

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

DANIELA APARECIDA SALGADO TARGINO

Dimensões exclusoras e transformadoras no processo de
trabalho dos profissionais de saúde de Unidades de Saúde da
Família no apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Regina Cangiani Fabbro

São Carlos - SP
2013

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

DANIELA APARECIDA SALGADO TARGINO

Dimensões exclusoras e transformadoras no processo de
trabalho dos profissionais de saúde de Unidades de Saúde da
Família no apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo

Dissertação apresentada junto ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem – Nível Mestrado.
Área de concentração: Cuidado e trabalho
em saúde e enfermagem.
Linha de pesquisa: Processo de cuidar em
saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Márcia Regina Cangiani Fabbro

São Carlos - SP
2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

T185de

Targino, Daniela Aparecida Salgado.

Dimensões exclusoras e transformadoras no processo de trabalho dos profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família no apoio ao aleitamento materno exclusivo / Daniela Aparecida Salgado Targino. -- São Carlos : UFSCar, 2013.

129 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Enfermagem. 2. Aleitamento materno. 3. Programa Saúde da Família (Brasil). 4. Prática de saúde. 5. Aprendizagem. 6. Feminismo. I. Título.

CDD: 610.73 (20^a)



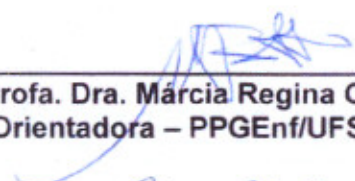
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: DANIELA APARECIDA SALGADO TARGINO


DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 20/06/13
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:



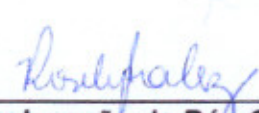
Prof. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro
(Orientadora – PPGEnf/UFSCar)



Prof. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro
(EERP/USP)



Prof. Dra. Fabiana Marini Braga
(DTPP/UFSCar)



Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Prof. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais José Roberto Salgado e Dirce Pavanello Salgado (in memoriam), meus primeiros educadores, pessoas admiráveis, fonte de amor inesgotável.

Obrigada por me ensinarem que podemos ser o que quisermos ser.

Eu amo vocês!

E ao meu marido David Targino da Silva, meu companheiro incentivador, por estar comigo durante essa trajetória e por me reerguer nos momentos de fraqueza, dedicando seu amor.

Obrigada pelo apoio, por ser minha fortaleza e pela família maravilhosa que juntos construímos.

Amo muito você!

Agradecimentos

Agradeço a Deus, que me conduz pelos caminhos da vida, que me ampara, me fortalece e me dá saúde para poder superar todos os obstáculos e que, quando penso que tudo está perdido me surpreende com maravilhas inexplicáveis.

Ao meu filho Vinícius e Rafael, quero humildemente ensinar-lhes que o ensinamento agregado aos valores familiares é a maior dádiva para sermos felizes.

À minha orientadora, professora Márcia Regina Cangiani Fabbro, por sua dedicação, pelo carinho e paciência que sempre teve comigo e por sua generosidade. Você tornou-se um exemplo de ser humano e humildade para mim.

Ao Programa de Pós- Graduação do Departamento de Enfermagem da UFSCar, por me permitir trilhar essa trajetória e me apoiar nos momentos de angústias vividos nesse percurso.

À Secretaria Municipal de Saúde de Guaranésia, em autorizar a realização da pesquisa, acreditando nos meus ideais.

Ao Centro da Fundação Educacional Guaxupé e às minhas colegas de trabalho, por me estimularem nos caminhos da pesquisa para a qualificação de educadora.

Às Unidades de Saúde de Família que abriram suas portas para me acolher, me dando a oportunidade de compartilhar saberes.

Às professoras Juliana Cristina dos Santos Monteiro e Fabiana Marini Braga, pelas contribuições na qualificação e defesa e pela solidariedade e compartilhamento de conhecimentos.

À professora Aida Victória Garcia Montrone, por sua disponibilidade.

