

MARIA VANEIDE ANJOS BLANCO

**REDE DE SIGNIFICAÇÕES:
UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA ADESÃO AO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

São Paulo
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA VANEIDE ANJOS BLANCO

REDE DE SIGNIFICAÇÕES:

**UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA ADESÃO AO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Cássio Silveira

São Paulo

2007

AGRADECIMENTOS

Agradecer é muito pouco, frente aos desafios que uma apresentação de dissertação coloca.

Desde os primeiros momentos da pesquisa, tal e qual uma gravidez desejada, o apoio familiar foi fundamental. Quando foi necessária a revisão bibliográfica, acesso à Internet, a feitura de Data Show no Power Point, a gravação das entrevistas, a análise delas, de tudo, tudo a presença maravilhosa dos filhos (Bruno, Diego, Fabiana, Danilo), da norinha Tatiara e da amiga Tiana nas sugestões e braço ao trabalho realizado. Muito obrigada.

Destaco as sugestões dos professores Rita de Cássia Barradas Barata, Regina Maria Giffoni Marsíglia, Maria Amélia D. Veras, Nivaldo Carneiro Junior, dos colegas Karina, Isabel, Cristiane, Neil, Maria Lúcia, a parceria aconchegante da Ana Cláudia e da Silvana, a paciência e liberdade dada pelo orientador Professor Cássio Silveira em toda uma gestação do projeto de pesquisa. Meu muito obrigada.

O “milagre” do financiamento, conseguido por uma bolsa da Secretaria de Estado da Saúde, pela intercessão da professora Rita de Cássia Barradas Barata e da Santa Edwirges. Meu muito obrigada.

O carinho do Daniel e da Celina nos momentos de crise, do desespero dos prazos. Meu muito obrigada.

Moments.rasee.8((r)15(i(se)40.9(-.4(n)-)4.dMom)9. q)83(su(e.8((ia)49.9sabe.3(12(O c)46(pra)6.3(m
(n)-e.82.8in1(e.8s u Tw{ ten)-)4 Tw{(n)-)4.i(a)5.9 T

esta construção, superando as dificuldades e os tropeços da minha caminhada. Meu muito obrigada.

Mas o agradecimento principal vai para as gestantes e nutrizes que, com seu carinho e paciência puderam partilhar seus temores, suas experiências conflitantes, sua entrega maior e principalmente a abertura encontrada, na reflexão coletiva realizada, na busca de uma valorização e adesão total ao AME.

Agradeço às mães que trouxeram suas práticas anteriores para partilhar conosco. Foi o apoio maior.

Agradeço às mães que, inseguras com a novidade, resolveram aprender com o grupo a importância da livre demanda, do não uso de água, chás e chupetas, do desejo de ter um bebê saudável e feliz. Foi a felicidade maior.

Agradeço às mães que fragilizadas, confessaram suas dificuldades, permitindo que não nos tornássemos radicais demais nesse movimento de adesão total ao AME, mostrando a importância do convívio das diferenças, a liberdade das possibilidades, sem dramas, sem culpas, sem perder de vista o valor em sermos o que somos e assumirmos nossas diferenças pelo desejo apenas de ser. Foi o desafio maior.

E que os novos seres que assistimos nessa caminhada possam compreender o valor da nossa insistência na adesão total ao AME, por uma geração saudável e que sabemos ser de muito amor. Meu muito obrigada.

SUMÁRIO

Apresentação.....	4
1 Introdução.....	9
2 Subsídios teóricos.....	11
2.1 Aleitamento materno exclusivo.....	11
2.1.1 Histórico da Prática do Aleitamento Materno.....	11
2.1.2 Alimentação Infantil.....	16
2.1.3 Incentivo ao AME.....	17
2.1.4 Conseqüências da Baixa Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo.....	19
2.1.5 Contexto dos Serviços Públicos de Saúde.....	21
2.2 Rede de Significações.....	23
2.3 Justificativa.....	30
3 Objetivos.....	32
4 Material e Métodos.....	33
4.1 Tipo de estudo e categoria de análise.....	33
4.2 Método de caracterização da Unidade Básica de Saúde.....	33
4.3 Seleção de casos.....	33
4.4 Procedimentos da investigação.....	34
4.5 Plano da proposta de intervenção.....	35
4.6 Construção da rede de significações.....	37

	2
4.7 Análise qualitativa dos dados	38
4.8 Aspectos éticos da pesquisa.....	38
5 Resultados.....	39
5.1 Caracterização da Unidade Básica de Saúde Vila Nivi.....	39
5.1.1 Caracterização do Programa de Saúde da Família.....	42
5.1.2 Programações de saúde da mulher	44
5.1.3 Trabalho com grupos de gestantes da UBS Vila Nivi.....	44
5.2 Intervenção com nutrizes do PSF da UBS Vila Nivi.....	45
5.3 Intervenção realizada com gestantes do PSF da UBS Vila Nivi	50
5.3.1 Momento I.....	50
5.3.2 Momento II.....	52
5.6 Avaliação do processo de intervenção.....	53
5.6.1 Vivência do AME na UBS Vila Nivi.....	53
5.6.2 Banco de dados	55
6 Considerações finais	59
7 Anexos	62
ANEXO I Os dez passos para um feliz aleitamento materno	62
ANEXO III Árvore das Dificuldades.....	65
ANEXO IV Árvore dos Sonhos.....	66
ANEXO V Aprovação pelo Comitê de Ética.....	67

ANEXO VI Mapa da região de abrangência do PSF da UBS Vila Nivi	68
ANEXO VII Planta baixa da UBS Vila Nivi	69
ANEXO VIII. Perfil das Gestantes – UBS VILA NIVI	70
8 Referências Bibliográficas	71
Resumo	76
Abstract	77

APRESENTAÇÃO

Nasci em 1953 quando era costume da época o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) por mais de um ano. Aos seis meses sofri a privação do AME por uma cirurgia de urgência da minha mãe, que a obrigou a ser operada na capital. Dizem que fiquei esperando-a voltar. Não comia, não chorava. Brincava numa bacia, esperando a sua volta. Vínculo afetivo feito. Esperança de vida. Não tinha dúvidas de quem era a minha mãe. Aprendi a esperar.

Anos 60, eu vivenciei as dificuldades das minhas irmãs em amamentar. Era o auge do uso da mamadeira. Mulher não precisava mais expor seus seios para fazer um trabalho que se faz com leite de vaca, bem preparado por indústrias de confiança, semelhante a um ninho de passarinho cuidando dos seus ovinhos.

Fiz medicina e no terceiro ano optei pela pediatria. O estágio de três anos, no Hospital Santo Antônio da Irmã Dulce em Salvador, mostrou para mim a realidade de uma doença chamada desnutrição. Corpos esqueléticos, doenças associadas como desidratação, pneumonias, xeroftalmia, permitiam-me pensar: por que não se amamentam estas crianças?

As respostas não eram claras. O fato de não amamentar era considerado causa de muitas mortes, mas não sabíamos como conseguir a adesão á amamentação.

No término do curso, o paraninfo da turma de 1976, Dr Zilton Andrade, fazia um apelo à nossa turma, dizendo que havia a medicina dos ricos e a medicina dos pobres. Que a maioria do nosso povo era constituída de pobres e que a formação acadêmica valorizava o atendimento aos ricos. Que a nossa turma compreendesse a crise do país e se comprometesse com sua maioria.

São Paulo, como centro do conhecimento, acolheu-me para a Residência Médica na Clínica Infantil do Ipiranga, em 1977. Percebi três tipos de assistência: enfermarias de ricos, de conveniados ao INPS e de indigentes. A fome novamente incomodava o meu olhar, nas mortes injustas da desnutrição infantil. A epidemia de meningite mostrava as desigualdades sociais e outras mortes injustas, fruto da falta de acesso aos serviços de saúde.

O consultório particular logo ficou de lado. Gripes, amidalites e alergias perdiam para o compromisso com a fome.

Optei pelo serviço público em 1979, quando o modelo de atenção existente valorizava a puericultura na sua programação e com agendamento prévio. De manhã, o atendimento de crianças e gestantes com doenças leves. À tarde, o Programa Materno Infantil com atendimento programado de dia e hora marcados.

Nos anos 80, diante da crise da Previdência Social, o desabastecimento no fornecimento de medicações na rede de serviços estimulava o incentivo ao aleitamento materno. Em meus atendimentos considerava de equiparada importância, a dúvida de uma nutriz com os casos de crianças com febre, critério este frequentemente utilizado para avaliação de risco, resultando em atendimento médico no mesmo dia. Já nessa época, eu abria vaga de encaixe para tal, pois acreditava ser a ação maior no cuidado possível para a assistência de uma criança, prevenindo sua desnutrição ou sua morte.

Fazer especialização em Saúde Pública (do) não me deu compromisso político. Por que meu país, tão rico, não podia oferecer os mesmos direitos e cuidados com seu povo na licença gestante, licença paternidade, obrigatoriedade do trabalho formal, garantia do AME, à semelhança dos países desenvolvidos, preocupados com o futuro cidadão?

Em 1986, vi o envolvimento da comunidade científica e da população em torno do desmame precoce. TJ-2.9563

No segundo, o trabalho (alho)-10.4(f)7.7(o)-5.3(ra)5.1(do)-5.3()5.1(l)--1.4ar, com a intenção

materno, idas e vindas para casa em horários de mamadas, entretanto, tudo isso mostrou a insuficiência destas ações. Quatro meses e o bebê já preferia a mamadeira. Não se estimulava, na época, os benefícios da administração do leite materno por meio da colherinha.

Um grupo de psicólogos da UNIP (Universidade Paulista), sob orientação do Professor José Vilson dos Anjos, solicitou minha participação como pediatra para os estudos da Psicanálise com a teoria de Melanie Klein.

Comecei a ter acesso ao mundo do conhecimento sobre o desenvolvimento humano, a ver a importância da amamentação para a estruturação do caráter e da personalidade da criança na sua primeira relação com o mundo, na teoria do “seio bom” e “seio mau” (KLEIN, 1974). Acompanhei este grupo e suas experiências analíticas por mais de seis anos.

Engravidei novamente e desta vez tive o direito aos quatro meses de licença maternidade, somado às férias e às idas em casa nos horários de amamentação, permitindo afinal uma experiência bem sucedida com o AME. Só não faltava no grupo de estudo da psicanálise. Ordenhava o seio, mas o bebê me esperava voltar, sem chorar. Preferia a mãe.

Aos dez meses, um desmame adequado. O bebê não quis mais e fez uma transição tranqüila aos alimentos sólidos, ao leite no copo ou na colher.

A experiência pessoal e profissional em medicina pediátrica permitiu-me conhecer o universo das dificuldades familiares das nutrizes e fui ajustando minha linguagem técnica à linguagem delas, do seu cotidiano e percebi que elas correspondiam amamentando por um período maior, retornando ao AME, mesmo quando faziam uso do chá, do suco, do leite artificial.

Cada vez mais me tornava “amiga do peito”, mesmo em casos adversos obtinha experiências bem sucedidas, como por exemplo, junto a mães adolescentes, fortalecendo o vínculo mãe-filho e não o freqüente vínculo avó-neto. Em outros casos como os de filhos indesejados, como de mães ansiosas, ampliava o período de AME. Valorizava a importância do horário feito pelo bebê, do horário noturno, do desmame lento e de qualidade, do ajuste no retorno ao trabalho, da relação da nutriz com o marido, avós, sogra, outros filhos, influenciando o ajuste de linguagem no fortalecimento da decisão da mãe pelo AME, mesmo diante das influências contrárias presentes no ambiente familiar.

Na gestão 1997-2000, o secretário de saúde do município de Mairiporã me convidou para a direção da Vigilância Epidemiológica e coordenação dos trabalhos educativos. Foi implantado o Programa de Saúde da Família e dentro dele as intervenções no incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo, na reestruturação da assistência ao parto, na capacitação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e principalmente do Agente Comunitário de Saúde, elo de comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde. Vários cursos aconteceram, com metodologia participativa, influência da filosofia freireana (FREIRE, 1970) na busca de uma linguagem única. Trocas de conhecimentos se estabeleceram e o aprendizado foi intenso entre a comunidade e os trabalhadores envolvidos.

Mas o tempo administrativo de quatro anos pareceu ser pouco para que projetos de intervenção possam mudar hábitos culturais. Será que esta intervenção refletiu em melhoria do Aleitamento Materno Exclusivo da cidade?

Ganhei uma neta (2000), sem planejamento, sem estruturação familiar, mas que resultou em uma experiência amorosa de AME e uma amamentação de dois anos de duração.

Decidi fazer Pedagogia, aprender técnicas que favorecessem as intervenções nas dificuldades encontradas e novamente Paulo Freire se destacou para mim, como o educador que transforma conceitos a partir das realidades, aquele que soma e aprende com o próprio saber popular. Estes pensamentos também são compartilhados por Edgar Morin no “seu oceano de incertezas em meio a arquipélagos de certezas” (MORIN, 2000) e reforçadas no Relatório Delors da UNESCO (1999), quando escreveu para o mundo os quatro pilares da educação contemporânea: aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a conhecer.

Quando da Especialização em Saúde da Família (2004) pelo Pólo de Capacitação de São Paulo na Santa Casa de São Paulo, observei a necessidade da troca de experiências entre os profissionais de saúde da família e a universidade, sobre o tema aleitamento materno. A experiência dos ginecologistas no incentivo ao desmame precoce, a valorização dos aspectos mais técnicos ensinados pela pediatria confrontavam-se com as práticas dos colegas do Programa de Saúde da Família no incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo.

No trabalho de conclusão de curso o nosso grupo resolveu pesquisar o AME no PSF do Município de Francisco Morato (SILVA et al, 2003). O município já vinha investindo no AME

há três anos. Participou da pesquisa sobre AME – Projeto Amamentação & Municípios, encontrando um aumento significativo de taxa de AME até os quatro meses de idade, de 15,6% para 28,6% após políticas de incentivo, entretanto distante dos 100% preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A monografia realizada evidenciou a necessidade do trabalho nos grupos de gestantes e da importância de visita domiciliar precoce, dirimindo as dificuldades das nutrizes no AME.

Ao ingressar no Mestrado, decidi pesquisar o AME no PSF da unidade básica de saúde da Vila Nivi. A minha percepção era que havia uma baixa adesão e pouco incentivo por parte de profissionais de saúde que atuavam com a gestante ou nutriz. Havia muito a se construir e daria para se observar mudanças a partir da intervenção a ser feita. Seriam poucas gestantes por ano, o que facilitaria o acompanhamento do processo, inclusive com visitas domiciliares.

Após treinamento em serviço, pude organizar o atendimento ao pré-natal e à ginecologia. Pude constatar em 2005, quando comecei a participar dos grupos de gestantes, que eles eram esvaziados e pouco participativos.

Às dificuldades do PSF, somaram-se as dificuldades dos trabalhos de grupo propostos pela pesquisa realizada. Conflitos de opinião surgiram dentro da equipe do PSF e da equipe multiprofissional da UBS, dificultando a utilização da metodologia idealizada inicialmente, ficando comprometida às relações de trabalho. Dentre as conseqüências, a opção por mudar de local de trabalho. As reflexões do processo de trabalho na UBS ou o envolvimento com o mestrado tornaram-se prejudiciais ao desempenho da médica no PSF? Não sei a resposta, mas optei por um novo município que me recebeu de braços abertos para um trabalho em prevenção. Obrigada, Mairiporã!

1 INTRODUÇÃO

A rede pública é considerada a principal responsável pelo acompanhamento de pré-natal e pediatria. Durante a gravidez, a maior parte das mulheres formula seus padrões de alimentação infantil para os primeiros meses de vida do bebê. É nesta fase que as dificuldades e pressões sociais costumam surgir para a introdução precoce de água, chás, leites artificiais e outros alimentos. Os Hospitais Amigos da Criança, incentivadores da amamentação, em suas análises sobre a adesão ao AME, reivindicam a participação dos profissionais da rede de serviços básicos na promoção do AME, pois a intervenção no hospital não se mostrou suficiente para a continuidade do AME, devido à introdução de outros alimentos, muitas vezes preconizados por esses próprios profissionais. A partir disso tem-se proposto avaliações da efetividade das ações e atividades realizadas pelas UBS na promoção, proteção e apoio à amamentação.

Ao valorizar a atenção à gestante no pré-natal, atuando conjuntamente em trabalhos de grupo, nas vivências das dificuldades apresentadas por elas, destaca-se a rejeição da gravidez, relação familiar ou com o parceiro, relação com o trabalho, formas de parto, o planejamento familiar. A visita domiciliar surge então, como uma estratégia de enfrentamento das dificuldades com a rede social dessa gestante, para a melhoria da adesão ao AME. No pós-parto imediato, a presença da equipe em visita domiciliar para observação das mamadas, da interferência da rede familiar e social ao AME, a consulta precoce nos primeiros sete dias, o retorno freqüente para que se observe o ganho de peso do bebê são reforços no AME.

Apesar dos conhecimentos científicos, campanhas educativas, assistência ao pré-natal e ao pós-parto imediato, participação em trabalhos de grupos educativos, as nutrízes encontram dificuldades em conseguir manter por seis meses o aleitamento materno, resultando quase sempre em desmame precoce.

