through bodily experience that the various dimensions of life – material and spiritual, symbolic and social – are brought together, with all its contradictions and conflicts. Hence, it is a

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

spatially located bodily experience that produces the maternal body and motherhood, with all its representations, understandings, and cultural inscriptions, as well as the marks of social, sexual, ethnic, racial, or generational class (LONGHURST, 2008).

A woman's body is imprinted with the possibility of being a mother. These marks start at the biological level in having the ability to become pregnant, having a uterus, ovaries, vagina, and mammary glands. They are also carried over into the social and cultural realm that dictate the characteristics that a mother should have, such as being protective and loving. Even when a woman is unable to have children or chooses not to have them, her relationship with motherhood runs through her experience in the world. The gender distinctions of each society are based on differences that are not only biological and physical, but that are also embedded in culture and history. Thus, gender patterns reinforce these differences, and what was meant to be a possibility becomes their fate: women are destined to be mothers (ALBUQUERQUE, 2019).

Through these women, who had already become mothers, we accessed narratives that reveal the richness of the breastfeeding experience, allowing us to delve into subjective issues related to this phenomenon, beyond the biological act and its importance to the child's nutrition and health. Their speeches revealed a conception of female human completeness based on motherhood and breastfeeding, manifested as a natural conjunction between being a woman and being a mother and, consequently, breastfeeding. D.P.N. portrays motherhood and breastfeeding as an integral part of the feminine universe:

Where I work there are only women, so it's normal, we used to talk a lot about milk, about pregnancy... (DPN)

The interviewee illustrates how sharing experiences and opinions is part of the socialization among women. Differentiated socialization based on biological sex is precisely what we call gender standards or codes, which are internalized models that direct the ways of being a woman, and also of being a man, and how these two experiences need to be distinct (ALBUQUERQUE, 2019). Thus E.G.F. reveals that many experiences are communicated and shared in these socialization situations among women:

Well I had tips... Because [...] there were a lot of pregnant women in my class... [...] but I was the last one to have a baby. So they would give me tips. How to do it like... you know" (EGF)

The connection of the feminine with motherhood inflects on women's performance of social roles (GIORDANI et al., 2018). This social and historical construction of the female nature and gender, and of women's identity, is essentially linked to motherhood (PATIAS; BUAES, 2012). There are many socially desirable attributions for women, and being responsible for care is fundamentally significant for the female gender; one of the ways in which this function is fulfilled is by building an ideal model of womanhood

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

that closely corresponds to motherhood.

Gee, I was watching the other women, the day I didn't breastfeed, so I was watching TV, and the women were all breastfeeding, and I felt like crying... then I said: "Oh, I want it too" (JFS)

In a critical view, Badinter (1998) reflects on how the naturalization and even romanticization of motherhood and breastfeeding was aligned with the historical movement of the capitalist industrial society, and the economic development supported by a social project that included a specific role for women. By making them responsible for the nation's future, women, who had little space in a patriarchal society, developed a moral investment tied to the values of becoming a mother, with all the social burden that this entails.

Thus, the female bodies are taken over by power practices, their biological characteristics as women become the target of politics, and behavioral parameters are standardized (MOREIRA; NARDI, 2009). The politics of motherhood, which appropriated the biological conception behind the term, underlie the idea that women's role in care is the task of saving and protecting children. In this way, the sense of maternity as a woman's identity is constituted in the equivalence between being a mother and caring, which includes breastfeeding.

In most Western cultures, there is a difference between the universe of politics (the public sphere) and the universe of care (the private, domestic sphere). Women are responsible for the care and practices of sensitivity, kindness, and inferiority. Given the meanings cultivated in the social imaginary, one has in view the unnecessary autonomy to carry out such activity. In the sense of reason and the exercise of politics valued in the public sphere, often linked to the masculine, there is a socially constructed expectation of role fulfillment supported by the feminization of care and its moral valorization, demanding from women nothing but dedication (MARTINS, 2011).