À minha tia Rosa Pavaneli Ferreira e meus primos Aline, Lucas e Thiago, por estarem comigo nessa fase de minha vida e por felicitarem minhas conquistas e estarem comigo nos momentos difíceis.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um modelo substitutivo à atenção de saúde, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). É uma estratégia que oferece às famílias assistência integral não somente nas situações agudas como também nas condições crônicas, visando à promoção e manutenção da saúde. Portanto, a ESF é um instrumento viável para a promoção e apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME), contudo os profissionais de saúde devem estar dispostos a assumir uma postura dialógica com os usuários que compartilhe os conhecimentos de bases científicas e as experiências vivenciadas. Sendo assim, a promoção e o apoio ao AME é o objeto deste estudo, tendo a ESF como universo de investigação. Teve como objetivo analisar os elementos excludores e transformadores no processo de trabalho dos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família para o apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME). O Referencial Teórico utilizado constituiu-se pela Aprendizagem Dialógica e Feminismo Dialógico e o Referencial Metodológico pela Metodologia Comunicativa Crítica. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido com a equipe das cinco Unidades de Saúde da Família, em um município do interior de Minas Gerais, no ano de 2011 e 2012. Os dados foram coletados utilizando-se da técnica de grupo de discussão comunicativo e analisados segundo a Metodologia Comunicativa Crítica, evidenciando os aspectos transformadores e excludores no apoio que a ESF oferece para o AME. Os resultados permitiram concluir que na categoria “Experiências pessoais com o AM” os elementos transformadores estão mais presentes do que os excludores, evidenciando que, quando o tempo de amamentação é superior a 6 meses há uma maior segurança nas orientações para a promoção e apoio ao AM. Na categoria “Promovendo e apoiando o AM” os elementos excludores foram mais evidentes demonstrando que mesmo que a ESF seja uma referência de apoio ao AM, ainda se encontra influenciada por uma racionalidade instrumental, dando lugar a práticas assistenciais de pouco êxito. Esta influencia cria obstáculos a práticas educativas do tipo dialógicas propiciem transformação. O diálogo entre pesquisador e participantes, proporcionado pelo grupo de discussão comunicativo permitiu o consenso de que a promoção e apoio ao AME deve emergir de uma transformação na forma como as orientações de saúde são realizadas. Para tanto, o pressuposto de um diálogo igualitário; no qual o aleitamento materno seja reconhecido nos contextos individuais, sociais e culturais de quem o vivencia, respeitando seus saberes e experiências e buscando a transformação de contextos; deve estar presente.

Palavras chaves: Aleitamento Materno; Estratégia de Saúde da Família; Conhecimentos, Atitude e Prática em Saúde; Aprendizagem; Feminismo.

ABSTRACT

The Estratégia de Saúde da Família (ESF) (In English: The Family Health Strategy) is presented as a substitutive model to health care, according to the principles of the Sistema Único de Saúde (In English: the Unified Health System). It is a strategy that provides a comprehensive care to family, not only for intense situations but also for chronic diseases, with the objective of promoting and keeping health. Therefore, although the ESF is, in effect, a viable tool for the support and promotion of the Aleitamento Materno Exclusivo (AME) (In English: Exclusive Maternal Breastfeeding) health professionals should be willing to assume a dialogical approach with users that shares scientific knowledge and experiences. Therefore, the promotion and support of AME is the focus of this study, with the ESF as a research field. The goal was to analyze the exclusionary and transformative components of the work process in the family health care teams to support exclusive maternal breastfeeding. The Theoretical Framework used was constituted by the Dialogic Learning and the Dialogic Feminism and the methodological framework by the Critical Communicative Methodology. This is a qualitative study, developed with the staff of five family health units in a town in Minas Gerais, in 2011 and 2012. Data were collected using the technique of Communicative focus groups, and analyzed according to the Critical Communicative Methodology, highlighting the transformative and the exclusionary aspects regarding the support that the ESF provides to the AME. Results allowed to conclude that, within the category "Personal Experiences with the Maternal Breastfeeding" transformative elements are more present than the exclusionary ones, showing that when the time of breastfeeding is longer than six months, a greater certainty exists regarding the orientations for the promotion and support of the maternal breastfeeding. In the category of "Promoting and supporting maternal breastfeeding", exclusionary elements were more present, demonstrating that even though the ESF is a reference in the support the AME, it is still influenced by an instrumental rationality, that gives place to care practices of little success. This influence creates obstacles for dialogic educational practices to favor transformation. The dialogue between researcher and participants provided by the communicative focus group allowed consensus about the fact that the promotion and support of the AME should emerge from a transformation regarding the way health orientations are performed. Therefore, the assumption of an egalitarian dialogue; in which breastfeeding is recognized in the social and cultural contexts of those who live it, respecting their knowledge and experiences and looking for the transformation of these contexts; should be present.

Keywords: Breastfeeding; Family Health Strategy; Knowledge, Attitude and Practice in Health; Learning; Feminism.