As primigestas são gestantes inseguras e ansiosas por apoio. Sendo garantido um relacionamento com alguém, que se detém a discutir com elas as questões da alimentação e do cuidado infantil, pode diminuir suas angústias. Já uma mãe com experiência bem sucedida com AME, pode influenciar outra mãe a reconstruir o motivo que a levou a abandonar o aleitamento, percebendo-se entre elas a construção de uma linguagem comum, que transmita credibilidade ao AME.

Com o trabalho sobre “Perfil da Amamentação e Padrões de Desmame de Crianças Menores de Um Ano em 69 Municípios do Estado de São Paulo” (VENÂNCIO, 2003) evidenciou-se a necessidade de intervenções de impacto nas políticas públicas, devido à ainda baixa adesão ao AME, encontrada na maioria dos municípios estudados.

Dentre os diversos estudos existentes do AME, a escolha foi feita sobre a importância da formação de Rede de Significações como estratégia de estímulo ao AME. Do estudo do livro “Rede de Significações e o Estudo do Desenvolvimento Humano” (ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004) percebe-se que o conhecimento da rede de significações pode auxiliar as ações de impacto na melhoria da adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo.

Esta rede, construída a partir das reflexões coletivas das gestantes e nutrizes, permite uma interação entre o saber popular e os conceitos científicos veiculados pelos serviços de saúde, visando uma valorização dos conceitos aflorados nas reuniões, onde o profissional atua como um mediador e animador, questionando e despertando no grupo, mudanças de pensamento e comportamento dos participantes.

Neste sentido, o propósito deste trabalho foi relatar uma experiência de um modelo de intervenção nas ações desenvolvidas na atenção materno-infantil no PSF, na UBS Vila Nivi, estimulando à adesão ao AME. Esta intervenção pode favorecer a formação da rede de significações sobre o tema e ao compartilhar com as gestantes, equipe e a comunidade assistida, contribuiu ao longo do tempo, para a modificação dos hábitos culturais locais em relação ao AME.

É urgente refletir sobre estas dificuldades, procurando entender melhor os problemas relatados por estas nutrizes, para num momento seguinte, repensar as práticas utilizadas no PSF para a assistência ao pré-natal e pós-parto imediato. A estratégia da formação de uma rede de significações pode facilitar a construção de novas significações no coletivo dos trabalhos desenvolvidos com a assistência materno-infantil, para que possa favorecer a incorporação de novos hábitos alimentares nestas comunidades e entre eles, o AME.

2 SUBSÍDIOS TEÓRICOS

2.1 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

2.1.1 Histórico da Prática do Aleitamento Materno

Nas sociedades pré-industriais não havia coleta sistemática de dados sobre o aleitamento materno, segundo Knodel & Van de Walle (1967). Estudos datados de 1876 relataravam a utilização de aleitamento artificial no Império Romano. Na Bavária, século XV, era comum os bebês serem alimentados com mingau de pão em lugar do leite materno. Em 1699, pela primeira vez, o colostro foi recomendado em lugar do purgante tradicional.

O Iluminismo e a Revolução Industrial serviram de sementeira para as tendências revolucionárias da Saúde Pública. John Locke em seu “Ensaio Acerca do Entendimento Humano” deu um impulso à ciência, procurando esclarecer ao povo sobre assuntos de saúde e higiene. Desenvolveu-se na França, Inglaterra e Estados Unidos o pensamento da atenção materno-infantil dentro do Movimento de Proteção à Maternidade e Infância (FONSECA, 2002). A percepção da maternidade teve início em 1762 na França, com Jean-Jacques Rousseau. As crianças ficavam de 2 a 5 anos na ama-de-leite e raramente eram visitados pelas mães. Cerca de 90% delas morriam e os pais nem iam ao enterro, quando isto havia. (LANA, 2001).

Em 1776, Rosé von Rosenstein foi o primeiro a afirmar que, ao se alimentar um bebê com leite materno desde o início, preveniam-se muitas doenças infantis. Na Alemanha, um estudo mostra que apenas 20% das mães não amamentavam entre 1875 e 1905. Em Berlim, no ano de 1885 estatísticas apresentaram que 74,8% das crianças menores de um ano estavam sendo alimentadas ao seio. Na mesma cidade, em 1905, este índice declinou para 56,2%. (HARDY E OSIS, 1991).

A carta de Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal pode ser considerado o primeiro registro sobre amamentação no Brasil, na qual há relatos de meninos atado aos peitos, com a admiração dos descobridores perante uma prática do “novo mundo”: as indígenas brasileiras cultivavam o hábito da amamentação do lactente, duração diferente e a compatibilidade da dupla

jornada de trabalho (mãe-nutriz e mulher trabalhadora), eram diferentes das mulheres européias da época (ALMEIDA, 1999)

O desmame ocorria, nesta época, por três motivos: morte materna, doença da mãe ou casos interditados pela cultura. A amamentação era impedida se a criança era indesejável, por ser filho de inimigos com mulheres da tribo ou filho de índias que mantinham relações sexuais com mais de um parceiro (ALMEIDA, 1999).

Por outro lado, para as mulheres européias, o amor materno não tinha valor social e moral e a amamentação era considerada uma tarefa indigna para uma dama. Trazia prejuízos para a estética e a beleza física da mulher e acreditava-se que manter relações sexuais corrompia o leite. As classes sociais subalternas copiavam esse valor (ALMEIDA, 1999). Em Lisboa, a amamentação mercenária era uma prática socialmente instituída, e cabiam às saloias, camponesas da periferia, o aleitamento dos filhos das classes sociais dominantes (FREYRE, 1994).

O costume de não amamentar no Brasil teria se estabelecido através de Portugal. Existem relatos do uso de leite artificial, fervido ou diluído, em meados do século XVII e que este era à base da alimentação das crianças no decorrer do século XIX (HARDY E OSIS, 1991).

Portugal transmitiu ao Brasil o costume das mães ricas não amamentarem. As índias foram as primeiras saloias, logo substituídas pelas escravas africanas. (FREYRE, 1994). Os elementos culturais não eram transferidos integralmente de uma cultura para outra. Aqui, a ama-de-leite foi socialmente construída e instituída, impondo-se às escravas o desmame em favor das crianças brancas. A urbanização possibilitou a mãe-preta de aluguel. Criar amas-de-leite era mais rentável que plantar café e o lucro gerado com a comercialização do leite, destinava-se ao proprietário das amas-escravas.

O aleitamento mercenário foi exercido no Brasil muito antes da chegada dos leites industrializados. Desde esse momento histórico que se estimula a instituição do desmame (ALMEIDA, 1999).

A sociedade brasileira se fundava com a miscigenação de brancos, negros e índios. Os elementos culturais vieram da Europa e da África para todo o Brasil, com a vinda de grandes contingentes de população branca e negra. (FREYRE, 1994). O sistema social brasileiro se formava numa realidade complexa, com forças e tendências contraditórias. A classe dominante

com maior poder de verbalização e domínio dos meios de comunicação, disseminou a cultura branca sobre os elementos culturais dos índios e africanos (ALMEIDA, 1999).

Apesar da escassez de relatos, os negros também tinham o hábito de amamentar (FREYRE, 1994) e para atender a demanda da família branca, a maternidade foi negada à mulher negra, onde o branco se apropriava da sua capacidade reprodutiva e de amamentar. (ALMEIDA, 1999).

Em Londres, 1769, John Hanway assegurou um decreto que tornava compulsória a ida das crianças ao campo para serem amamentadas (FONSECA, 2002). No século XIX, o Estado aceitou medicalizar suas ações políticas. A família de extração elitista foi escolhida como alvo principal e os higienistas reconstruíram socialmente a biologia do ciclo gravídico-puerperal resgatando o instinto, a maternidade e a amamentação como fatores vitais para a sobrevivência dos filhos. A higiene se insurgiu contra a insalubridade, buscando regular o tempo livre da mulher na casa, livrando-a do ócio e dos passatempos nefastos à moral e aos bons costumes familiares. O aleitamento também se prestou a recolocar a mulher no lar e por consequência, a dependência feminina, caso contrário, o machismo estaria comprometido, refazendo na mulher a crença na nobreza da função de amamentar. (ALMEIDA, 1999).

O negro foi associado aos miasmas, insetos, maus ares e maus hábitos transformados em um verdadeiro veneno social para a família. A escrava era uma projeção da culpa da mulher, responsabilizada pela infelicidade, doença e morte dos filhos entregues aos seus cuidados. Os europeus e famílias de primeira linha só admitiam serviçais brancos (ALMEIDA, 1999).

Os higienistas passaram a condenar rigorosamente o aluguel de escravas como amas-de-leite, onde o abuso dos senhores de escravos as obrigavam a abandonar seu filhos ou lançar mão da roda de crianças nas santas casas para serem adotadas. Outro aspecto era a questão sexual, onde amamentação era tida como algo cheio de erotismo e voluptuosidade. Bastava o bebê estender os braços para que os seios se ingurgitassem e o leite fosse ejaculado com força (ALMEIDA, 1999)

A primeira tese sobre aleitamento materno no Brasil foi em 1838 foi apresentada no Rio de Janeiro à Faculdade de Medicina, com o título “A Utilidade do Aleitamento Materno e os Inconvenientes que Resultam do Desprezo deste Dever”, na qual o autor Agostinho José Ferreira

Bretas reforçava a superioridade do leite materno e os riscos que as crianças não amamentadas corriam. Foi o início da formação do discurso científico em prol da construção social do fator biológico na esfera da amamentação natural. Apontava os riscos físicos que a mãe teria caso não amamentasse, como cancro do útero, metrite, peritonite, flebite e outros males (ALMEIDA, 1999).

Em defesa de sua ideologia, ele reforçava o valor “mágico” do leite, a obrigação natural da mulher como dever sagrado de mãe, a condenação e o perigo de criação de crianças por amas, principalmente a negra. Orientava a abstenção da amamentação após os prazeres conjugais, para não reduzir a qualidade do leite e apontava o aleitamento como elemento imprescindível para transformar homens em pais e maridos.

Ao ser patenteado o leite condensado em 1856, Liebig colocou no mercado o alimento infantil “perfeito” em 1867, abrindo o comércio de uma variedade de produtos que pretendiam substituir o leite materno.

Em 1919, antes mesmo da primeira conferência da Organização Internacional do Trabalho (OIT), já havia a preocupação com a questão da amamentação pelas mulheres trabalhadoras (HARDY & OSIS, 1991).

No Brasil, em meados do século XIX, surgiram as primeiras regras normalizadoras da amamentação com referenciais teóricos das escolas européias, principalmente a francesa e alemã. Surgem orientações sobre regulamentação de horários, intervalo e tempo de mamada em ambos os seios, prática do decúbito lateral, emprego de chupeta para acalmar o bebê, amamentação no pós-parto, condenação de água açucarada para uso do bebê e as restrições alimentares da mãe lactante (ALMEIDA, 1999).

Ao se lidar apenas pelos atributos biológicos, reduziu-se a efetividade das ações em amamentação. A incapacidade de lidar com fatos culturais fomentou o surgimento de situações impossíveis de serem solucionadas pelo modelo higienista. Surgem relatos de problemas como leite fraco ou leite que seca com facilidade, fatos que até hoje chegam a assumir status de ator social, responsável pelo desmame. As ações não contemplavam mediadores entre o determinismo biológico e o condicionamento cultural (ALMEIDA, 1999). Os profissionais se colocavam incapazes de conseguir lidar com esses dois conceitos para o aleitamento: promover (dar impulso,

trabalhar a favor, fazer avançar, favorecer o progresso) e apoiar (ajudar, amparar, sustentar) (ALMEIDA, 1993). Não se ensinava como fazê-lo, amparando a mulher, ajudando-a a vencer a historicidade de seus costumes e mediando os conflitos daí emergentes.

Para solucionar o problema da nutriz incapacitada de lactar, a ama-de-leite passou a ser aceita socialmente, uma vez que a amamentação animal, especialmente com cabras, não havia logrado êxito (ALMEIDA, 1999).

A proclamação da República em 1889 acentuou o darwinismo no Brasil, conformando a cidadania segundo um padrão higiênico de família. O ideal de “ordem e progresso” elegeu a educação como elemento fundamental do projeto republicano. A mulher assumiu o perfil de mulher-suporte. Ela deveria ser prendada, aprender a ler e escrever, para assumir a missão educativa do lar. Ainda assim era apenas sobre a família branca, excluídos os setores populares da sociedade (ALMEIDA, 1999).

O fim da escravidão formal levou o Estado a se pronunciar pela primeira vez em favor da criança pobre, melhorando a sobrevivência infantil e por consequência a mão-de-obra para o capitalismo explorador (ALMEIDA, 1999).

A crescente inserção da mulher pobre no mercado de trabalho tecia um cenário favorável ao desmame. Moncorvo Filho fundou em 1901, no Rio de Janeiro, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, com o objetivo de proceder a rigoroso exame de saúde das mercenárias, mulheres pagas para amamentar (ALMEIDA, 1999).

O século XX fez a sociedade brasileira abandonar o modelo agro-exportador em favor do urbano-industrial, possibilitando a ascensão da burguesia e a imposição da sua hegemonia. Foi se desenvolvendo a sociedade de consumo e com ela a mamadeira, um dos novos símbolos de modernidade e urbanismo (ALMEIDA, 1999).

Nessa mesma época, chega ao Brasil as primeiras remessas de leite condensado e farinha láctea da Suíça. Assim, a nova patologia “hipogalactia” permitiu a institucionalização do desmame precoce como prática cultural.

Recentemente, pela necessidade de recuperação da mão de obra masculina do mercado de trabalho, a sociedade burguesa redirecionou a mulher para o interior do lar.

Em 1990, o Brasil participou do Spedale Degli Innocenti em Florença, Itália, evento da Organização Mundial da Saúde (OMS) e United Nations Children's Fund (UNICEF) para a melhoria da prática do aleitamento materno no mundo. Saiu desse encontro a proposta de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com a Declaração de Spedale Degli Innocenti e os dez passos para o sucesso do aleitamento materno (BENGUIGUI, 2000). Foram escolhidos 12 países e entre eles o Brasil (ANEXO I).

A partir de então, várias iniciativas foram introduzidas para estímulo e regulamentação do aleitamento materno. Em 1995 existiam 4.282 hospitais destes no mundo e em 2002 passaram a ser 15.044 representando aumento de 350%. No Brasil o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) foi o primeiro a receber a placa de IHAC. Em 2003 são 259 hospitais acreditados no Brasil, sendo 125 do Nordeste (48,2%) (DINIZ, 2003).

2.1.2 Alimentação Infantil

Foram consideradas as seguintes categorias sobre alimentação infantil, conforme indicações da OMS (DINIZ, 2003):

- **Alimentação infantil** é o conjunto de processos dietéticos comportamentais e fisiológicos envolvidos na ingestão de alimentos pela criança.
- **Aleitamento materno** é quando se usa o leite materno do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.
- **Aleitamento Materno Exclusivo** é o uso apenas do Leite Materno. Suplementos medicinais são admissíveis.
- **Aleitamento Materno Predominante** é quando além do Leite Materno, há o uso de água, chás ou sucos.
- **Desmame** é a transição onde a criança do seio materno passa para a alimentação da família, com o uso de alimentação complementar.

- **Alimentação complementar** é qualquer alimento dado em uso de leite materno, por exemplo: água com açúcar ou leite em pó.
- **Alimentos transicionais** são alimentos preparados para suprir as necessidades nutricionais e fisiológicas de crianças pequenas, diferente do alimento de família.

2.1.3 Incentivo ao AME

A Organização Mundial da Saúde recomenda o AME até os 6 meses a partir da 54ª Assembléia Mundial de Saúde em Genebra em maio de 2001. São estratégias adotadas: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), desde 1992 e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. (OLIVEIRA E CAMACHO, 2002).

O AME é pouco praticado mundialmente. Muito se fala das “voluntárias mãe a mãe”, das amigas do peito ou “La Leche League” que atingem apenas as mulheres de classe média e sobre as quais existem poucos estudos de efetividade. No Brasil a mediana de AME é pouco mais de um mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Em revisão feita pela ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) no LILACS E MEDLINE, apresentada no Seminário realizado em Pelotas (RS) em 6 a 8 de novembro de 2001, de dezoito trabalhos de avaliação de impacto, seis foram sobre aleitamento materno, quatro sobre estado nutricional, três sobre diarreia, e os demais de assuntos variados. (VICTORA, 2002).

A revisão de estudos experimentais ou quase-experimentais sobre o AME, publicados entre 1980 e 1999 (OLIVEIRA E CAMACHO, 2002), demonstrou que as intervenções mais efetivas no aumento do período do AME foram aquelas cujos procedimentos se repetiam em variadas situações, tais como:

- Ouvir preocupações e dificuldades das gestantes e proporcionar-lhes ajuda;
- Informar as gestantes sobre o início precoce do AME;
- Informar gestantes e mães sobre vantagens do AME e da livre demanda, produção do leite e manutenção do aleitamento materno até 2 anos ou mais;

- Alertar sobre riscos do uso de leites artificiais, mamadeiras e chupetas e o efeito do marketing destes produtos;
- Orientar sobre pega, posição e ordenha;
- Orientar nutrizes sobre contracepção.

As estratégias mais efetivas foram os grupos de pré-natal e de mães e as visitas domiciliares.