Thus, when a woman becomes a mother, she incorporates expectations from the role of being responsible for care. This role, in turn, is projected by the social group and introjected by the woman. The medical-scientific discourse also has a role in this process and has made women a place for interventions. It attributes certain practices to the female body, produces relationships between the feminine and nature and builds a consensus about them in the social imaginary. Through these normalizing discourses, women only achieve fulfillment through motherhood (MARTINS, 2004).

This is one of the great questions to be faced about motherhood: to realize that this experience, greatly marked by the biological and natural, is also of a social and cultural order, after all, the body itself gains social meaning and there is no possibility for humans to live outside culture. Louro (2013, p. 8) states that "bodies are signified by culture and, continuously, altered by it", thus, even though pregnancy and breastfeeding are biological processes, their meanings are not; they are historical discourses permeated by the idea that motherhood is the fulfillment of women.

Narratives about breastfeeding: the politics of life

When delving into the genesis of biopolitics, Foucault (2014) demonstrates how control in a society is produced through the body and capillarized through discursive practices that produce relations of subjection and power. In this sense, for Moreira; Nardi (2009, p. 573) the "politicization of motherhood is produced through networks of power-knowledge that configure intervention practices (policies and programs, diagnostic tools, educational lines)".

The enunciation of a norm for maternity is revealed in the discourses about life that aim to "promote health and well-being" (GODINHO LIMA, 2007, p. 98). With the increasing visibility given to children in the 19th century and the consequent need to reduce infant mortality, breastfeeding progressively became part of the political agendas. From this perspective, Martins (2008) demonstrates how the first childcare manuals, created in Brazil in the early 20th century, served so that doctors could share information about child hygiene and teach women to mother correctly.

It was necessary to make mothers willing to breastfeed their babies, and there were many reasons given to convince them. Thus, breastfeeding was pointed out as extremely positive, desirable, and fundamental in guaranteeing the child's health because it prevented diseases, did not overload the infant's organism, and allowed for a drastic reduction in infant mortality rates. Women were also told that these conducts were constituents of their feminine nature and, therefore, all they had to do in order to breastfeed was believe (CADONÁ; STREY, 2014; MARTINS, 2008).

In the 1960s, in view of the increased participation of women in the labor market, the Brazilian dairy industry attributed to its products, through specific marketing, the benefit of practicality linked to the valorization of women and their right to freedom. At that time, there was a decline in women's adherence to breastfeeding, and a decrease in breastfeeding rates at both national and global scales could be seen as early as the 1970s (DE AMORIM, 2008).

In the late 1970s and 1980s, breastfeeding returned to the scene, both through scientific studies that proved the many benefits of human milk and the policies that directed actions to promote and protect breastfeeding, which culminated in the valorization of breastfeeding that continues to this day.

This historical construction of the scientific discourse that highlights the advantages of breastfeeding has since been socially incorporated. It is aligned with the politicization of motherhood, the feminization of care, and the woman's attributed responsibility for the child's health, such as the discourses we identified in the statements of the interviewees. It is evident how the aspect of ensuring the child's health prevails when making the decision to breastfeed:

It's because with my first daughter I breastfed her until she was two years old and it's rare for her to get sick, like the flu or something, right. And with my second daughter, only until she was one year old, because I worked, so she was only breastfed at night, she was hardly breastfed at all, and all the time now she has a flu, or a cold. Then when the third came, I'm not working or anything, so I said I'd breastfeed her until... Because it's very important to give them breast

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**



milk! (EAA)

Because when I took him to the doctor, he said that maybe because of the milk he didn't have a fever. It prevents a lot of diseases right? (MJC)

Ah, her health, right. Because the milk doesn't let you get sick... A lot of vitamins right. (LMG)

The statements show the internalization of the scientific discourse around breastfeeding by these mothers, and reveal how they experience a direct responsibility over their child's life. Women consider breastfeeding important because they believe that by doing so they provide a good health condition and development for their children. This aspect has been recurrent in qualitative research on the topic. It demonstrates that, progressively, breastfeeding is conceived essentially as food and protection necessary for the baby's health (GAMBOA DELGADO et al., 2008, PERCEGONI et al., 2002, TAKUSHI et al. 2008).