RESUMEN

La Estrategia de Saude da Familia (ESF) (En castellano: Estrategia de Salud de la Familia) se presenta como un modelo sustituto para el cuidado de la salud, según los principios del Sistema Único de Saude (SUS) (En castellano: Sistema Único de Salud). Es una estrategia que ofrece atención integral a la familia no sólo para situaciones agudas sino también para las enfermedades crónicas, con el objetivo de la promoción y el mantenimiento de la salud. Por lo tanto, aunque el ESF sea, en efecto, una herramienta viable para el apoyo y promoción de la lactancia materna exclusiva (LME), los profesionales de la salud deben estar dispuestos a asumir un enfoque dialógico con los usuarios que comparta los conocimientos científicos y experiencias. Así, la promoción y el apoyo de la LME es el objeto de este estudio, con el ESF como campo de investigación. El objetivo fue analizar los componentes excluyentes y transformadores del proceso de trabajo en los equipos de salud de la Salud de la Familia para apoyar la lactancia materna exclusiva. El marco teórico utilizado fue constituido por el Aprendizaje Dialógico y el Feminismo Dialógico y el referencial metodológico por la Metodología Comunicativa Crítica. Se trata de un estudio cualitativo, desarrollado con el personal de cinco unidades de salud de la familia, en una ciudad del interior de Minas Gerais, en 2011 y 2012. Los datos fueron recolectados a través de la técnica de grupo de discusión comunicativo y se analizaron de acuerdo con la Metodología Comunicativa Crítica, destacando los aspectos transformadores y excluyentes en el apoyo que la ESF ofrece a la LME. Los resultados permitieron concluir que en la categoría "Experiencias personales con la lactancia materna", los elementos transformadores están más presentes que los excluyentes, evidenciado que, cuando el tiempo de lactancia es superior a 6 meses, existe una mayor seguridad en las orientaciones para la promoción y apoyo a la lactancia materna. En la categoría "Promoviendo y apoyando la lactancia materna", los elementos excluyentes estuvieron más presentes, demostrando que aunque la ESF sea una referencia en el apoyo al LME, aun se encuentra influenciada por una racionalidad instrumental, dando lugar a prácticas asistenciales de poco éxito. Esta influencia crea obstáculos para que prácticas educativas de tipo dialógicas propicien transformación. El dialogo entre investigador y participantes, proporcionado por el grupo de discusión comunicativo, permitió el consenso sobre el hecho de que la promoción y el apoyo al LME deben emerger de una transformación en la forma en que las orientaciones de salud son realizadas. Por lo tanto, se debe tener como el presupuesto de un diálogo igualitario; en el cual la lactancia materna sea reconocida en los contextos individuales, sociales y culturales de quien lo vive, respetando sus saberes y experiencias y buscando la transformación de los contextos; debe estar presente.

Palabras clave: Lactancia Materna; Estrategia de Salud de la Familia; Conocimientos, Actitud y Práctica en Salud; Aprendizaje; Feminismo.

SUMÁRIO

Apresentação.....	14
Introdução.....	16
Objetivos.....	21
<i>Objetivo Geral.....</i>	21
<i>Objetivo Específico.....</i>	21
Justificativa.....	22
Políticas de Saúde no Brasil e o Aleitamento Materno.....	23
Referencial Teórico-Metodológico.....	31
<i>Feminismo Dialógico.....</i>	34
<i>Metodologia Comunicativa Crítica.....</i>	37
<i>Concepções Teóricas da Metodologia Comunicativa Crítica.....</i>	38
<i>Postulados da Metodologia Comunicativa Crítica.....</i>	40
Metodologia.....	43
<i>Local da Pesquisa.....</i>	43
<i>Técnica de Coleta de Dados.....</i>	45
<i>Análise dos Dados.....</i>	47
O percurso metodológico com os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família.....	50
<i>Análise e Discussão dos Dados.....</i>	52
O começo de um fim: algumas palavras.....	105
Referências.....	112
Anexos.....	120

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Nível básico de análise: categorias e elementos.....	47
Quadro II: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF1).....	53
Quadro III: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF1).....	54
Quadro IV: Elementos transformadores e excludores das ações de promoção de AM (USF1).....	58
Quadro V: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF2).....	63
Quadro VI: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF2).....	64
Quadro VII: Elementos transformadores e excludores das ações de promoção de AM (USF2).....	68
Quadro VIII: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF3).....	72
Quadro IX: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF3).....	72
Quadro X: Elementos transformadores e excludores das ações de promoção de AM (USF3).....	77
Quadro XI: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF4).....	84
Quadro XII: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF4).....	85
Quadro XIII: Elementos transformadores e excludores das ações de promoção de AM (USF4).....	86
Quadro XIV: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF5).....	94
Quadro XV: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF5).....	94
Quadro XVI: Elementos transformadores e excludores das ações de promoção de AM (USF5).....	95