Segundo LANA (2001), a identificação do perfil das mães em risco de desmame precoce, pode ser obtida das seguintes informações sobre as nutrizes:

- Não tem experiência anterior;
- Não tem intenção de amamentar ou tem por pouco tempo;
- Comprou mamadeiras, chucas, bicos e chupetas;
- Tem marido ou familiares com atitudes negativas em relação ao AME;
- Tem problemas emocionais;
- Revela indícios de vínculo afetivo mãe-bebê inadequado;
- Gravidez não desejada ou não aceita;
- Mãe solteira ou adolescente;
- Pouco maternal ou impaciente;
- Gestante de alto risco;
- Acredita que tanto faz ser leite de peito como de vaca;
- Tem ou teve problemas com a mama;
- Dificuldade de pega ou de técnica de sucção do bebê ao seio;

- Desmame precoce de filho anterior;
- Trabalho fora de casa;
- Insucesso familiar com a prática de AME;
- Não acredita na minipílula.

Como forma de incentivo ao AME há que se considerar, portanto, a importância da observação permanente dos aspectos apontados anteriormente e, acima de tudo, a capacidade dos serviços públicos de saúde em dar respostas aos problemas, que determinam a não realização do AME, pela não adoção destas práticas descritas nas atividades rotineiras dos serviços, favorecendo provavelmente a baixa adesão.

2.1.4 Conseqüências da Baixa Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo

A prática ideal do aleitamento materno tem em geral baixa prevalência, mas o início da prática de amamentar é relativamente alto e, portanto, há necessidade de se repensar as práticas utilizadas no Programa de Saúde da Família (PSF) para a assistência ao pré-natal e pós-parto imediato, no enfoque do AME.

Dois fatores determinantes interferem na prática do aleitamento materno. Primeiro, são aqueles que influem na decisão pessoal da mãe e que têm a ver com o nível individual, familiar ou comunitário. Segundo, são os fatores sócio-econômicos que indiretamente afetam a decisão da mãe. Em geral, esses fatores contribuem para a perda da cultura e da tradição do aleitamento materno (BENIGUI, 2000).

O AME interfere diretamente na mortalidade infantil e constata-se que “cerca de metade das mortes ocorridas no período neonatal” poderiam ser mortes evitáveis (LANA, 2001). Amamentar ou não é condição de vida ou morte da criança. Em menores de seis meses o risco de morte é de 16 vezes mais que as não amamentadas (VICTORA, 1992). Assim o efeito protetor da amamentação é comprovado pela menor incidência de doenças infecciosas como diarreias, infecções respiratórias, meningites bacterianas, otites médias, infecções urinárias, diabete, doença digestiva crônica (REA, 1998).

A ocorrência de enterocolite necrotizante, infecções neonatais, diarreias estão relacionadas à alimentação artificial (83% dos 35 estudos em 14 países mostraram a relação entre leite materno e diarreia). No Peru, Brown et al. (1989) descreveu que o leite materno mostrou a redução da diarreia a um terço quando a prevalência do aleitamento materno até seis meses chegou a 50%. Há relatos sobre a diminuição das doenças respiratórias e da gravidade dos episódios, com redução das otites médias agudas, da duração da otite média secretória (VICTORA, 1992).

Observa-se a prevenção de desnutrição pelo espaçamento de partos, fato importante para países em desenvolvimento e sobrevivência das crianças, observado em 39 países onde a mortalidade foi menor se o intervalo entre partos for maior que dois anos. O AME representa então uma economia para a família pela redução do número de filhos, reduz os gastos com alimentos alternativos, além de não existir a necessidade do preparo (HUTTLY, 1992).

Existe um hábito cultural incorporado que ainda considera o leite artificial e o uso da mamadeira como “substitutos ideais ao desenvolvimento infantil” (BENGUIGUI, 2000). Por outro lado, o conhecimento científico acumulado mostra a influência da alimentação natural para o desenvolvimento físico saudável e adequado ao bebê, devido ao seu rápido crescimento em meio aos riscos expostos da vida extra-uterina (VICTORA & BARROS, 1991; BARATA, 1996; DINIZ, 2003).

De forma complementar, os conhecimentos da psicologia humana de mais de um século demonstram a rapidez com que o bebê adquire seu desenvolvimento cognitivo, por meio da afetividade e da estimulação precoce, que precisam fazer parte da amamentação e maternagem.

O projeto sobre “Perfil da amamentação e padrões de desmame de crianças menores de um ano em 69 municípios do Estado de São Paulo” propõe, num levantamento no Dia Nacional de Vacinação, a aplicação de um questionário para menores de um ano e um mais detalhado para os menores de quatro meses. Estes dados levantados sobre as práticas alimentares das crianças nas últimas 24 horas permitiu avaliar a situação da adesão ao aleitamento materno. (VENÂNCIO, 2003)

Apesar de o projeto ser realizado em municípios que se envolveram voluntariamente, trazendo ou não uma prática de incentivo ao AME, percebeu-se que houve uma melhora da

adesão ao AME, mas ainda distante dos 100% preconizados pela OMS. Fica evidente a necessidade de intervenções de impacto, devido aos baixos níveis de adesão ao AME encontrados na maioria dos municípios estudados (VENÂNCIO, 2002; VENÂNCIO & MONTEIRO, 2006).

2.1.5 Contexto dos Serviços Públicos de Saúde

A OMS recomenda a prática do aleitamento materno para 100% das nutrizes, e o PSF é visto atualmente como a melhor estratégia para formação de vínculo e intervenção nos hábitos culturais da comunidade. O Brasil tem adotado esta prática, incentivando a formação de equipes de saúde da família em todo o país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Entretanto na prática não se concretizam ações efetivas, pois apenas fala-se em AME. Como exemplo, o Ministério da Saúde em 2002 encaminha para as UBS apenas um álbum seriado sobre a prática do aleitamento materno e distribui para cada profissional pediatra um guia alimentar para crianças menores de 2 anos.

Neste guia alimentar o destaque é dado à baixa adesão ao AME, reforça as boas técnicas de comunicação como ouvir, perguntar, responder, recomendar e elogiar, porém dedica ao AME apenas as páginas 6 e 7 das 45 que compõe este guia. O guia enfatiza cinco recomendações para o AME que pela linguagem adotada no texto não favorece o envolvimento dos profissionais e dificulta sua argumentação em favor do AME.

Entre os exemplos citam: leite materno tem água suficiente, subentendendo-se igual valor entre o leite e a água; outros líquidos são chances do bebê adoecer, quando se estimularia mais, se indicasse o leite materno como alimento completo, evitando doenças; o tempo de mamada pode ser de minutos ou de mais de trinta minutos, quando uma grande parcela das nutrizes desiste da amamentação pela demora nas mamadas, referidas principalmente no início da lactação; posição de mamada para conforto da mãe, sem dor ou a pega está errada, de certa forma valoriza a ocorrência, mesmo que casual, de dor e desconforto, quando a valorização deveria estar enfatizando a pega adequada; que a mãe estimule o bebê a mamar mais vezes inclusive à noite, quando uma grande parcela das nutrizes desistem da amamentação pela dificuldade de amamentar durante a noite; reforça que o ganho de peso de menos de 20g por dia, o molhar menos de seis fraldas e mamas flácidas podem ser indicativos de mãe com pouco leite, reforçando a idéia da hipogalactia, não levantando dados estatísticos da incidência destes eventos;

no texto, o reforço maior é dado ao leite colostro, no início produzido em pequena quantidade, reforçando a idéia do “pouco leite” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Outros incentivos da OMS são os dez passos da amamentação nos hospitais amigos da criança (IHAC) e no método mãe- canguru. São atividades recentes na programação das UBS, em prioridade ao AME, o atendimento à nutriz em visita domiciliar nos primeiros sete dias, e a primeira consulta ao recém-nascido dentro dos primeiros 15 dias. Em geral, quando há demora do primeiro atendimento, a maioria dos bebês já está em processo de desmame, com uso de leite artificial em mamadeira e inviabilizando inclusive o retorno ao AME. Outra dificuldade é a reserva de vaga para atendimento ser priorizada para a demanda à doença (DINIZ, 2003)

A Constituição Cidadã, com a descentralização dos municípios, traz a importância do planejamento local na obrigatoriedade dos planos plurianuais de saúde, acarretando maior envolvimento das equipes dos municípios e a responsabilização do governo local com as propostas feitas, além da participação e do controle público dos conselhos de saúde. (NOB, 1996)

Como conseqüência da descentralização surge a formação dos sistemas locais de saúde (SILOS) e o PSF aparece como uma estratégia para o fortalecimento das ações de saúde locais, tendo como característica a facilidade de contato e formação de vínculos entre o estado e a população. Os avanços da regionalização são evidentes. A economia da união foi de 16%, os estados e municípios são obrigados a maiores investimentos em saúde. As respostas que estes municípios tiveram que dar a seus cidadãos foram evidentes em que muitos municípios chegaram a investir 70% de suas receitas (ZAUHY, 2002).

Com o planejamento local como forma de gestão em serviços, foi grande o avanço na descentralização. Quando os programas verticais eram práticas nos serviços, os impactos conseguidos eram por conta de protocolos elaborados com alto teor técnico. Hoje, as atividades são descentralizadas, mas ainda não se consegue a necessária linguagem única para o desempenho destas. Treinamentos e capacitações estão sendo desenvolvidos, mas a mudança de hábitos não ocorre apenas pelo acesso à informação. Há que se pensar maneiras de se acompanhar esse processo, respeitando as diferenças locais, mas sem prejuízo da atividade técnica a ser desenvolvida.

2.2 REDE DE SIGNIFICAÇÕES

O ser humano é essencialmente social. O requerer e depender, por longo tempo de outros para sobreviver e tornar-se uma pessoa faz do ser humano um ser dialógico por natureza. Essa rede de relacionamentos é concebida como atravessada pela linguagem, pela cultura e pela interpretação que uma pessoa faz da outra e da situação (ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004).

O conceito de rede é introduzido dentro de uma perspectiva junto com outro conjunto de categorias que explicitam sua significação, da mesma forma que algumas das categorias, como pessoa, campos interativos dialógicos, contextos, matriz sócio-histórica e dimensões temporais, integra-se em múltiplas dimensões do processo de desenvolvimento (ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004).

De acordo com o pensamento de Bourdieu, pode-se imaginar que a formação de rede de significações em Aleitamento Materno, (apud ROSSETTI-FERREIRA et al, 2004) seria composta por elementos de ordem pessoal, relacional e contextual, atravessados pela cultura, ideologia e relações de poder, isto é, pelo que denominamos de matriz sócio-histórica.

Para Wallon (1986) a noção de meio é proposta em duas funções: a de ambiente, contexto ou campo de aplicação de condutas (*milieu*); e a de condição, recurso, instrumento de desenvolvimento (*moyen*). O meio social, o espaço de experiência da pessoa, representa assim um instrumento, um recurso para seu desenvolvimento. Não existe contexto sem pessoas nem pessoas sem contexto, sendo que ambos se constituem reciprocamente. Tal multiplicidade de significados contradiz a idéia de que a qualidade homogênea e pré-determinada seja atribuída freqüentemente às dimensões sócio-culturais, fazendo com que a matriz sócio-histórica possa contribuir de modo mais flexível nos processos de desenvolvimento das pessoas.

Na construção da rede, estão interligados intimamente os tempos: presente, vivido, histórico e tempo de orientação futura. O tempo presente ou microgenético envolve situações do aqui-agora. O tempo vivido ou ontogenético refere-se a vozes evocadas de experiências vividas em nossas práticas discursivas, esse é o território do *habitus*. O tempo histórico ou cultural é o *locus* do imaginário cultural, socialmente construído durante períodos relativamente longos em uma determinada sociedade. O tempo prospectivo ou orientado para o futuro integra expectativas

individuais e coletivas, proposições e metas (BORDIEU, 1989; ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004).

Segundo Vygotsky (2001), os indivíduos se apropriam do que inicialmente lhes é exterior e usam-no para orientar suas próprias ações. De início elas ocorrem em uma esfera interpessoal, são transferidas para um âmbito intrapessoal, em um processo denominado “interiorização”, e a depender da vontade de cada indivíduo, do resultado da resistência do organismo ao comando, elas podem fazer parte de sua história de vida, ocorrendo uma mudança de hábito cultural.

Marx (1978) diz que “a essência humana não é o abstrato residindo no indivíduo único. Em sua efetividade, é o conjunto das relações sociais” (apud ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004). Afinal, para cada ação o pensamento na personalidade muda nas diferentes esferas da vida social, conforme os indivíduos desempenham papéis de juiz, médico, pai, etc. Segundo Vygotsky (2001), a noção de papel aparece de duas formas: como modelo de desempenho a ser tomado por imitação e como recurso de desenvolvimento, mediador básico da relação sujeito-mundo.

O signo só se torna signo sob a condição de manifestar, além do mais, a relação que o liga àquilo que significa. Ele, sendo produção humana, atua como um elemento mediador (funciona

pelo parceiro. Isso envolve gestos e palavras que gerenciam a construção e a negociação de significados (ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004).

O fenômeno psicológico se produz nas práticas discursivas, nos episódios sociais que tomam lugar em nossas relações cotidianas. Dá visibilidade aos processos interativos que sustentam a produção de sentidos sobre o self e sobre o mundo, sendo uma alternativa dinâmica a uma versão mais estática do conceito de papel (ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004).

E esse conhecimento pode favorecer a construção de uma rede de significação, que permita a revisão dos hábitos culturais das comunidades, agregando novos valores aos existentes, auxiliando numa maior adesão ao AME.

Numa pesquisa qualitativa, todas as falas colocadas têm o mesmo valor, por se tratar de maneiras diferentes de ver o mesmo problema. Por mais que se esteja atento às colocações feitas, não se consegue destacar todas elas, isto sem falar, das linguagens não faladas, das linguagens corporais, além da interferência do próprio pesquisador.

É importante o conhecimento sobre a construção da rede de significação, pois evidencia o valor da reflexão coletiva na construção de novos hábitos culturais, do valor da linguagem, como meio transparente de expressão e comunicação de pensamentos, com seus sistemas de signos ligados a princípios universais de raciocínio.

A rede de significações pode constituir uma ferramenta capaz de auxiliar tanto nos procedimentos de investigação como na compreensão do processo de desenvolvimento humano. As relações sociais são consideradas fundantes, desde os primeiros anos de vida, e perduram por toda ela, como arena e motor do processo de desenvolvimento.

É da interação dos indivíduos e de seus conceitos que as comunidades vão assimilando e renovando seus hábitos culturais. Essa multiplicidade de vozes e posições que dialogam entre si submete a pessoa, mas ao mesmo tempo, favorece a inovação para a construção de novos posicionamentos e processos de significação acerca do mundo, do outro, e de si mesma. O sentimento de ser único e relativamente constante, ao longo do tempo, é resultado de um processo de construção cultural que exige permanência e individualização, o que se sustenta inclusive pela linguagem e por documentos institucionais (ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004).

Sabidamente, as condições e os modos de produção determinam os modos de relação, que constituem os modos de ser, de agir, de sentir, de pensar, de significar, dos homens, em suas condições concretas de vida. É a partir dessa herança e da ambiência cultural da passagem para o século XX que podemos situar a emergência de uma perspectiva histórico-cultural do desenvolvimento humano, marcada sobretudo pelas contribuições de Vygotsky, Luria, Leontiev, Wallon e Bakhtin, que vão assumir o materialismo histórico-dialético (ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004).

O processo sócio-histórico é sabidamente lento, mas temos que acreditar que intervenções contínuas nesta realidade, com a devida flexibilidade de ação, modificam os comportamentos hoje vigentes, fruto de uma mídia cujo enfoque lucrativo massificou os conhecimentos científicos dos benefícios do aleitamento materno exclusivo.

A realização de grupos focais é resultado de um processo bastante complexo de construção, na qual os dados obtidos sofrem influência na relação do pesquisador com o evento pesquisado. As falas colocadas com suas dificuldades e conhecimentos acumulados ao longo do tempo vão permitindo a colocação das diferentes maneiras de interferir na realidade.

Estas dificuldades são observadas de múltiplos pontos de vista, em que cada um deles é igualmente válido, já que nos é impossível acessar uma realidade objetiva que exista independente de nós, da nossa co-construção dessa realidade. Ao reconhecer o limite de

ciência, das “figuras” do saber científico. No “fundo”, estão colocados os valores e significados que a comunidade tem cristalizado ao longo da vida e que compete aos técnicos pensar formas de transformação.

As formas culturais de organização do ambiente, as maneiras como as pessoas atuam em variadas situações, particularmente os modos como interagem com parceiros diversos, fornecem aos indivíduos que nele estão imersos os conhecimentos, as técnicas, os instrumentos e também os motivos para as suas ações. A consciência é produzida pela vida social (ROSSETTI-FERREIRA et al, 2004).

Moreno (1951), buscando uma sociedade ideal que chamou de “sociométrica”, relata que cada indivíduo participa segundo suas habilidades, criando procedimentos de análise das estruturas dos papéis que constituem o tecido social.

Percebe-se assim, que o profissional da saúde é parte da realidade nas comunidades assistidas e passível de imitação. Ele deve atuar como um recurso de desenvolvimento, que favoreça a percepção das gestantes, nos seus significados sociais, emocionais.

As atividades devem ocorrer dentro de um espaço lúdico, divertido, sem censuras ou críticas. Para Vygotsky (2001), brincar, mesmo que sozinho, constitui uma “zona de desenvolvimento proximal”, um espaço de relações interpessoais no qual o parceiro mais experiente, ou seja, aquele que tem seu comportamento mais mediado pelo conjunto de signos presente em uma cultura, não precisa estar concretamente presente. Ele atua como figura-fundo, trazido à situação pelas ações dos sujeitos, gradativamente, via memória e as representações que eles começam a poder construir, não necessariamente na intervenção realizada, mas ao longo da vida.