The biomedical discourse is deeply linked to the normalization of motherhood through ideal models of being a mother. Furthermore, by prioritizing only the advantages of breastfeeding for the child – such as ensuring health, promoting physical and emotional well-being, its contribution to child development and growth and to the body's resistance to disease – it ends up instituting the moral weight of the woman's sole and direct responsibility for the child's health and reinforcing the social obligation to breastfeed (GIORDANI et al., 2018). Consequently, it hinders the possibility of building autonomy and discovering the internal motivations for breastfeeding, as well as the experiencing of conflicts and disappointments as B.V.C.S. attests: "Because I thought it was very good... Everybody said it was very good. But it's not. That's a lie..." (in reference to the pain she felt while breastfeeding).

The mother acquires the role of transmitting physical and emotional health through breastfeeding. M.J.C. reports "There's no explanation like that, you know? There's no explanation. The love for him is very big. Lots of love, attention...", explaining how the act of breastfeeding provides affection and creates an inexplicable bond between mother and child. These narratives reveal that the social and historical discourse in which women are given the role of care and responsibility for the child's health strongly permeates the meaning relations between motherhood and breastfeeding.

Itinerary of care and health services

The attribution of meanings in the care processes, practices, and references for the decision-making regarding health are subsidized by the perceptions of formal institutions such as health systems, or of social support networks, which comprise family members, neighbors and friends. The experience of breastfeeding will also be apprehended by the woman according to the cultural systems of care, which speak of the diversity of forms of attention and

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**



healthcare experienced by different groups in a given society (CAMPOS, 2008). Therefore, these systems and care itineraries are territorialized, not representing a universal model. In the narratives below, it will be possible to perceive the alternatives that the space occupied by the interviewees provided them.

For the women in this study, the formal healthcare institutions, which Kleinman (1978) called the professional arena of care, were mainly the primary healthcare units of the municipality. During prenatal and postpartum, future mothers receive guidance from nurses and doctors in individualized consultations. In addition, they participate in workshops with other professionals that address topics related to the health of the mother and the baby.

The perceptions at play in these interactions with the healthcare system are found in the narratives about their life experiences and preparation for breastfeeding. We highlight the relationship of women with the formal healthcare system, which has become hegemonic in our society (CAMPOS, 2008, KLEINMAN, 1981). When asked about professional guidance, the women associated the topic with the activities developed in the UBS through workshops as a space for discussion about breastfeeding.

In general, the groups for pregnant women are seen as a strategy to complement individual prenatal care through an approach that gives them a space to share feelings, doubts, and health practices. During these moments, the healthcare team believes that pregnancy and breastfeeding can be discussed in a humanized way, aiming at the promotion of integral health (HOGA; REBERTE, 2007).

During the postpartum period, when faced with complications related to the breastfeeding process, many of them reported looking for the Basic Health Unit team:

Oh, on the first day I already showed it to the girls at the health unit. Because they were here I showed them that I had a fissure... Then she told me that after the colostrum it hydrates. (EGF)

Ah, the health unit, right. The people... The healthcare team, right. And when I have any doubts, I come here and talk to someone... Usually more with the professionals in the consultations. A doctor, you know... (MMF)

According to Mângia; Muramoto (2008), to understand the itineraries – in this case, those of care – we must take into account the life situations and biographies involved. Access to health services, facilitated or hindered in a given circumstance, can define the possibilities for decision-making around this issue. Thus, once the interviewees felt close to the healthcare team, this allowed them to ask questions and/or assess this healthcare option in the face of their difficulties, such as mastitis, for example. The pursuit for community health services speaks to how maternal bodies influence and are influenced by social processes that occur in their spaces (LONGHURST, 2008).

However, as we will see later, conventional medicine (biomedicine) is

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**

usually only accessed after the difficulties have been shared with people close to them, for example, family or neighbors, with these being the most sought support network for knowledge exchange (ALARCÓN-MUÑOZ; VIDAL-HERRERA, 2005). This is the popular arena of healthcare and speaks to the lay, non-professional, and non-specialized domain, precisely where health problems are first recognized and defined (KLEINMAN, 1978). As we have argued in other studies, health discursive practices blend technical and scientific norms while still aligned with popular knowledge (which we will refer to here as lay people) through representational activity and cultural meanings of the body (LIMA RAMOS et al., 2019).