Do estudo da formação de redes de significações, percebe-se que para se obter ações de impacto sobre a melhoria da adesão ao AME, o conhecimento construído pode ser de grande valia, na busca do entendimento dos significados e símbolos emergentes das gestantes e nutrízes sendo possível o encontro de novos significados.

Para tal transformação, os profissionais da saúde precisam estar atentos ao momento que possam favorecer estas mudanças. O período da gestação é um momento que culturalmente a

maioria das gestantes sabe da importância do pré-natal, já comparece às consultas médicas e existe abertura ao aprendizado.

A gestação pode ser vista como um curto espaço de tempo onde todos estes momentos estão presentes. É o aqui-agora na relação com os nove meses da gravidez. É tempo vivido pelos hábitos das experiências vividas. É o *locus* do imaginário cultural, cheio das informações construídas ao longo dos anos em uma determinada comunidade, seus hábitos, receios e conhecimento amadurecido pela prática cultural estabelecida. Interessa-nos o tempo prospectivo, onde a integração das expectativas individuais e coletivas possa orientar proposições e metas para um futuro próximo, referenciando a assistência ao bebê que vai nascer.

A gestação e o contato mensal da equipe com a gestante permitem a re-leitura das situações de vida dela, seus hábitos culturais e seus significados. Esses significados canalizam as ações/emoções/concepções em determinadas direções, mais do que outras. Estabelece um conjunto de possibilidades e limites à situação, aos comportamentos e ao desenvolvimento das pessoas. Se a estrutura for mais rígida em certas configurações, a pessoa tende à repetição de determinadas posições e comportamentos. Estas podem ser desviadas a partir de um elemento circunscritor da configuração, submetendo a pessoa a certas posições reiterativas, sobre as quais tem pouco controle (processo denominado de enredamento). É o momento em que se colocam os conhecimentos científicos para discussão. A rede em que uma pessoa se encontra imersa articula-se com outras redes de várias outras pessoas e grupos, possibilitando a revisão de conceitos, característica encontrada no princípio da multiplicidade de encaixes de Lévy (1993).

Ao fazer uma construção coletiva, a partir da integração dos conhecimentos de uma dada comunidade, refletindo e fazendo refletir novos conhecimentos, a rede de significações se estabelece a partir de signos construídos pela própria comunidade, em especial as gestantes.

As gestantes, ao ter a oportunidade de expor seus valores, seus significados, e ao fazerem trocas e dão acesso ao novo, ao conhecimento que se aflora nessa dialogia. Durante os processos de reflexão os papéis vão se revendo, novos valores vão se construindo, favorecendo mudanças nos hábitos culturais que possam permitir a retomada do AME.

Segundo Almeida (1999), a rede de significações busca as dinâmicas das inter-relações e as razões de sua oportunidade para propor alguns possíveis modelos explicativos para as tramas

que se entremearam no interior da rede que interliga os atores e fatos sociais. O leite humano deve ser olhado como um híbrido que se forma entre os domínios da natureza e da cultura. Daí a

industrializados, a ocitocina. Todos partícipes da trama chamada amamentação (ALMEIDA, 1999).

O conhecimento da rede de significações pode ser importante na reflexão das atividades realizadas no pré-natal, levando em consideração as variadas redes de significações existentes dentro de uma mesma comunidade, da necessidade de se atuar como facilitadores de uma reflexão coletiva das dificuldades encontradas na adesão ao AME. Busca-se uma transformação de realidade, à medida que o leite materno é considerado o único meio de se garantir melhor sobrevivência ao recém nascido em geral, e que dirá àquele nascido em áreas de populações carentes.

Nos trabalhos de grupos educativos desenvolvidos no pré-natal, encontramos substrato suficiente para se pensar nas transformações culturais necessárias para a retomada do aleitamento materno exclusivo. A construção coletiva de uma nova rede de significação para essas gestantes mostram possibilidades de se interferir na repetição de posições e comportamentos estabelecidos pelo *habitus* cultural da comunidade assistida (apud ROSSETI-FERREIRA, 2004).

2.3 JUSTIFICATIVA

As vantagens do leite materno e da amamentação são amplamente conhecidas, mas apesar disto, a mulher contemporânea tende a amamentar cada vez menos (SOUZA, 1996). A lógica imediatista impulsiona a relacionar o hábito de amamentação ao novo papel social da mulher. Há quase o dobro de famílias chefiadas por mulheres ao longo a década de 80 e um expressivo aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho (RIBEIRO, 1994). Hoje a mulher compõe a renda familiar e assume a tripla jornada de ser mãe, dona-de-casa e trabalhadora remunerada (GIFFIN, 1994).

Rea & Cukier (1984) atentam para o fato de que as mulheres raramente assumem o desmame, lançando mão de respostas estereotipadas, adaptadas ao que é aceito e esperado no contexto sociocultural em que se encontram inseridas, para justificar o insucesso com a amamentação. O motivo mais alegado é “o leite é pouco”, (D’AVILA, 1986; VILLA, 1985; ISSLER, H. LEONE, C. & QUINTAL, V. S., 1986; FIGUEIREDO, 1981; MARTINS FILHO, 1976; RICCO, 1975; ALVIM, 1964). Porém já existe comprovação científica que permite refutar as idéias existentes de que o leite é fraco e/ou pouco.(NAKANO,1996; SANTOS JÚNIOR, 1995).

Percebe-se que apesar dos conhecimentos científicos, campanhas educativas, assistência ao pré-natal e ao pós-parto imediato, participação em trabalhos de grupos educativos, as nutrizes encontram dificuldades em conseguir manter o AME, resultando em desmame precoce.

Por outro lado, os profissionais continuam enfatizando a transmissão dos conhecimentos científicos. Não se sensibilizam da importância que estas dificuldades têm para as gestantes. A linguagem, adotada pelos profissionais, não cativa as nutrizes, distanciando e dificultando a argumentação em favor do AME.

É urgente refletir sobre estas dificuldades, procurando entender melhor os problemas relatados por estas nutrizes, para num momento seguinte, repensar as práticas utilizadas no PSF para a assistência ao pré-natal e pós-parto imediato.

A estratégia da formação de uma rede de significações pode facilitar a construção de novas significações no coletivo dos trabalhos desenvolvidos na assistência materno-infantil, para que possa favorecer a incorporação de novos hábitos alimentares nestas comunidades e entre eles, o AME. Espera-se contribuir com uma nova forma de discutir a temática no cenário da saúde pública, construindo bases que permitam uma melhor adesão às políticas de saúde existentes na área.

O trabalho se propõe a contribuir na produção de conhecimentos sobre as dificuldades levantadas pelas gestantes e nutrizes participantes do estudo sobre a adesão ao AME em área acompanhada pelo PSF, identificando as possíveis diferenças no AME, nas várias oportunidades educativas oferecidas pelos serviços a cada gestante ou nutriz com seus filhos.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral - Intervir em um trabalho de grupo de mães com a finalidade de incentivar o aleitamento materno exclusivo, utilizando a formação de rede de significações, nas ações desenvolvidas na atenção materno infantil do Programa de Saúde da Família (PSF), na Unidade Básica de Saúde Vila Nivi.

Objetivos específicos:

- Formar grupo de nutrizes e gestantes para entender suas preocupações e dificuldades, buscando captar suas redes de significações.
- Favorecer a formação de rede de significações sobre o Aleitamento Materno Exclusivo.
- Estimular a adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO E CATEGORIA DE ANÁLISE

Este trabalho retratou uma intervenção nos serviços de atenção primária do programa de saúde da família, na atenção à gestante, com a formação de uma rede de significações na observação dos grupos desenvolvidos e das entrevistas realizadas com técnicas qualitativas para análises de conteúdo e relação contextual (BARDIN, 1977).

O percentual dos dados quantitativos obtidos subsidiou a análise descritiva na caracterização da unidade e do perfil das nutrizes da UBS Vila Nivi.

4.2 MÉTODO DE CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A escolha da UBS Vila Nivi foi devida à localização geográfica, ao fato de ser a unidade de trabalho da autora, levando em consideração a cobertura parcial do PSF na área, o tempo de implantação do programa e a necessidade de avaliação do impacto das ações educativas na adesão ao AME. O levantamento sobre a situação atual e a caracterização da UBS foi executado partindo dos dados contidos do SIAB, 2003-2005. Outras informações foram obtidas de entrevistas informais com funcionários da unidade, lideranças comunitárias, gerentes de unidades e população em geral.

4.3 SELEÇÃO DE CASOS

Apesar da divulgação na UBS como um todo e do esforço dos profissionais envolvidos com a proposta da pesquisa, a adesão se deu apenas com a clientela do PSF.

Os critérios de inclusão e exclusão das amostras foram os seguintes:

Inclusão: As gestantes envolvidas são pertencentes à área do PSF Vila Nivi e foram incluídas tanto pelo atendimento individual como pela participação nos grupos realizados.

Exclusão: Como o PSF trabalha com a possibilidade de Visita Domiciliar, conseguiu-se uma cobertura de 100% dessas gestantes. Foi pensada a exclusão apenas daquelas menores de

dezoito anos, pela necessidade de uma proposta diferenciada e de autorização de responsável e daquelas que porventura se recusassem à participação do trabalho, fatos que não ocorreram.

4.4 PROCEDIMENTOS DA INVESTIGAÇÃO

Este trabalho recorreu a dois procedimentos de investigação:

Observação participante: acompanhamento aos trabalhos de grupo com nutrízes e gestantes realizados no período de janeiro de 2005 a setembro de 2006.

Um grupo de dezessete mães nutrízes foi organizado em janeiro de 2005 (Grupo nutrízes), tendo apenas um encontro.

Um grupo organizado em abril de 2005 continha cinco participantes (Grupo Gestante momento I) teve apenas dois encontros mensais.

Um grupo organizado em setembro de 2005 constou de sete participantes (Grupo gestante momento II) obteve-se sete encontros mensais.

Era importante conhecer a realidade local, seus pensamentos, conflitos e divergências conceituais. Durante a organização dos grupos foi apresentada a proposta da pesquisa e a dupla de entrevistadores. Esses entrevistadores externos visavam prevenir possíveis desconfortos das participantes em dizer as dificuldades para a médica pesquisadora (MARCONI & LAKATOS, 2006; THIOLENT, 1984; BRANDÃO, 1981).

Entrevistas: realizadas em janeiro de 2005 no grupo de nutrízes. No grupo gestante em janeiro e fevereiro de 2006. As entrevistas seguiram o roteiro no anexo II, com tópicos de abordagem quantitativa analisados com distribuição de frequência simples sobre identificação, antecedentes obstétricos e antecedentes alimentares, contendo informações sobre: idade, estado civil, escolaridade e ocupação da mãe, endereço e número de prontuário da UBS, número de filhos, número de consultas ao último pré-natal, tipo de parto, datas de introdução dos outros alimentos, caracterizando aleitamento materno exclusivo, predominante e complementado.

No histórico da gravidez atual utilizou-se perguntas semi-abertas contendo como principais tópicos: aleitamento materno obtido até o momento da entrevista, e incentivo recebido no pré natal e na participação em trabalhos de grupos educativos.

As gestantes da área do PSF da UBS Vila Nivi foram acompanhadas com atendimento individual e de grupo. As entrevistas continham informações sobre as dificuldades encontradas no AME anterior, seus significados e possibilidades de re-significações coletivas, a partir dos trabalhos de grupo ou em visita domiciliar, a depender da escolha da própria gestante ou nutriz participante. O registro dessas informações visou facilitar a formação de uma rede de significações que favorecesse a construção de um saber coletivo que ampliasse as possibilidades de adesão ao AME na coletividade.

4.5 PLANO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Ao se identificar as dificuldades locais sobre o AME no grupo das nutrizes, analisando os costumes e hábitos culturais da clientela em estudo foi proposta a organização de ações de intervenção no grupo de gestantes em quatro momentos, porém com maior ênfase de atuação nos momentos I e na proposta 1 do momento II.

Momento I - Aceitando a gravidez.

- Público alvo - Gestantes em acompanhamento pré-natal.
 - Temática proposta pelo projeto de mestrado: reunião 1 e 2: as árvores de dificuldades e dos sonhos com a gravidez atual;

Momento II - Vivência do Pré-natal.

- Público alvo - Gestantes em acompanhamento pré-natal.
- Proposta 1 - Grupos mensais de seis a oito encontros.
 - Temática proposta pela UBS: gravidez, direitos, tipos de partos, rede social, AME (grupo concomitante com nutrizes), planejamento familiar, relação com marido, familiares e trabalho, alterações de comportamento.
 - Temática da Rede de Significações sobre o aleitamento materno.
- Proposta 2 – Visita Domiciliar mensal do ACS e da equipe no oitavo mês.

- o Temática – Situação de saúde e preparação para o parto e AME. Rede social e apoio de pós-parto imediato.

Momento III – Assistência hospitalar.

Momento IV – Retorno ao lar e Puerpério.

Relacionado ao momento I foi utilizada a dinâmica das árvores das dificuldades e dos sonhos (GIL, 2005). Em um desenho de uma árvore, as mães escrevem em folhas semelhantes a das árvores suas dificuldades com a gravidez atual e as colocam na árvore desenhada. O conteúdo escrito é lido no coletivo e, por ordem de prioridade foram escolhidos os temas de maior interesse para o momento II. Nos grupos de gestantes os problemas foram colocados para a discussão e declinando do grupo um consenso sobre o tema AME (ANEXO III). Entretanto na árvore dos sonhos foram escritas nas folhas de árvore o que elas gostariam que acontecesse na gravidez atual, seguida da leitura coletiva, remetendo a uma ordenação de prioridades, sendo discutida a realização destes sonhos.

Os sonhos que dependiam dos serviços de saúde, obtiveram o compromisso da equipe em orientar e auxiliar na realização deles. Os que dependiam da gestante, competia a ela pensar sobre as formas de realização. Os que dependiam de terceiros (marido, patrão, sogra e outros) foi sugerido procurar maneiras de dizer a eles o que se precisa e de buscar alternativas junto ao outro em sua realização, entendendo limites e diferenças de desejos e sonhos (ANEXO IV).

No momento II, dentro do plano, já existia uma série de temas para serem abordados durante as reuniões com as gestantes. Na prática da rede de significações, cabiam às gestantes a escolha dos temas de cada reunião, seguida das discussões. Foram colhidas as opiniões individuais. No início da reunião subsequente, foram proposto para votação as significações produzidas sobre o tema da reunião anterior, havendo concordância da maioria, estas significações se transformavam em consensos; no caso de discordância, este tema seguia durante as próximas reuniões para novas discussões, visando a formação de consensos.

A temática escolhida pelas gestantes, para a formação da rede de significações foi: reunião 1: cuidados com a mama; reunião 2: qualidade do leite; reunião 3: dificuldades em ter leite; reunião 4: prejuízos que a amamentação traz para a mulher; reunião 5: reflexões sobre

pontos em que não houve consensos; reunião 6: reflexões sobre dificuldades do ame; reunião 7: reflexões finais sobre o ame.

4.6 CONSTRUÇÃO DA REDE DE SIGNIFICAÇÕES

A rede de significações não existe como entidade, mas é uma apreensão pelo pesquisador da situação investigada e com uma interpretação de como os componentes apreendidos articulam-se e circunscrevem certas possibilidades de ação/emoção/cognição. (ROSSETTI-FERREIRA et al., 2004).

A construção de rede de significações iniciou-se com a interação entre a vivência *a priori* da pesquisadora e com a situação existente no hábito de aleitamento materno, utilizado pelas nutrizes da UBS Vila Nivi. Para esta interação foi necessário que a pesquisadora permitisse apreender os vários elementos envolvidos que propiciaram uma visão panorâmica, com sentidos e significados relacionados ao AME, relatados pelas nutrizes participantes, facilitando uma posterior utilização dos seus significados para argumentação com as gestantes.

Num segundo momento, o registro das reuniões e entrevistas, com as nutrizes, em um diário de campo, no qual se relatou os acontecimentos desta vivência inicial, empregando-se uma coleta sistemática e bem documentada, contendo os dados sobre os participantes, locais de encontro, data e período encontrados e com maior ênfase aos assuntos discutidos. Esses dados dinâmicos formaram o substrato para a constituição da rede de significações. Baseado neste levantamento interativo com as nutrizes criou-se a possibilidade de empregar estas informações junto às gestantes.

Finalizando, este diálogo contínuo entre os profissionais da saúde, com seus conhecimentos técnicos e informações obtidas do diário de campo, e as gestantes, com suas vivências, permitiram a intervenção, na co-construção de novos significados e realidades, ampliando a qualidade dos argumentos favorecedores da adesão ao AME.

Na dinâmica das reuniões, a temática era escolhida pelo próprio grupo, que tinha o compromisso de pensar e trazer suas vivências para a próxima reunião. Partindo das vivências relatadas, em cada reunião surgiam discussões, levando a obtenção de consensos, caracterizando a formação das novas redes de significações. Estas reuniões alimentaram o banco de dados para

melhor atuação junto as gestantes. As redes formadas eram reapresentadas a cada reunião possibilitando o diálogo contínuo sobre seus temas.

Utilizou-se a forma de relatórios para o registro das reuniões realizadas com nutrizes e gestantes, além de gravações de imagem com posterior análise. Nas entrevistas individuais optou-se por gravação de voz e posterior transcrição.

4.7 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

Os dados foram analisados pelo conteúdo e organizados por temas de dificuldades elencadas. Foram categorizados os dados obtidos em quatro áreas segundo Rea e Cukier (1984):

- Deficiência Orgânica da Mãe: Leite insuficiente, fraco, doenças da mãe, problema com a mama, mulher passiva no desmame. São razões de força maior que impedem o funcionamento do corpo ou a saúde da mãe.
- Atribuição de “responsabilidade” ao bebê: Chora muito, não dorme, não quer mamar. O bebê é o responsável pelo desmame.
- Atribuição de “responsabilidade” à mãe: Mãe ativa, não quer anticoncepção, conceito de AME insuficiente, mamadeira é melhor, bebê precisa de outros alimentos, mãe nervosa, trabalho da mãe.
- Influência de terceiros: Profissionais da saúde, parentes, vizinhos ou amigos.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para realização deste trabalho foram cumpridos os aspectos éticos no que diz respeito a elaboração do termo de consentimento e ao encaminhamento para aprovação do comitê de ética em pesquisa desta instituição, no mês de outubro de 2005, sobre o protocolo de inscrição nº 352/05 (ANEXO V).

Data de aprovação: 31/11/2005

Presidente comitê de ética em pesquisa: Prof. Dr. Daniel R. Muñoz

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA NIVI

O SUS (Sistema Único de Saúde) é constituído por instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pela complementaridade do setor privado, atuando segundo as mesmas diretrizes e princípios, tendo como objetivo o atendimento a todos, de acordo com suas necessidades; de maneira integral, com as ações de saúde voltadas ao indivíduo e à comunidade, com ações de promoção, prevenção e recuperação; a descentralização com o poder de decisão pelos responsáveis da execução das ações o mais próximo possível do nível local; a eficiência e a eficácia produzindo resultados com qualidade; a prática de cidadania, assegurada no direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema; e a equidade, com direito ao atendimento integral, mas respeitando as diferentes necessidades de cada indivíduo. Para tanto, o sistema deve estar atento às desigualdades sociais.

Com as diretrizes do SUS, as UBS passam a atuar na saúde como "Direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988). A atenção primária, primeiro contato do usuário com o sistema, está voltada à promoção e prevenção à saúde, ou seja, um conjunto de medidas que atua para mudar comportamentos. As UBS se inserem na atenção da saúde no nível primário, sendo porta de entrada natural da população usuária do SUS.

Neste modelo, a UBS Vila Nivi se insere para promover a prevenção e a promoção à saúde de sua área de responsabilidade, visando melhorar a qualidade de vida da comunidade de sua área de abrangência e influência, alcançando resultados positivos como órgão do SUS diante da população.

A área de abrangência corresponde à área de responsabilidade de uma determinada Unidade de Saúde. Sua delimitação inclui o levantamento de barreiras geográficas e dos setores censitários, a pesquisa de demanda espontânea e o conhecimento empírico dos profissionais sobre o território.

A UBS Vila Nivi está subordinada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, inserida na Coordenadoria Regional de Saúde Norte, sob a Supervisão Técnica de Saúde Santana/ Tucuruvi/ Jaçanã/ Tremembé/ Mandaqui, no Distrito Administrativo do Tucuruvi. (ANEXO VI).

Não foi encontrado nenhum documento legal registrando a história da unidade. Porém, segundo relatos dos funcionários e moradores antigos, neste mesmo local, nos anos 60 encontrava-se uma creche que com o decorrer dos anos 70 tornou-se também um local de atenção à saúde da mulher, além da implantação de outras especialidades como clínica geral, pediatria e odontologia, caracterizando-se como UBS desde então.

É a menor UBS de Santana e, atualmente, tem dificuldade de aumentar seu quadro de nível universitário por falta de consultórios disponíveis, inexistência de consultório de saúde mental, além da falta de locais para grupos educativos e reuniões comunitárias.

Sua estrutura conta com 285 m² de área construída, distribuídas da seguinte forma: um consultório odontológico, um de enfermagem e quatro consultórios médicos, utilizados em vários momentos para acolhimento e atendimento de grupo ou reunião (ANEXO VII).

A UBS Vila Nivi possui em sua área de abrangência uma população de 43.870 habitantes, caracterizada por uma população idosa e de nível social heterogêneo.

Em sua caracterização demográfica, nota-se um predomínio feminino em todas as faixas etárias, exceto na de 0 a 4 anos onde há um discreto predomínio masculino. Há um estreitamento da faixa etária de 0 a 14 anos, denotando queda da taxa de natalidade, provavelmente decorrente da divulgação e ampliação do acesso das famílias aos métodos contraceptivos, influenciados pela mudança de valores e pelas questões econômicas do país.

O número de jovens (10 a 19 anos) é de 7166, que corresponde a 16,3% da população, aponta a necessidade de ações intersetoriais específica desta faixa. A razão de dependência geral revela que 30,5% da população depende da população economicamente ativa (69,5% - faixas de 15 a 64 anos). A população feminina em idade fértil (15 a 49 anos) é de 12776, representando 29,1% da população geral.

Os maiores de 65 anos são de 4994, 11,4% da população, que formam um alargamento da faixa etária acima de 60 anos, evidenciando o envelhecimento da população e conseqüente aumento da esperança de vida, com tendência à inversão da pirâmide.

A população é composta de moradores antigos com casa própria de mais de 30 anos, mas apresenta uma rotatividade de moradores novos pela valorização de aluguéis e de tendência a ser uma área de comércio, onde o crescimento comercial pode vir a favorecer a diminuição da sua população de moradores residenciais.

As habitações são de alvenaria, recebem energia elétrica e abastecimento pela rede pública de água, tem lixo coletado diariamente e rede pública de esgoto.

Há uma tendência à sub-locação dos domicílios, com possibilidade de formação de cortiços. Há falta de lazer, emprego, espaços comunitários, e a UBS favorece a utilização das praças públicas com o programa “SAÚDE NA PRAÇA”.

Possui Conselho Gestor em seu segundo mandato, sendo eleito em 21 de dezembro de 2004. Tem vários grupos religiosos, com assistência domiciliar, com atendimento social e distribuição de cestas básicas. A Associação de Alcoólicos Anônimos é atuante e disponibiliza sua sede para reuniões da UBS.

São prestados na UBS Vila Nivi atendimentos nas especialidades médicas de clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia, assistência social e odontologia (tratamento e prevenção para crianças, adolescentes e gestantes). Está inserida no programa de isenção tarifária, Anjos Urbanos, medicamentos de alto custo, saúde animal, planejamento familiar e vigilância epidemiológica. Os serviços de enfermagem incluem consultas, imunização, aplicação de medicamentos, curativos, retirada de pontos, aferição de pressão arterial e temperatura, coleta de Papanicolau e coleta de exames laboratoriais em geral. Emissão de laudos e atestados médicos e fornecimento de medicamentos.

São desenvolvidos regularmente programas educativos, terapêuticos e de relaxamento. Práticas corporais na comunidade (Lien Chi e Liang Gong), bem como atividades sociais e recreativas propostas pelos usuários que participam das atividades corporais citadas. Quando solicitado por entidades interessadas, são realizadas palestras de Saúde Bucal, do Adolescente, DST/Aids e Saúde Reprodutiva.

A unidade dispõe de uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF), com um médico de Família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Esta equipe atua na sua área de abrangência, oferecendo assistência básica às famílias, priorizando as ações de planejamento familiar e atenção ao pré-natal, puericultura e assistência ao idoso.

Além dos programas citados acima são realizadas reuniões com os equipamentos sociais abordando temas como: saúde bucal, imunização, saúde ocular, atividades preventivas em saúde (palestras de educação sexual, gestação, DSTs, hipertensão/diabete).

São referências nos casos de especialidades e exames subsidiários mais complexos: AE Tucuruvi, Ambulatório do Mandaqui- CRI do Mandaqui, PAM Maria Zélia, PAM Várzea do Carmo, Hospital Vila Maria. Nas urgências utiliza-se o Serviço de Resgate. Como referência hospitalar tem-se o Hospital São Luiz Gonzaga, PS Santana e Complexo Hospitalar do Mandaqui que também é referência na internação de Saúde Mental e o atendimento ambulatorial é feito na UBS Wamberto Dias Costa. Tem referência de CAPs, e Fármaco-dependência no AE Tucuruvi.

5.1.1 Caracterização do Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família foi implantado em 2001, com proposta de unidade exclusiva de PSF, com 6 equipes para cobertura inicial da área de abrangência da UBS. Foi readaptada para UBS mista pela implantação de apenas uma equipe, recebendo profissionais para atendimento em clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia, além de saúde bucal, serviço social e educação em saúde. A equipe implantada funcionou até meados de 2003, quando a médica de família foi substituída pela pesquisadora, em 26/08/2003, com o compromisso de fazer avaliação de saúde, ter protocolos definidos e com critérios pré-estabelecidos pela equipe, composta por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares e cinco ACS.

Os dados do PSF no SIAB em 2003 eram de 863 famílias no cadastro ativo sendo 431 famílias (50,0%) com demanda referida. Os outros 50% referiam na informação colhida pelos Agentes Comunitários de Saúde como domicílios com saúde aparente.

Pelos dados do SIAB de 2005, há em cadastro ativo 848 famílias, com uma população de 2.834 pessoas assim distribuídas:

Tabela 01- Distribuição das famílias cadastradas no PSF Vila Nivi por sexo e faixa etária São Paulo - 2005

Sexo	<1 ano	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 59	> 60	Total
Masculino	10	49	184	94	716	206	1259
Feminino	03	47	162	104	881	378	1575
Total	13	96	346	198	1597	584	2834

Fonte: Siab, PSF Vila Nivi, 2005.

A população conta com 97,9% de alfabetizados entre os maiores de 15 anos (2330), com 99,9% de residências de tijolo/adobe (847), apenas uma delas feita de matérias inservíveis. Coleta pública de lixo em 100% (848), abastecimento de água por rede pública em 99,9% das residências (847), sistema de esgoto em 840 residências (99,0%), com 7 (0,8%) delas com uso de fossas e 1 (0,1%) a céu aberto. Uso de energia elétrica em 827 (97,5%) residências. 643 pessoas referiram uso de planos de saúde privado (22,7%)

Foram propostas de trabalho para o ACS: ter acesso ao conteúdo dos prontuários,

atenção às gestantes e crianças; prevenção de câncer de colo e mamas; atenção ao hipertenso/diabético e atenção ao acamado.

Em 2005 tivemos mudança de recursos humanos e a equipe sofreu com a descontinuidade do processo de planejamento, sem o qual não é possível o desenvolvimento dos trabalhos e da linguagem única. O recebimento de duas enfermeiras para o trabalho da UBS, além de uma educadora de saúde veio auxiliar o treinamento e o acompanhamento das atividades dos ACS, favorecendo a exclusividade dos profissionais, principalmente o enfermeiro, fato que não ocorria anteriormente, quando este profissional dividia suas atividades entre a atenção à UBS e o PSF, dificultando o desempenho do programa.

Com o controle de agravos priorizados e a programação contínua do atendimento aos casos, foi possível, de fato, iniciar as ações de controle de saúde, revendo o tempo de atividades educativas e programação em grupos educativos.

5.1.2 Programações de saúde da mulher

As ações programáticas realizadas pela equipe com enfoque na mulher gestante consistem em um conjunto de atividades assistenciais e educativas que se iniciam pelo acompanhamento da gestante e família, nas visitas domiciliares, nos grupos educativos e na consulta médica e de enfermagem. O teste de gravidez é disponibilizado diariamente, em várias oportunidades pelos auxiliares, na tentativa da detecção precoce da gravidez e do início precoce das ações voltadas ao pré-natal, o que favorece uma melhor qualidade de assistência à mulher grávida.

Dentre as orientações educativas direcionadas à mulher, destacam-se as atividades sobre a importância de preservativos durante as relações sexuais, os métodos anticoncepcionais e planejamento familiar.

5.1.3 Trabalho com grupos de gestantes da UBS Vila Nivi

O trabalho educativo multiprofissional (Educadora de Saúde, Assistente Social, Enfermeiro, Médico, Auxiliares de Enfermagem e ACS) era desenvolvido na UBS em encontros mensais, com a seguinte programação: apresentação dos participantes- assiduidade e frequência; importância do pré-natal; direitos da gestante; desenvolvimento da gravidez; cuidados pessoais da gestante; orientação alimentar na gravidez; saúde bucal; sexo e gravidez; aleitamento materno -

preparo das mamas; participação do pai; parto – tipos e sinais; puerpério; cuidados com o recém-nascido; visitas às maternidades de referência; métodos contraceptivos; prevenção DST/AIDS; importância do pré-natal; gravidez saudável e parto seguro – “Nascer Bem”; mínimo de 06 consultas no pré natal – peso, PA, medir barriga, escutar coração do bebê; cartão de gestante; vacinas e exames de rotina.

A cobertura das consultas realizadas foi superior a 6 consultas por gestante e das 14 gestantes do ano de 2004, apenas duas não tiveram atendimento pela UBS (85,7%) e 3 delas ficaram sem registro de informação. Dados obtidos pela revisão de prontuário realizada em dezembro de 2004.

5.2 INTERVENÇÃO COM NUTRIZES DO PSF DA UBS VILA NIVI

Fazendo parte do planejamento local da UBS, em janeiro foi agendada uma reunião para coleta de dados a respeito da puericultura desenvolvida na UBS, onde foi apresentado este projeto de mestrado e obtida a aceitação dos participantes interessados para a realização das entrevistas individuais.

Foram levantadas, no cadastramento do PSF, as mães com crianças menores de 02 anos, totalizando 23 crianças e 22 mães. Uma delas tinha duas crianças menores de 02 anos, sendo considerada para a pesquisa a entrevista da última criança. Foi elaborado um convite e os ACS levaram pessoalmente a todas elas. No dia agendado estiveram presentes dez mães, sendo apresentada à proposta da pesquisa e aceita pela maioria do grupo, havendo recusa de duas participantes. Nesta ocasião foram apresentados a dupla de entrevistadores Tatiara Guariente, jornalista e Diego Anjos Blanco, estudante de Medicina da UNIFENAS – BH, que agendaram dia para a entrevista com as mães presentes. As doze mães que não compareceram a reunião foram contactadas via telefone, porém em três casos não houve a possibilidade da realização da entrevista.

Quanto à aceitação da entrevista no domicílio, houve boa adesão (77,3%). A recusa observada de 5 entrevistas deveu-se em 03 delas não se encontrarem em casa por motivo de trabalho, inclusive finais de semana, e em uma, a recusa foi motivada pelo receio do marido reclamar, e em outra, por já ter participado de outra pesquisa da UBS.

Em relação à idade, a sua maioria situa-se entre os menores de 30 anos (64,7%), sendo a menor idade 20 anos e a maior 44 anos. Não houve nutrízes menores de 18 anos.

Na sua maioria, percebe-se uma predominância da situação de convívio estável, sem formalização de estado civil, que junto com casada, totalizou 70,6% da amostra. Chama a atenção cerca de um terço da amostra considerada como relacionamento instável.

Das nutrízes presentes, houve uma maior participação entre aquelas com ensino fundamental (52,9%), mas em relação a ensino médio houve 47,1%. Não houve presença de analfabetas, atribuído ao fato da condição socioeconômica da região não ser precária. Também não estiveram presentes mães com nível universitário.

Nesta amostra, em relação à ocupação, fica evidente uma maioria de donas-de-casa, fato que pode sugerir uma melhor adesão ao aleitamento materno.

Das 39 gestações referidas nas entrevistas das 17 nutrízes, observa-se uma paridade de 92,3%, com 66,7% de partos vaginais, refletindo uma mudança importante sobre a indicação de cesáreas (33,3%), embora com taxas ainda altas. Cerca de 8,0% referiu abortamento não especificado.

As nutrízes presentes, na sua maioria tinham até dois filhos (70,6%) fazendo pensar que quanto menor o número de filhos é, possível que, exista maior possibilidade de adesão aos trabalhos de grupo.

Na amostra conseguida, 82,4% tinham filhos maiores de 6 meses, o que dificultou a análise das informações colhidas, pela distância do tempo do fato analisado (AME), havendo possibilidade de variável de confusão de memória. Entre as nutrízes com filhos menores de 6 meses (17,7%) sua maioria relata prática de aleitamento materno complementado.

Os intervalos interpartos observados colocam um distanciamento importante entre o index e o penúltimo filho, na sua maioria superior a 4 anos (52,9%). Uma taxa de quase um quarto de primigestas e 10% dos casos com intervalo de até 3 anos.

Ao analisar as informações sobre o uso de AME em gestações anteriores, dentre múltiparas somaram-se 19 filhos, observando-se a possibilidade de AME em apenas 04 filhos (21,1%).

Na amostra analisada, nenhuma mãe estava em aleitamento exclusivo nos menores de seis meses, enquanto nos maiores de seis meses a taxa foi de 41,2%. Embora longe dos 100% preconizados pela OMS, foi encontrada uma taxa de mais de 40,0% em AME, nas informações coletadas.