In the popular arena, family is the main locus of health assistance and care, and particularly women, who culturally assume the position of caregivers. As we will detail below, mothers seek other women for advice on breastfeeding, especially those who have already gone through this experience. This arena operates based on beliefs about the best way to maintain health, which may include advices, homemade recipes, self-medication, and consultation with lay people who have been through similar situations (CAMPOS, 2008).

Budó et al. (2008) found that the first option to solve a health problem is at home with close family members, through therapies related to traditional knowledge such as the use of teas or home remedies. If these solutions prove ineffective, people tend to seek institutionalized health resources in search of medical help.

The knowledge about care itineraries allows us to identify the health systems that are recognized by individuals as sources of great support and bonding between people. In this sense, the professional and popular sectors stand out among the interviewees, while also recognizing the territory they live in, with its potential and difficulties. A health professional who will accompany a mother that is breastfeeding must recognize that formal services are one part of people's care itinerary. However, it is not necessarily the first and hardly the only means. Thus, professionals can improve healthcare by exchanging information, experiences, and the care alternatives offered by that specific territory.

Social support network

Longhurst (2008) states that maternal bodies are constructed in different ways through different social and cultural networks and through different spaces and places. The social circle formed by the ties of kinship, friendship, or relationship with acquaintances constitutes an individual's social network. This network of affinities is highlighted because the exchange of existing experiences becomes an aid in the face of adverse health situations.

Understanding social networks is a strategy to learn about and clarify aspects of social life experiences. This reflection allows us to escape from the limitations of the traditional explanatory model, as it leads to knowledge about the phenomena taken over by the complexity of the connection between the individual and the collective (MOLINA, 2002).

The interviewees revealed their connection to the support network formed by other women who have experienced breastfeeding such as their mothers,

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**



mothers-in-law, sisters-in-law, and neighbors:

Oh when I need something I ask my sister-in-law... she has a baby. (MJC)

My next door neighbor... she has two daughters, she has breastfed and we'd always share ideas about breastfeeding. (DPN)

I treated it at home. Ointment, and all kinds of things, and... even milk that they say is good. My friend told me: 'buy this ointment, it's good!' I have even used banana peel, my neighbor told me to. Everything they talked about I'd put... cocoa butter... (ECS)

The family plays an important role in the breastfeeding process. According to Nakano et al. (2007), in intra-family communication there is spontaneous transmission of previous experiences as a legitimized and experienced knowledge, as well as opinions on the best way to feed the child. Schutz (2012), when dealing with this type of knowledge, describes how a person has a repertoire of knowledge at their disposal, with recipes for how to operate in the world. This repertoire forms an interpretive scheme of experiences, which is fed by our own experiences and those transmitted to us by our parents, teachers, and others close to us.

In this study, as well as in the study by Da Rosa et al. (2011), it was evident that within the support network, the family has the greatest influence on the established care practices. Faquinello; Marcon (2011) further point out that, after the family, friends and neighbors are referred to as the most important members of the network of relationships in health practices. As previously mentioned, among the voices to be heard, there is an identification of the woman who is experiencing breastfeeding with motherhood and other female figures who have already gone through this experience. Mothers often access these women in search of support, creating their social support network. Prates et al. (2015) identified that puerperal women seek reference in the knowledge and experience of mothers, grandmothers, and mothers-in-law. These women were also quoted in the present study saying that they, who have already breastfed, were responsible for giving advice on breastfeeding.

Gross, Sand, Perlini and Cabral (2011) also note that family members recognize the importance of breastfeeding. However, their advice is not always in line with those brought in biomedical discourses such as in the statement of E.C.S., when she reported that her mother's guidance is not the same as the pediatrician's:

Tea sometimes. I give pennyroyal, chamomile tea... Ah, usually the pediatrician doesn't tell you to, right. But my mother is the one that gives. She gave it to us ... So there's no problem. (ECS)

The approach to breastfeeding by health professionals is based on technical knowledge grounded on biomedicine. Other culturally inherited knowledges and social practices in relation to the body and health are neglected by

**Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida**



healthcare networks. Sometimes, the woman sees her expectations of support not being met by the healthcare service, and she finds the welcoming and the much needed identification in exchanges with other women. This is why integration between the different health arenas in the care itinerary of women who are breastfeeding is so necessary.