Do universo de 17 entrevistadas, 10 nutrízes ainda se encontram em fase de amamentação, demonstrando uma boa adesão ao aleitamento materno, apesar de complementado (70,6%). Nos menores de seis meses, apesar de 66,7% estarem amamentando, já existia o relato do hábito do uso de água e chás. Todas elas fizeram pré-natal. Apenas um caso relatou ter feito duas consultas, considerado fator de risco para um pré-natal de qualidade. 58,8% iniciaram o pré-natal em menos de 2 meses, o que confere boa qualidade da assistência. Três delas referiram o desejo de abortamento, duas sofreram separação do companheiro, sendo que uma desta também tentou abortar e uma delas alega que a gravidez foi motivo da perda do emprego.

Em uma delas houve acompanhamento pelo posto e convênio, sendo registrado apenas o acompanhamento da UBS. Apenas uma gestante referiu acompanhamento do PSF.

A maioria das participantes respondeu que fizeram mais de seis consultas no pré-natal, mostrando uma boa adesão ao atendimento preconizado, que confere um padrão de boa qualidade na assistência. Duas delas fizeram menos de 6 consultas, uma atribuída a um parto prematuro e uma delas referia o hábito de não comparecer aos agendamentos.

Cerca de 60% das entrevistadas receberam informações sobre AME, refletindo um bom desempenho e preocupação da UBS com o cumprimento das normas da OMS, no incentivo ao AME.

Apesar de constar da programação da UBS os trabalhos de grupo com gestantes, a maioria das respostas colocam a não participação nos grupos de Pré-natal, local mais propício para a formação de redes de significações que pudesse influenciar a adesão ao AME.

Cerca de 50% dos casos utilizaram a referência local para o nascimento do bebê (Hospital São Luiz Gonzaga-Hospital Amigo da Criança), mas ainda é evidente a procura de outros recursos, seja público ou filantrópico (Hospital do Servidor, Hospital Geral de Guarulhos e Complexo Hospitalar do Mandaqui) ou privado (Hospital Nossa Senhora do Rosário, Hospital Santa Marina e Hospital Nipo-Brasileiro).

É bastante promissor o trabalho dos Hospitais Amigo da Criança pela precocidade do contato da mãe e o bebê. Cerca de 60% tiveram este contato ao nascer ou em até 2 horas, medida considerada de importância na adesão ao AME. A participação em trabalhos de grupos poderia melhorar ainda mais esta adesão.

Tabela 2 - Frequência de respostas em relação a problemas com AME São Paulo, 2005

Situação	Nº	%
Mamilo com fissura, alergia	02	11,76
Leite secou	02	11,76
Bebê sem pega	01	5,88
Muito leite	01	5,88
Achou ruim	01	5,88
Nenhum problema	08	47,08
Ignorado	02	11,76
TOTAL	17	100,00

Das 8 nutrizes que não referiram problemas, todas já tinham seus bebês com idade de mais de cinco meses, podendo interferir uma variável de confusão pelo distanciamento do fato analisado e o tempo decorrido para esta análise. A nutriz com o bebê de 3 meses, referiu alergia no bico do seio. Das sete que referiram problemas, três ainda amamentavam e lembravam-se de fissuras, choro intenso do bebê e peito muito cheio pelo fato de ter muito leite. Três nutrizes já não amamentavam, duas referiram como problema que o leite secou, e uma delas não referiu problema, mas parou de amamentar porque a criança não quis mais.

Dos sentimentos positivos em relação à amamentação foram relatados como algo emocionante, gostoso, legal, o melhor que existe. Adorou amamentar, achou ótimo, muito bom,

bom. Sentiu paz, ternura, mais amor. Foi bom sentir-se mãe, sentir-se bem, estar calma e ver a criança tranqüila. Apenas em quatro depoimentos relataram sentimentos negativos. Uma atribuiu a dificuldade ao bebê que não conseguiu fazer a pega da mama. Dois deles em relação ao sono perdido e uma referiu a dor que sentia como uma “gilete saindo do peito”.

Ao se perguntar sobre tempo de amamentação, a maioria se reporta ao desejo do bebê, ele deve mamar quanto tempo quiser, embora haja preocupação com a dificuldade de não saber parar (47,0%). Há uma tendência a se fazer a livre demanda preconizada pelos programas educativos, mas sem atenção à importância do desmame de qualidade.

Na sua maioria, as nutrizes referem esse aprendizado ao senso comum, ao boca-a-boca. Demonstraram a incorporação do conhecimento de que o leite materno é suficiente como alimento único para o bebê, fruto do trabalho educativo e possivelmente da influência da mídia nas campanhas sobre aleitamento materno. Este comportamento reforça a importância da rede de significações na incorporação de novos hábitos alimentares. Algumas participantes consideram o aleitamento materno como um assunto que se sabe, que não precisa de aprendizado, como colocaram em seus depoimentos.

Mais uma vez o conceito veiculado pela mídia e pelos trabalhos educativos desenvolvidos mostra que o conhecimento sobre o AME foi adequado, tendo em vista que 76,5% das nutrizes informaram ser recomendado até os seis meses.

Outro momento, em que se percebe a importância da rede de significações, é quando a amostra se divide entre o aprender nos recursos de saúde ou pela experiência da vida prática, do boca-a-boca. Duas das nutrizes, que responderam não terem sido ensinadas, reforçam novamente o saber da boca do povo, com o uso de alimentos como o leite artificial para aumentar a produção do leite materno. Elas referiram o uso de líquidos e alimentação saudável (58,8%), mostrando um bom conhecimento do assunto.

Na sua maioria receberam ajuda no lar (76,5%), seja do marido ou de familiares próximos, reforçando a importância da rede social como fator protetor no AME. Dentre elas 90,5% alegam ter recebido ajuda dos próprios familiares.

Uma atenção deve ser dada à procura dos serviços nas dificuldades do AME, em cumprimento ao item 10 dos dez passos para um feliz aleitamento materno. A dificuldade de acesso na UBS por esse motivo pode ser fator de insucesso no AME.

A participação do companheiro no cuidado do bebê aparece em 64,7% dos casos. As respostas foram generalizadas, o que não permitiu um estudo mais adequado do item, na medida em que o detalhamento que apenas duas colocaram (faz troca de fraldas, dá banho, cuida), reforçaria de fato o apoio do companheiro.

Há uma situação dividida quando questionadas sobre o trabalho fora do lar. Por um lado, as nutrizes valorizam a importância do cuidado no lar, pela própria mãe. Outras mostram o anseio da necessidade de um trabalho de pouco valor que se tem, quando não se exerce uma ocupação remunerada. Mais uma vez é ressaltada a importância da rede social no apoio dos familiares no cuidado do bebê. Tendo em vista que, somente 20% das nutrizes evidenciaram o sentimento de onipotência no cuidado do bebê, dizendo que só elas podem cuidar, não confiando nem nos familiares.

5.3 INTERVENÇÃO REALIZADA COM GESTANTES DO PSF DA UBS VILA NIVI

Este estudo foi executado em dois momentos:

5.3.1 Momento I

Foram realizadas duas reuniões, sendo apresentada a dinâmica da árvore de dificuldades e de sonhos, entrando no projeto cinco mães. Destas, duas primíparas, sendo uma de 36 anos e

As entrevistas foram agendadas, assinado o termo de consentimento por todas elas, sendo feita na UBS ou no domicílio, conforme o desejo da gestante.

O perfil das gestantes deste momento (ANEXO VIII) foi:

Gestante um: Primigesta, 36 anos, casada, insegura com a gestação, pois não conseguia engravidar, filho desejado. Fez pré natal na UBS Vila Nivi e no Alto Risco na Santa Casa Central, durante seis meses na gestação. Amamentou desde a sala de parto e no alojamento conjunto, relatou não ter dificuldades, considerando o aleitamento materno como troca de carinho, “super prazeroso”. No momento da entrevista o bebê estava com oito meses ainda amamentando. Fez AME até os seis meses.

Gestante dois: Terceiro filho, 29 anos, companheira estável, filho não desejado, trabalha fora. Não conseguiu amamentar os outros filhos, alegando não ter leite. No trabalho de grupo realizado resolveu dar só o peito e segue amamentando, mesmo com trabalho fora. Levava o bebê ao trabalho para não interromper o aleitamento materno. No momento da entrevista o bebê estava com sete meses. Deu leite artificial no primeiro mês, por se sentir insegura. Passou para o AME a partir do segundo mês.

Gestante três: Primigesta, 19 anos, companheira estável, filho não desejado. Relata não ter dificuldades em amamentar. Até seis meses utilizou somente o AME. Destaca em sua entrevista as vantagens do AME, pelo fato do bebê não apresentar “uma gripe, uma alergia, nada”. No momento da entrevista o bebê estava com 8 meses.

Gestante quatro: Quinto filho, 36 anos, divorciada, filho não desejado. Relata dificuldades, não amamenta porque o “leite seca”. Teve depressão no pós-parto e mesmo assim amamentou este bebê durante quatro meses. Descreve não saber o motivo pelo qual o “leite seca”, “é de repente”. É técnica de enfermagem, conhece bem o assunto, entretanto não conseguiu o AME até seis meses.

Gestante cinco: Terceiro filho, 40 anos, casada, filho não desejado, relata ter a sensação descrita como “meio vó, meio mãe”. Parou de fumar para amamentar, considera-se mais madura, com mais amor, mais paciência, mais dedicação quando comparado aos outros filhos. Quando amamenta menciona sentir-se “dando vida a seu filho; a melhor coisa do mundo; é inexplicável”. Tem como principal receio o engasgo do bebê.

5.3.2 Momento II

O novo grupo apresentou uma maior adesão e contou com a participação de outras sete gestantes em acompanhamento pré-natal do PSF. Nenhuma gestante da UBS foi incluída na pesquisa, embora o convite fosse feito pela equipe multiprofissional.

As entrevistas foram agendadas, assinado o termo de consentimento por todas elas, sendo feita na UBS ou no domicílio, conforme o desejo da gestante.

O perfil das gestantes participantes deste momento (ANEXO VIII) foi:

Gestante seis: Quarto filho, 31 anos, companheira estável, filho não desejado. Sempre amamentou. Em um dos filhos o leite secou porque passou muito nervoso. Para ela, anteriormente amamentar era uma obrigação. Nesta gestação, apesar de passar muito nervoso, pela situação de desemprego e distância do companheiro, percebeu que não atrapalhou amamentar. Achava não ter leite uma lenda, hoje relata a importância do leite materno e auxilia outras gestantes no prazer de amamentar. Realizou com as gestantes diversas trocas de experiências.

Gestante doze: Primigesta, 22 anos, solteira, filho não desejado. Relata desejo em amamentar porque perdeu o medo, tirou as dúvidas durante os encontros.

5.6 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO

5.6.1 Vivência do AME na UBS Vila Nivi

Ao se observar o histórico da programação realizada na UBS Vila Nivi, era frequente a baixa adesão das gestantes aos trabalhos de grupo, apresentando pouca participação, descaracterizando a formação de grupos.

Partindo da proposta do trabalho com as nutrizes, em uma primeira reunião, notou-se uma maior aceitação do trabalho, com boa adesão, talvez por sentirem-se parte do processo, ator social, sujeito da programação da Rede de Significações,

O estudo realizado com nutrizes contou com 17 mulheres. Este foi o grupo escolhido entre mães que amamentaram para saber suas significações. De um modo geral as preocupações eram em relação a mama e ao fato de ter leite e se ele era realmente suficiente para alimentar o bebê. As significações levantadas das nutrizes foram acrescidas das significações das gestantes formando uma nova rede, sendo categorizadas para análise nas quatro áreas descritas por Rea e Cukier (1984). É importante ressaltar que nesta fase utilizamos das próprias falas individuais, conservando sua expressão original, entretanto, coube à pesquisadora a seleção das palavras chaves dos diálogos.

Área I - Deficiência orgânica da mãe

Ferimento na mama, bico rachou, “dói, parece gilete saindo do peito”, muito leite, leite empedrou, peito muito cheio, mãe não tem leite, leite secou em 20 dias, teve depressão, peito rachou, posição da cirurgia, “o bebê não teve nenhuma gripe, nem alergia, nada”, alergia no bico, “leite pronto, quentinho, a hora que quer”, “foi a única filha que amamentei, o leite não secou nada”.

Área II - Atribuição de “responsabilidade” ao bebê

Não pega direito, “troca carinho, olho no olho”, não quer pegar o seio, usa o peito como chupeta, bebê chora muito, criança não quer mais, bebê acorda a noite, filho perto e calmo, “come todo o tempo da mãe”, sentem quem é a mãe, criança tranqüila e saudável, mama em hora indevida.

Área III - Atribuição de “responsabilidade” à mãe

Ficou estressada, é diferente, só dando o peito pra entender, “tenho medo, dúvidas, depois aí”, mãe mais madura, com amor, paciência e dedicação, parou de fumar, é meio avó- meio mãe, “estou dando a vida, é inexplicável”, medo de engasgo, sente calma e prazer – ternura, ama mais a criança, se emociona, “melhor coisa que existe”, melhor coisa que faz para o bebê, tem mais contato, “é nosso momento, é sonho, fico boba”, sentimento de ser realmente mãe, usa mamadeira, tudo ruim, não se satisfaz.

Área IV - Influência de terceiros

Ganhou conhecimentos, trocou experiências, “apesar de ter três filhos, aprendi”, mudou o modo de pensar, “era obrigação, agora que explicou a importância, muda muita coisa”, “agora sei a importância do leite materno”, aprendeu bastante, como ter leite, higiene, “a gente sabe o que fazer”, perdeu o medo, aprendeu um monte de coisa, “tá sabendo fazer as coisas”.

Observou-se em todo momento, a interação entre a linguagem das participantes e a percepção e a contribuição com conhecimentos científicos da equipe multiprofissional. Os temas da programação da UBS prestavam esclarecimentos sobre o pré-natal e serviam de oportunidade para a equipe abordar assuntos sobre o aleitamento materno, favorecendo a emergência de dúvidas e dificuldades, criando a condição do diálogo contínuo entre equipe e gestantes para a construção da rede de significações.

É importante salientar que o tema da UBS sobre aleitamento materno, com o álbum seriado do Ministério da Saúde, foi planejado e apresentado no último encontro, o que permitiu a livre construção de opiniões das gestantes durante todo o processo de intervenção, minimizando a influência exercida pelos conhecimentos científicos da equipe. Esta estratégia permitiu extrair a real significação do AME nas participantes.

5.6.2 Banco de dados

O banco de dados, fruto do diário de campo, produziu diversos consensos no grupo. Estes consensos representaram a integração entre as diversas opiniões e vivências, discutidas, reavaliadas e aprovadas, formando a rede final de significações para o grupo. Desta rede final surge a proposta da elaboração de uma cartilha com cada um dos temas escolhidos e aqui apresentados:

CUIDADO DA MAMA

Não há normas fechadas. O Ministério da Saúde recomenda banho de sol, leite materno para a hidratação e uso de sutiã velho com aberturas no mamilo.

QUALIDADE DO LEITE

O leite é cura para muitos males. É raro adoecer. Tem muitas proteínas para ele crescer saudável e também ficar sem doenças. Todas as vitaminas estão lá para proteger o bebê, sendo assim não precisa dar água, chá. O leite é puro, fresquinho, direto da fábrica, econômico e não precisa carregar mamadeira. O leite materno é uma forma de amor de nós, mães, para nosso filho. É daí que eles aprendem a nos amar.

DIFICULDADES EM TER LEITE

Há dúvida se o leite é fraco ou forte o suficiente para sustentação do bebê. Há o medo de amamentar, medo de doer, medo dos seios caírem, do leite empedrar. Há vergonha de tirar o seio para dar de mamar em locais públicos. Passar nervoso pode ser lenda. Ter leite deve ser psicológico e se pensar positivo o leite vem. Precisa ter uma alimentação adequada. Tomar pelo menos dois litros de água por dia. Nem todo recém-nascido pega o peito, mesmo a mãe tendo leite. Há medicamentos que podem ajudar a ter leite.

PREJUÍZOS QUE A AMAMENTAÇÃO TRAZ PARA A MULHER

Acho que não existem prejuízos ao amamentar nem ouvi alguém dizer que foram prejudicados. Acho talvez, que o único problema seria o dos seios caírem. O resto seria só gratificação e alegria, amamentar. Já ouvi de mulheres sem informação que o seio cai, que dói

muito, que após a amamentação o seio diminui, etc. Acho que há muita lenda e desinformação. O único que penso é em não ter leite.

REFLEXÕES SOBRE PONTOS EM QUE NÃO HOUVE CONSENSOS

Não houve consenso em 5 pontos, escolhidos para reflexão no próximo grupo. São eles:

Há dúvida se o leite é fraco ou forte o suficiente para sustentação do bebê. Há o medo de amamentar, medo de doer, medo dos seios caírem, do leite empedrar. Secar o leite por passar nervoso pode ser lenda. Ter leite deve ser psicológico e se pensar positivo o leite vem. Há medicamentos que podem ajudar a ter leite.

REFLEXÕES SOBRE DIFICULDADES DO AME

O leite é forte o suficiente para o bebê. Não existe leite fraco. O leite materno é rico em vitaminas e completo para o bebê. Nos seis primeiros meses não precisa dar nem água, só o leite. O medo e o nervoso não prejudicam a ter leite. Passar nervoso não faz perder o leite. “Hoje penso que é lenda, pois passei muitos sustos e continuo com leite”. O organismo já vem se preparando durante os nove meses. Ele (aleitamento materno) já faz parte na vida da mulher. Deve doer um pouco nos primeiros dias até que as mães se acostumem. Depois é só prazer. Se no começo for pouco, é só continuarmos a amamentar e ele rende o tanto que os bebês se alimentem. Deve-se tomar muito líquido e comer coisas com vitaminas, que fortalecem o organismo e o leite. Existem medicamentos que possam aumentar a quantidade. A água inglesa estimula a ter leite.

REFLEXÕES FINAIS SOBRE O AME

Por se tratar da última reunião serão relatadas as opiniões individuais das gestantes, pela não oportunidade do consenso no grupo, tendo em vista que não houve uma reunião seqüencial, quando deveria ser realizada a votação para o consenso do grupo.

Gestante seis: “eu acho que o leite é forte o suficiente para o bebê. Eu acho que o medo não prejudica a ter leite. Eu acho que o nervoso não prejudica a ter leite. Eu não acredito que se eu acreditar ter leite, ele vem. Eu acho que não tem remédio que ajude a ter leite”.

Gestante sete: “não existe leite fraco. O leite materno é rico em vitaminas e completo para o bebê. O leite empedra nos primeiros dias em que o bebê ainda não tem muita força para sugar.

Hoje penso que é lenda, pois passei muitos sustos e continuo com leite. Acho que não (tem falta de leite), pois o organismo já vem se preparando durante os nove meses. Deve-se tomar muito líquido e comer coisas com vitaminas, coisas que fortalecem o organismo e o leite”.

Gestante oito: “esta história de falar que o leite materno é fraco, eu acho que é lenda. O leite é suficiente para o bebê, tanto que os médicos falam que nos três primeiros meses não precisa dar nem água, só o leite. Independente de ter medo ou não, eu acho que não influencia em nada, o leite continua a mesma coisa. Quanto ao nervoso dificultar para ter leite, eu acho que não deve dificultar nem um pouco. O leite materno não é uma coisa psicológica, ele já faz parte na vida da mulher. Eu nunca ouvi dizer em remédios para ajudar a ter leite não sei nem se existe”.

Gestante nove: “o leite materno é forte o suficiente para o bebê. Não acredito que o medo interfira na quantidade de ter muito ou pouco. Passar nervoso não faz perder o leite. Existem vários medicamentos que possa aumentar a quantidade se houver necessidade”.

Gestante dez: “na minha opinião (o leite) deve ser o forte suficiente para alimentar o bebê, sim. Medo de amamentar não, deve doer nos primeiros dias sim, até que nós, mães, se acostumem, depois é só prazer. Leite nervoso, acho que não existe, deve ser só um sentimento. Leite acho que todas nós iremos ter sim, se no começo for pouco, é só continuarmos a amamentar e ele rende o tanto que os bebês se alimentem. Ouvi sim dizer se não ter o leite, a água inglesa estimula a ter leite, só não sei se é verdade”.

Toda a troca de informações que formou este banco de dados originou-se da solidez do diálogo contínuo demonstrado pelo grupo. Nos vários momentos em que foi ouvida a exposição de suas opiniões, houve trocas de experiências conflitantes entre as próprias gestantes, levando a busca de um consenso entre elas mesmas e suscitando a curiosidade do saber científico, como modulador destes conflitos.

Ao emitir uma opinião, a discussão que ocorria, gerava a necessidade de se buscar respostas e era consenso a importância do saber do técnico. E a rede surgia, modificava-se e ia se incorporando nesse saber coletivo, transformando conceitos, revendo as práticas e o mais importante, favorecendo a incorporação de novas práticas ao AME.

Chama a atenção que os temas mais conflitantes mostraram discordâncias entre o saber popular e o científico. Por exemplo, um dos assuntos mais discutidos foi sobre o nervoso e a

pouca produção de leite. No final, as opiniões geraram consensos discordantes daquele que é encontrado na literatura. Para Almeida (1999), o estresse psíquico vindo pela mulher termina por induzir a frenagem sobre a lactação. Ficou evidente que os assuntos que mais chamaram a atenção das gestantes divergiram daqueles que habitualmente são abordados nos trabalhos de grupos de gestantes. Houve uma preocupação maior com as mamas, a produção de leite e os prejuízos para a mulher ao amamentar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão ao AME se mostra como algo complexo e de difícil obtenção.

Inicia-se com o enfrentamento nas indústrias, no comércio, nas propagandas que se fazem sobre o leite artificial e suas vantagens.

Há uma dificuldade dos serviços de saúde fazer do AME uma prioridade concreta, frente aos desafios no dia-a-dia do atendimento à doença como a real prioridade, ao invés de capitalizar esforços para o enfrentamento das dificuldades do AME.

O novo modelo de famílias nucleadas dificultou a oportunidade do aprendizado do AME em família, antes repassado de mãe para filha e hoje recebendo influência da mídia e das relações sociais. A necessidade do trabalho fora fez a mulher abandonar o cuidado exclusivo do lar e em sua tripla jornada (trabalho fora, no lar e cuidados dos filhos e do marido), prejudicou diretamente o AME.

A mulher, principalmente a primípara, sofre o massacre das informações recebidas de várias fontes: no lar, no trabalho, nas relações de amizades, nos serviços de saúde, as informações desencontradas, sem um consenso de linguagem única, decorrente de uma ciência em constante transformação e atualização.

Cada pessoa em contato com a gestante, repassa experiências positivas ou negativas em relação ao AME, representando a influência das relações sociais.

Em que momento, ela, com seu corpo em transformação, com os conflitos que se avolumam no dia-a-dia de quem vai colocar um filho num mundo desconexo, multifacetado e tão diversos de opiniões e atitudes, pode formar novos valores e conceitos em substrato tão caótico?

Ao formar vínculo com os serviços de saúde produzindo uma rede de significações, os profissionais podem contribuir com o saber científico e valorizado pela gestante. Ela quer falar, ouvir, aprender. Ela necessita de fontes seguras que a possam transformar, crescer, rever valores.

Ao buscar a estratégia da formação de rede de significações em relação ao AME nas múltiplas oportunidades que o pré-natal oferece, seja nas consultas mensais ou nos trabalhos de grupo, demonstrou favorecimento à mudança do hábito do aleitamento artificial para o AME.

A partir dessas relações interpessoais, as mães que vieram ao grupo tiveram a oportunidade de colocar suas angústias e ansiedades e viram-se ouvidas, respeitadas, opiniões aceitas e transformadas pelos conhecimentos do grupo. Era, uma busca pela qualidade de vida do novo ser, do seu bebê. Como foi gratificante para a equipe observar o envolvimento delas com o processo da pesquisa, sua adesão aos grupos e a crescente contribuição a cada participação. No final, uma cartilha surgiu, com o sabor das falas delas, das suas descobertas, das novas significações dadas aos conceitos que traziam ao início do grupo.

O aprendizado com o grupo demonstrou que os conhecimentos científicos se integram ao saber popular, incorporado nas significações que emergiram e outras vezes questionando as verdades científicas justificadas pela importância das significações trazidas. Quando uma mãe desempregada, abandonada pelo seu parceiro, sem recursos financeiros para sua sobrevivência, vivendo de favores, traz a vivência de uma situação de desequilíbrio emocional e excessiva preocupação em conseguir amamentar e entretanto, após o parto, defende no grupo que o leite secar por nervoso é lenda, pelo fato de estar amamentando com abundância de leite. Ela sem saber, contraria os conhecimentos científicos e deixa evidente a importância do técnico não valorizar apenas a teoria, mas permitir a descoberta da própria mãe nas suas ressignificações.

Esta convivência permitiu o fortalecimento do equilíbrio emocional, e estimulou desejo das mães em amamentar, aflorou um sentimento de capacidade e segurança, elevando a autoconfiança e produzindo mudanças de hábitos em todos os casos a seguir:

Quando uma mãe que não tinha leite, não amamentando os filhos anteriormente, descobre-se com leite suficiente para alimentação do seu bebê e no retorno ao trabalho, negocia levá-lo pelo direito de amamentar pelo menos até seis meses.

Quando uma mãe pára de fumar espontaneamente, pelo desejo de amamentar sem prejuízos para o seu bebê, ela não só resolveu um hábito prejudicial à sua saúde como assimilou a importância do AME e os danos do uso do cigarro na produção do leite.

Quando uma mãe, primigesta idosa, com acompanhamento de alto risco, tendo um marido com síndrome depressiva, além da própria insegurança trazida pelo medo de não engravidar, juntamente com o temor de não poder alimentar o seu bebê só no seio, conseguiu um AME tranqüilo por seis meses.

Quando uma mãe adolescente, primigesta, com relacionamento conjugal instável, consegue um AME perfeito e consciente de que o leite materno é o alimento saudável para o seu bebê que não teve gripe, nem alergia a nada.

Quando se utilizou exemplos de amamentação adequada, partindo das múltiparas, dentro dos grupos, isto influenciou e fortaleceu as decisões das gestantes primíparas, que ao participar das reuniões, resignificaram seus valores na disposição dos seis meses do AME.

Foi de um valor inestimável o processo de grupo e de uma atuação extraordinária na estimulação ao AME. Acreditamos na necessidade de novos trabalhos qualitativos, quantitativos ou em estudos de coorte para total comprovação científica da importância da formação da rede de significações dentro dos grupos de gestantes. Entendemos que apesar dos resultados gratificantes desta pesquisa, ela só poderá ter valor científico apenas para o seu momento vivido.

Futuramente, cartilhas elaboradas com o conteúdo gerado nestes grupos poderão auxiliar a refletir as significações das gestantes, promovendo maior adesão ao AME quando comparado a utilização de um álbum seriado, distante das significações das gestantes participantes ou na entrega de guias alimentares aos pediatras, com orientações sobre o desmame. Portanto concluímos que o AME por seis meses poderá auxiliar no enfrentamento concreto das mortes evitáveis na mortalidade infantil.

7 ANEXOS

ANEXO I Os dez passos para um feliz aleitamento materno

Todos os serviços de maternidade e atendimento aos recém-nascidos deverão (BENGUIGUI, 2000).

1. Dispor de uma política por escrito, relativa ao aleitamento natural que sistematicamente seja dada a conhecer a todo o pessoal de atendimento de saúde.
2. Capacitar a todo o pessoal de saúde de maneira que esteja em condições de colocar em prática essa política.
3. Informar a todas as gestantes sobre os benefícios que oferece o aleitamento materno, e a maneira de colocá-lo em prática.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento durante a meia hora seguinte ao parto.
5. Mostrar às mães como se deve dar de mamar à criança e como manter o aleitamento inclusive se precisam separar-se de seus filhos.
6. Proporcionar aos recém-nascidos somente leite materno, sem nenhum outro alimento ou bebida, a menos que esteja medicamente indicados.
7. Facilitar a coabitação das mães e crianças durante as 24 horas do dia.
8. Incentivar o aleitamento natural cada vez que se solicite.
9. Não dar às crianças alimentadas no peito bicos ou chupetas artificiais.
10. Incentivar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento materno e procurar que as mães entrem em contato com eles quando saíam do hospital ou clínica.

11. ANEXO II Roteiro de entrevista

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

- Escolaridade - Sabe ler? Sabe escrever? Sabe assinar o nome?
- Estudou até que ano? Fundamental I ou Fundamental II. Ensino médio ou Universidade.
- Ocupação
- Renda

2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Gesta Para Normal Cesárea Aborto
- Idade do penúltimo filho
- Ele mamou no peito? Quanto tempo?
- Dificuldades

3. ANTECEDENTES ALIMENTARES DOS FILHOS

- Idade de introdução dos alimentos
- Água/chás
- Leite de vaca
- Suco
- Papa de frutas
- Sopa
- Alimentos sólidos

4. HISTÓRICO DA GRAVIDEZ ATUAL

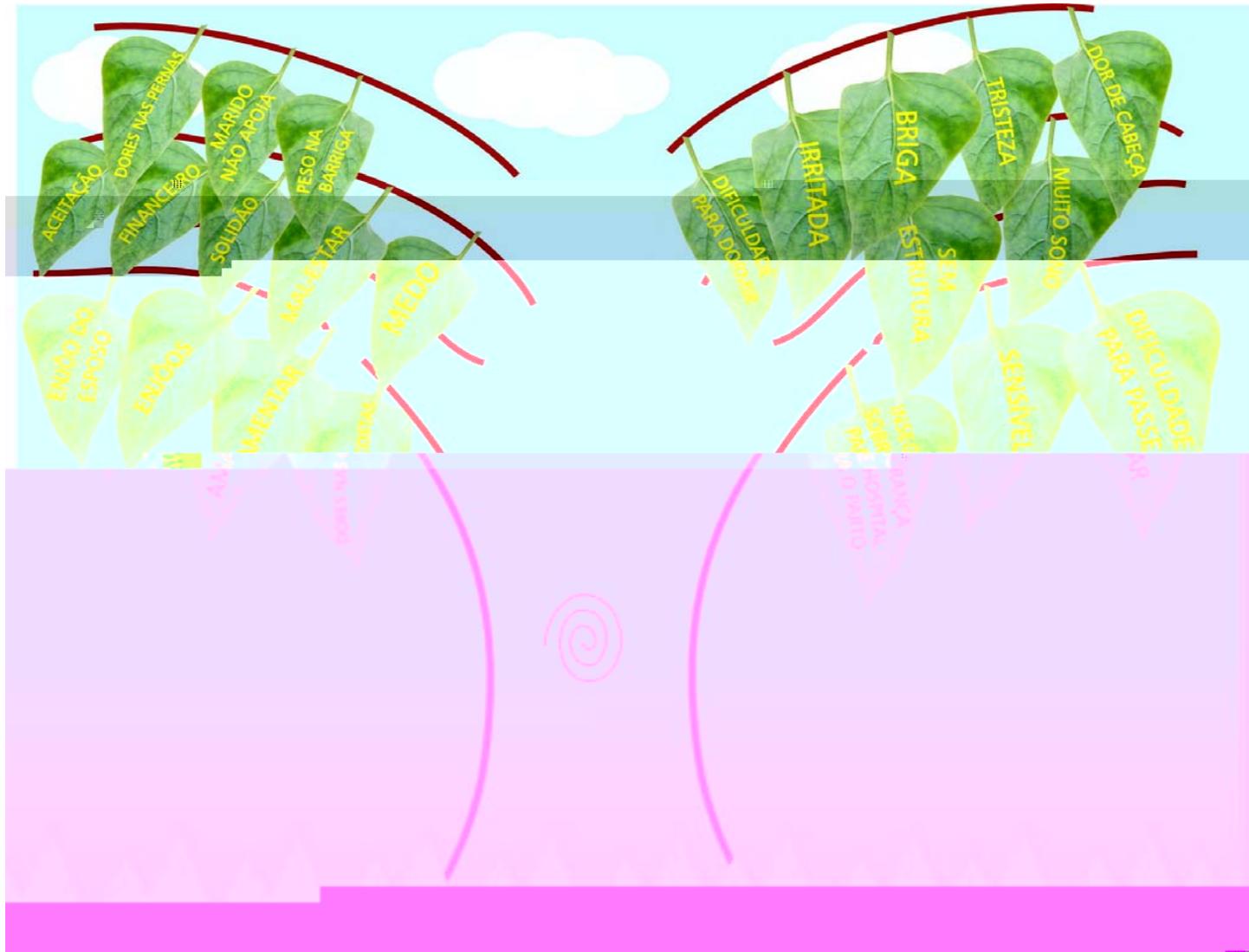
- Qual a sua reação ao saber-se grávida?
- Fez pré-natal? Onde?
- Com quantos meses iniciou o pré-natal?
- Quantas consultas fez no pré-natal?
- Alguém falou sobre amamentação no pré-natal? Quem?
- Participou de grupos educativos no pré-natal?
- Onde o bebê nasceu?
- Teve contato com o bebê logo após o parto?
- Quando foi a primeira mamada?
- Participou de grupos educativos na maternidade?