Final Considerations

There is enough scientific evidence to support that human milk is the best food for the baby. However, we seek to problematize how this emphasis has been employed unilaterally to justify the female's responsibility in the success of breastfeeding. Due to the complexity of this phenomenon in its social and subjective dimensions, the motivation to breastfeed should necessarily involve a process of female empowerment and the search for autonomy of the woman's body, enabling (re)discoveries and new perspectives of being a woman through breastfeeding without the moral charge that has been conveyed in the biomedical discourse. The current model exerts pressure on the mother to breastfeed with no room for questioning the concrete possibility of doing so or not.

The performance of tasks and social expectations concerning the maternal role is highlighted in the narratives from this study. Upon becoming a mother, the woman becomes and feels like the sole responsible for the care of the child, carrying with her the historical and social obligation of care, one of which is breastfeeding.

The moralization and naturalization of the act of breastfeeding and its reinforcement as the ideal maternal conduct, constitutive of a feminine nature, can generate smoke screens between the healthcare team and the women who breastfeed. The subjective consequences of the physical experience, the work done by the woman to re-elaborate her new social status (lactating), the ways in which she interprets and represents the pain, the fear, the losses, but also the pleasure, the satisfaction, and the gains from the experience of breastfeeding are all made invisible.

In view of this, the life spaces of each woman and their singularities must be considered along with all the conditions involved in the act of breastfeeding, valuing the woman as a unique subject and avoiding the reproduction of a discourse of the mother's accountability.

Referências / References

ALARCÓN-MUÑOZ, A. M., VIDAL-HERRERA, A. C. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: Perspectivas de las madres. **Salud Pública de México**, v. 47, n. 6, p. 440–446, 2005.

ALBUQUERQUE JR, D. M. **Masculino/Masculinidades**. Dicionário crítico de gênero. Dourados: UFGD, 2019.

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho**, v. 1, n. 42, p. 29 – 43, 2015.

Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida



AMORIM, S. T. S. P. Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. Brasil (1960-1988). **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 581-598, 2008.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. São Paulo: Círculo do Livro, 1998.

BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BUDÓ, M. L. D., RESTA, D. G., DENARDIN, J. M., RESSEL, L. B., BORGES, Z. NEWLANDS. Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 1, p. 90-96, 2008.

CADONÁ, E., STREY, M. N. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, n. 2, p. 477-499, 2014.

CAMPOS, E. A. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In: NAKAMURA, E., MARTIN, D., SANTOS, J. F. Q. (Eds.). **Antropologia para enfermagem**. São Paulo: Manole, 2008.

CARMO, J. C. Planejamento da Região Metropolitana de Curitiba como objeto de estudo: análise sobre a produção bibliográfica no período de 1974-2006. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 9, n. 1 p. 7-18, 2017.

COLOMBO. Prefeitura Municipal de Colombo. Circuito Italiano de Turismo Rural: Colombo-PR (2013). Disponível em: <<http://portal.colombo.pr.gov.br/>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FAQUINELLO, P., MARCON, S. S. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1345-1352, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 28a ed. São Paulo: Paz & Terra, 2014.

HOGA, L. A. K., REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 4, p. 559-566, 2007.

GAMBOA, E. M., LÓPEZ B., NAHYR, PRADA, G. E., & GALLO P, K. Y. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. **Revista chilena de nutrición**, v. 35, n. 1, p. 43-52, 2008.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIORDANI, R. C. F., PICCOLI, D., BEZERRA, I., ALMEIDA, C. C. B. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2731-2739, 2018.

Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida



GIORDANI, R. C. F.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. O cuidado com o corpo e a obrigatoriedade da saúde: sobre hexis e poder na modernidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4361-4368, 2020.