5. RETORNO AO LAR

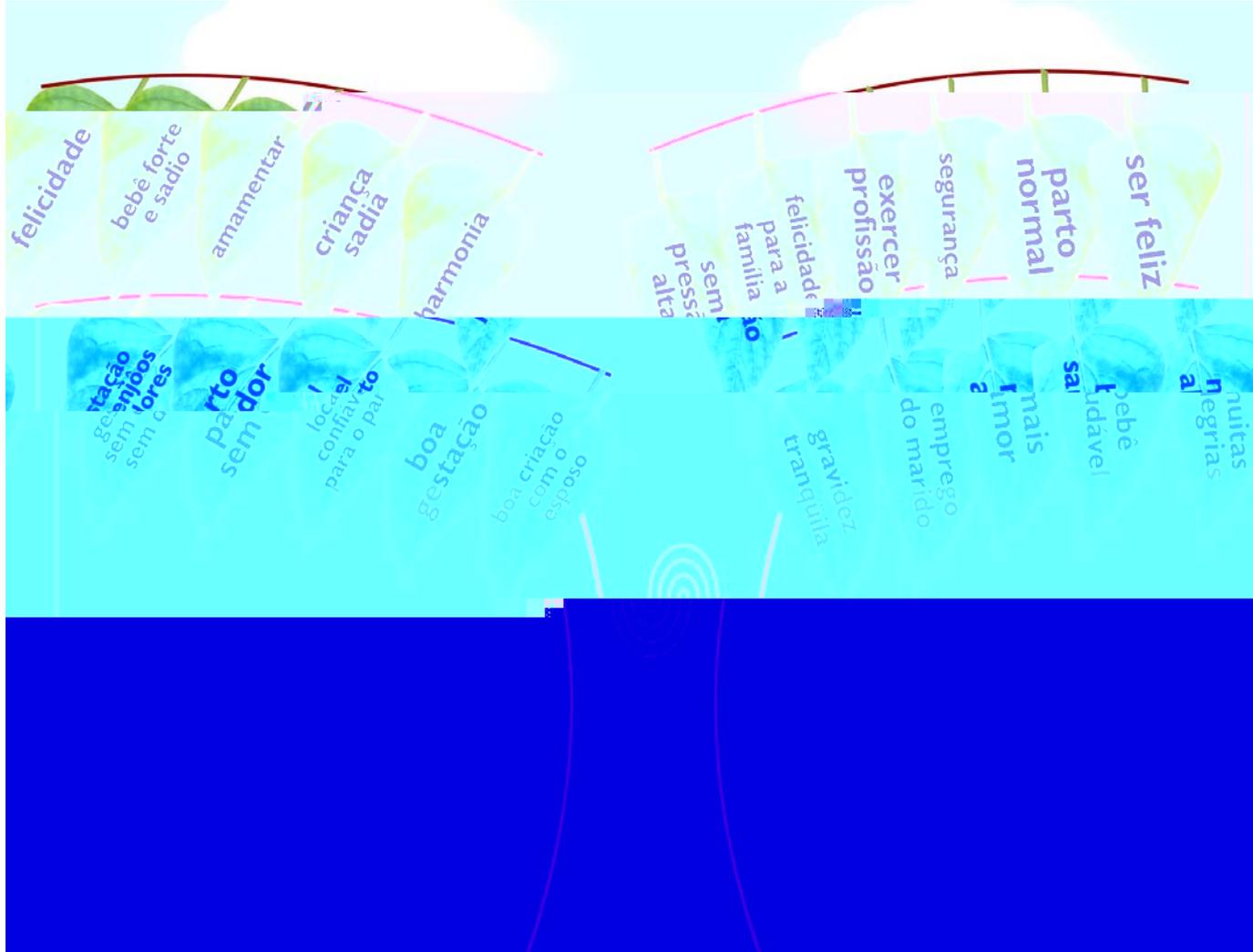
- Teve algum problema durante a amamentação?
- Qual a sensação ou sentimento quando está ou estava amamentando?
- Até que idade pensa em amamentar seu bebê só com leite materno?
- Quanto tempo amamentou?
- Você acha que o leite materno é suficiente para alimentar o seu bebê?
- Alguém ensinou a senhora a saber se tinha leite suficiente para o bebê?
- Alguém ensinou a senhora como aumentar o seu leite?
- A senhora sabe com quantos meses pode começar a dar líquidos ou alimentos ao bebê?
- No retorno para casa, teve ajuda nos afazeres domésticos? De quem?
- Em caso de dificuldade com a amamentação foi orientada a outro profissional ou alguém? Onde?
 - Qual a participação do seu companheiro nos cuidados com o bebê?
 - Tem necessidade de sair de casa ou retornar a trabalhar?
 - Com quem fica o bebê, caso precise sair?

6. RELATE SUA EXPERIÊNCIA COM AMAMENTAÇÃO

ANEXO III Árvore das Dificuldades



ANEXO IV Árvore dos Sonhos



ANEXO V Aprovação pelo Comitê de Ética

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 Santa Cecília CEP 01277900 São Paulo -SP
PABX (11) 21767000 Ramais: 5502/5710 - Fax- 2176-7041 E-mail: eticamed@santacasasp.org.br



São Paulo, 10 de fevereiro de 2006.

Projeto nº 352/05
Informe este número para identificar
seu projeto no CEP

Ilmo.(a).Sr.(a).
Dr.(a). Maria Vaneide Anjos Blanco
Departamento de Medicina Social

O Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP, reunido no dia **30/11/2005** no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa **“Rede de significações: uma estratégia para melhoria da adesão ao aleitamento materno exclusivo em atenção primária.”** emitiu parecer inicial em pendência e nesta data enquadrando-o na seguinte categoria:

Aprovado (inclusive o TCLE);

Com pendência (há modificações ou informação relevante a serem atendidas em 60 dias, enviar as alterações em duas cópias);

Retirado (por não ser reapresentado no prazo determinado);

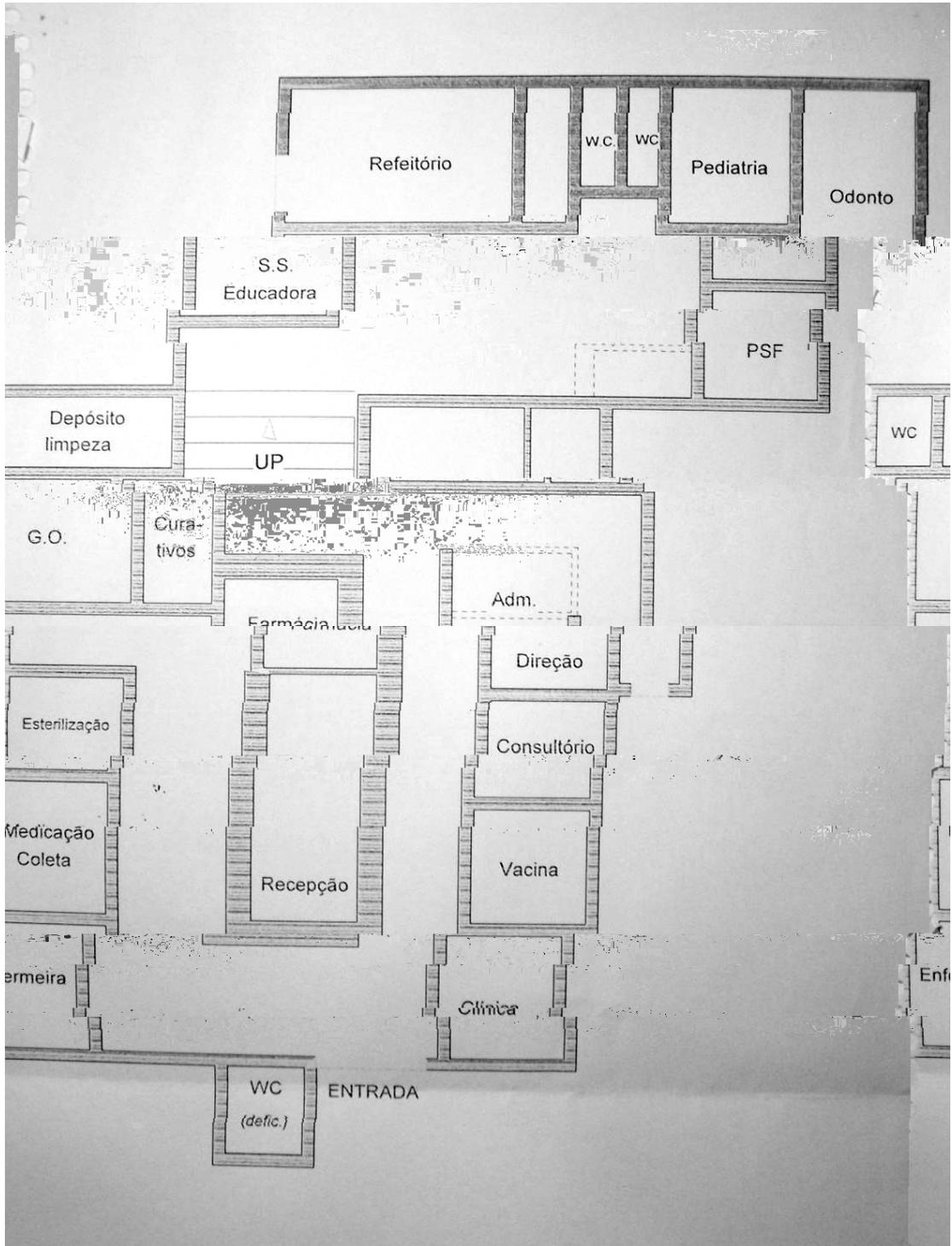
Não aprovado,

Aprovado (inclusive TCLE -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS -CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias. **Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.**



 Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
 ISCMSP

ANEXO VII Planta baixa da UBS Vila Nivi



ANEXO VIII. Perfil das Gestantes – UBS VILA NIVI

Referência da Gestante	Idade Nutriz	Escolaridade	Nº de Filhos Vivos	Idade último filho	Nº de Consult a PN	DPP	Situação Conjugal	Ocupação	Renda Fam. Mensal em reais*	Participação Grupos no Pré Natal	Relato da previsão da duração do AME na gestação atual
1	36	média	0	-	9	17/03	casada	Do lar	2500,00(1)	Dois	1 ano e pouco
2	29	Fund. Comp	02	6	6	22/07	casada	Babá	600,00(2)	Dois	Se tiver leite
3	19	média	0	-	8	20/05	solteira	Do lar	1500,00(3)	Dois	Até ter leite
4	36	média	04	8	6	29/08	divorciada	Desempregada	800,00(2)	Dois	2 anos
5	40	média.	2	12	9	10/11	casada	Do lar	1300,00	Dois	2 meses
6	31	média	3	10	8	20/02	companheiro	Artesã	150,00	Sete	6 meses
7	28	Fund. Compl	0	-	8	10/04	casada	Doméstica	1000,00 (2)	Seis	1 ano
8	20	superior	0	-	10	02/05	solteira	Recepcionista	1800,00(2)	Seis	Até qdo quiser
9	21	média	0	-	8	14/02	solteira	Artesã	800,00(2)	Cinco	6 meses
10	25	média	0	-	10	20/02	companheiro	Babá	1700,00 (2)	Sete	6 meses
11	23	média.	0	-	7	27/05	companheiro	Do lar	1300,00 (1)	Seis	Máx que quiser
12	22	média	0	-	5	23/07	solteira	Desempregada	400,00 (1)	Cinco	Até ter leite

Os valores entre parênteses correspondem ao número de contribuintes na renda familiar.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. M. **A Reforma Sanitária Brasileira: um trajeto de mudanças. Série Estudos: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.** Rio de Janeiro: DAPS/ENSP, 1993

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: Um Híbrido Natureza-Cultura.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALVIN, E. F. Estudo sobre o desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.5, p. 239-260, 1964.

BARATA, R. C. B. et al - Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987: I - Infecções respiratórias agudas. **Revista de Saúde Pública**, v. 30. n°. 6. p. 553-563. 1996.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BENIGUI, Y. et al. **Ações de Saúde Materno-Infantil a nível local.** Washington, DC: OPAS, 2000.

BORDIEU, P. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.

BRANDÃO, C. R. **Pesquisa Participante.** São Paulo: Ed Brasiliense, 1981.

BRASIL – **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988,** ATLAS, 1988.

BROWN, K.H. et al - Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru-**Pediatrics**, v. 83, 1989.

D'ÁVILA, E. M. Aleitamento natural em um Centro Municipal de Saúde. **Revista de Nutrição;** v. 5, p. 157-170, 1986.

DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir.** Brasília: Cortez, 1999.

DINIZ, R. L. P. **Avaliação do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno do Hospital César Cals – Um Hospital Amigo da Criança em Fortaleza.** 2003. Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e Adolescente, Universidade Estadual do Ceará, Ceará.

FIGUEIREDO I. Aleitamento materno nas classes sociais média e alta. **Jornal de Pediatria**, v. 50, p. 260-262, 1981.

FONSECA, L. M. M. **Cuidados com bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna.** 2002. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, São Paulo.

FOUCAULT, M. Sexuality and solitude. **London Review of Books**, v. 9, n. 3, p. 3-6, 1981.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1970.

FREYRE, G. **Casa Grande & Senzala.** Rio de Janeiro: Ed. Record, 1994.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.10, n.1, p. 146-155, 1994.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa em educação ambiental. In: PHILIPPI, Jr. A. & PELICIONI, M. C. F. **Educação Ambiental e Sustentabilidade.** São Paulo. Ed. Manole. 2005. p. 577-598.

HARDY, E. E. & OSIS, M. J. D. **Mulher, Trabalho e Amamentação.** Campinas: Ed. Unicamp, 1991.

HUTTLY, S. et al. Birth spacing and child health in urban Brazilian children. - **Pediatrics**, v. 89, p. 1049-1054, 1992.

ISSLER, H. LEONE, C. & QUINTAL, V. S. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo. **Boletim Oficina Panamericana de Saúde**. v. 106, p. 513-522, 1989

KLEIN, M. **Inveja e Gratidão.** Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1974.

KNODEL J. & VAN DE WALLE. Early Breast Feeding, Fertility and Infant Mortality: An Analysis of some German Data. **Etienne Population Studies**, v. 21, n. 2, p. 109-131, 1967.

LANA, A. P. B. **O livro de Estímulo à Amamentação – Uma visão biológica, fisiológica e psicológica, comportamental da amamentação.** São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.

LEVY P. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa.** 6ª edição. São Paulo: Ed. Atlas, 2006.

MARTINS FILHO, J. **Contribuição ao estudo do aleitamento materno em Campinas.** 1976. Tese de Livre Docência, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados e municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 1999. p. 30.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília, 2001.

MORENO J. L.; **Sociometry, experimental method and the science of society: an approach to a new political orientation.** Beacon: Ed. Beacon House, 1951.

MORIN, E. **Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro.** São Paulo: Ed Cortez, 2000.

NAKANO A. M. S.; **O aleitamento materno no cotidiano feminino.** 1996. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

OLIVEIRA M. I. C. & CAMACHO L. A. B.; Impacto das Unidades Básicas de Saúde sobre a prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n.1, 2002.

REA M. F. & CUCKIER R. Razões de desmame e introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n.3, p. 184-191, 1984.

REA M.F. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. **Jornal de Pediatria**, v. 72, n. 3, 1998.

RIBEIRO R. M. **Estrutura familiar, trabalho e renda**. In Kaloustian (Org) Família Brasileira a base de tudo. São Paulo: Cortez, 1994.

RICCO RG. **Estudo sobre o aleitamento materno em Ribeirão Preto**. 1975. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

VICTORA, C. G. et al. Deaths due to dysentery, acute and persistent diarrhoea among Brazilian infants. **Acta Paediatrica**. v. 381. p. 7-11. 1992.

VICTORA, C.G. & BARROS, F.C. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991.

VILLA, T. C. S. **Aleitamento e programa de suplementação alimentar em centro de saúde – alguns fatores associados**. 1985. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VYGOTSKY, L. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Ed. Martins Fontes. 2001.

WALLON, H. (1959/1986). Os meios, os grupos e a psicogênese da criança. In: WEREBE, M. J. G. & NADEL-BRULFERT, J. **Henri Wallon**. São Paulo: Ed. Ática (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

ZAUHY, C. et al. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Ed Palas Athena, 2002.

RESUMO

Foi realizada uma análise de entrevistas e discussão em grupo foram desenvolvidas no acompanhamento de pré-natal da UBS com cobertura parcial de atendimento no PSF num bairro do Município de São Paulo. Na UBS Vila Nivi, as doze gestantes envolvidas com a pesquisa serviram de base na formação de Rede de Significações para estímulo à adesão ao AME no local.

Observou-se na pesquisa de campo um predomínio de gestação não desejada, maioria de primigesta e com ocupação principal de donas-de-casa. A primeira reunião evidenciou preocupações com o cuidado da mama e na seqüência uma reflexão sobre a qualidade do leite, sobre as dificuldades em ter leite e os prejuízos que o amamentar traz à mulher. Culminou destas reflexões o compromisso de AME de todas as participantes.

A vantagem de se utilizar as respostas das gestantes em diversos momentos da pesquisa de campo permitiu que fossem revistos seus discursos, facilitando ao ato da vontade de amamentar, ao invés da atitude passiva inicial de atribuir as dificuldades ao seu corpo e saúde ou aos problemas que o bebê apresentasse.

A pesquisa ressaltou os limites do Sistema de Saúde, as dificuldades com trabalho de grupo e equipe multiprofissional na busca de uma linguagem única entre técnicos e comunidade propondo ações de intervenção que favoreçam o AME.

UNITERMOS – 1. Aleitamento Materno, 2. Prática (Psicologia), 3. Gestantes, 4. Relações interpessoais, 5. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

An analysis of interviews and group discussion was made on the follow-up of the UBS prenatal with partial covering of patient assistance in the Family Health Program (PSF) in the municipality of São Paulo. At UBS Vila Nivi, the twelve pregnant women researched were the basis of the foundation of the Redsig to stimulate women adhesion to Breast Feeding at the place.

A massive number of unwilling pregnancy was stated through the fieldwork on which most of the women were bearing their first child and were also housewives as their main occupation. The first meeting showed their concern about their breasts followed by a reflection on the milk quality, the difficulties in having milk, and the damage breast feeding brings out. As a result, all the women came to a commitment to the Exclusive Breast Feeding.

The advantages of using the childbearing replies in several moments of the fieldwork, allowed their speeches to be reviewed by them, facilitating their willing to breastfeed instead of their initial passive attitude of attributing the difficulties in doing so to their bodies and health, or to the problems the baby might have.

The research emphasizes the limits of the Health System, the difficulties in working with the group, and a multiprofessional staff searching for a common language between professionals and the community proposing intervention actions benefiting the Exclusive Breast Feeding.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)