GROSS, F. M., VAN DER SAND, I. C. P., GIRARDON-PERLINI, N. M. O. CABRAL, F. B. . Influência das avós na alimentação de lactentes: o que dizem suas filhas e noras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 534-540, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Panorama. Brasília, 2019. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/colombo/panorama>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

JOHNSTON, L. Intersectional feminist and queer geographies: a view from 'down-under'. **Gender, Place & Culture**, p. 1 – 13, 2018.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. *In*: BAUER, M. W. GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, v. 12, n. 1, p. 85 - 93, 1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Califórnia: University of California Press, 1981.

LIMA, A. L. G. Maternidade higiênica: natureza e ciência nos manuais de puericultura publicados no Brasil. **História: Questões & Debates**, v. 47, p. 95 – 122, 2007.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, v. 38, n. 102, p. 593 - 606, 2014.

LONGHURST, R. **Maternities: gender, bodies and space**. Nova York: Routledge, 2008.

LOURO, G. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Rio de Janeiro: Autêntica, 2013.

MÂNGIA, E. F., MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176-182, 2008.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTINS, A. P. V. "Vamos criar seu filho": os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 1, p. 135-154, 2008.

Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida

- MARTINS, A. P. V. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências Saúde-Manguinhos**, v. 18, p. 15-34, 2011.
- MERLEAU-PONTY, M. (2018). **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2018.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde (14a ed.). São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOLINA, J. Propiedades básicas de las redes y de los actores. *In*: Hanneman RA. **Introducción a los métodos del análisis de redes sociales**. Califórnia: Departamento de Sociología de la Universidad de California Riverside, 2002.
- MOREIRA, L. E., NARDI, H. C. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade (s) contemporânea (s). **Estudos Feministas**, v. 17, n. 2, p. 569-594, 2009.
- MONTEIRO, J. C. S., NAKANO, A. S. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 315-321, 2011.
- MUHL, Camila; HOLANDA, Adriano Furtado. O mundo ao meu alcance: território e saúde mental no litoral do Paraná. **Rev. NUFEN**, v. 10, n. 1, p. 1-21, 2018 .
- NAKANO, A. M. S., REIS, M. C. G., PEREIRA, M. J. B., GOMES, F. A. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 230-238, 2007.
- PATIAS, N. D., BUAES, C. S. “Tem que ser uma escolha da mulher”! Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 300 – 306, 2012.
- PERCEGONI, N., ARAÚJO, R. M. A., SILVA, M. M. S., EUCLYDES, M. P. TINÔCO, A. L. A. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 1, p. 29-35, 2002.
- PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; & LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 2, 310-315, 2015.
- PRZYBYSZ, J.; SILVA, J. M. Pesquisar Para Transgredir: Fazendo Geografias Feministas Corporificadas. **Caderno Prudentino de Geografia**, n. 41, v. 3, 2019.
- RAMOS, V. L., ALMEIDA, C. C. B. & GIORDANI, R. C. F. ‘Normatizações e resistência: as representações sociais sobre alimentação para bebês entre trabalhadores da saúde na atenção básica’. **Áltera Revista de Antropologia**, v. 1, n. 8, 2019.

ROSA, L. M., BÚRIGO, T., RADÜNZ, V. Itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer: cuidado com a alimentação. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 19, n. 3, p. 463-467, 2011.

SCHEFFER, J. C., FIALHO, I. M., SCHOLZE, A. S. Itinerários de cura e cuidado de idosos com perda auditiva. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 537-548, 2009.

SCHUTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.

TAKUSHI, S. A. M., TANAKA, A. C. A, GALLO, P. R., MACHADO, M. A. M. P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 5, p. 491-502, 2008.

ZAHAVI, D. **A fenomenologia de Husserl**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2015.

Contribuição de Autoria / Contribución de autoría

Nadia Rafaela dos Santos Sato: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Administração do projeto, Visualização, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição.

Rubia Carla Formighieri Giordani: Conceituação, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Validação, Escrita – revisão e edição.

Camila Muhl: Escrita – revisão e edição.

Claudia Choma Bettega Almeida: Escrita – revisão e edição.

Recebido em 20 de julho de 2020.

Aceito em 16 de junho de 2021.

Received in July 20, 2020.

Accept in June 16, 2021.

Nadia Rafaela dos Santos Sato, Rubia Carla Formighieri Giordani,
Camila Muhl, Claudia Choma Bettega Almeida