LISTA DE TABELA

Tabela I: Distribuição do número de participantes da ESF por sexo, idade, tempo de trabalho na USF, se amamentou ou não e quanto tempo amamentou.....	44
Tabela II: A perspectiva dialógica dos Grupos de Discussão Comunicativos sob categorias de Sistema e Mundo da Vida.....	103
Tabela III: Síntese sobre a perspectiva dialógica dos Grupos de Discussão Comunicativos sob categorias de Sistema e Mundo da Vida.....	104

LISTA DE FIGURAS

Figura I: Descrição das atividades de promoção por categorias.....	92
---	----

SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

AM- Aleitamento Materno

ESF- Estratégia de Saúde da Família

GDC- Grupo de Discussão Comunicativo

IUBAAM- Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

MCC- Metodologia Comunicativa Crítica

NBCAL- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactantes

OMS- Organização Mundial de Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

“... para mim, é impossível existir sem sonho. A vida na sua totalidade me ensinou como grande lição que é impossível assumi-la sem risco”

(Paulo Freire)

Filha de mãe semianalfabeta que me ensinou a ler e a escrever e de um pai, cuja profissão de bombeiro, exige postura de educador e de estar aberto ao diálogo, assim fui criada. Na minha família o diálogo sempre teve papel central.

Quando cresci escolhi por profissão a enfermagem, e sempre tive convicção de que estava certa porque essa profissão me dava a oportunidade de estar, falar e cuidar de outras pessoas. Saio da graduação em 2005, realizada por minha conquista e logo surge minha primeira oportunidade de emprego.

Tive oportunidade de trabalhar em unidade básica de saúde, estratégia de saúde da família, em hospitais, com diversas especialidades e na formação de técnicos e enfermeiros. No entanto, a aproximação com gestantes e com o tema Aleitamento Materno aconteceu fortemente durante a graduação, e, depois de formada, pude executar ações para a assistência ao período gravídico puerperal, com grande satisfação e carinho.

Novamente o mestrado me inseriu nesse contexto e pude partilhar, com minha orientadora e com as participantes da minha pesquisa, meus anseios, meus sonhos, minhas realizações profissionais e pessoais, bem como meu amor por minha profissão e pela temática.

Entendendo o porquê, iniciei falando de minha família...

Embora ame o que eu faço, muitas vezes me senti desvalorizada profissionalmente e esses sentimentos levam à mecanização da assistência, perdendo-se toda a essência de humanização e alteridade.

Contudo, minha maior descoberta durante essa trajetória foi o referencial teórico-metodológico o qual, a passos curtos, pude utilizar.

O Feminismo Dialógico, me faz lembrar demais de minha querida mãe, mulher forte, destemida. Foi uma das “outras mulheres” e, não sendo da academia, sempre me incentivou a estudar e a não me esquecer dessas tantas “outras mulheres”.

A Metodologia Comunicativo Crítica, que me faz saber quem eu sou, quando a vida toma rumos tortuosos, me faz recordar minha criação, minha raiz, do diálogo que me foi ensinado como base para a solução dos maiores conflitos.

Tanto a pesquisa quanto a trajetória do mestrado me fizeram crescer enquanto mulher e pessoa e me fizeram acreditar em meu potencial de educadora e de poder, mesmo que timidamente, fazer a diferença na vida das pessoas. Por isso só tenho a agradecer a vida por me dar essa oportunidade.

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento especial na vida da mulher e uma experiência individual, pois cada uma a vivencia de maneira singular, considerando seu meio familiar, social, emocional e físico (ISERHARD, *et al.*, 2009). Durante a gestação inicia-se a criação de vínculos entre mãe e filho, sendo este relacionamento o mais sólido existente entre os seres humanos, pois, nessa relação, existe algo singular, assegurado pela gestação e pelo nascimento (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

O aleitamento materno pode ser considerado uma continuidade desta relação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) traz evidências científicas de que o contato precoce com a amamentação, imediatamente após o parto, interfere no aumento significativo das taxas de aleitamento materno.

Segundo a OMS (2001) e o Ministério da Saúde brasileiro (2009a), considera-se aleitamento materno exclusivo (AME) quando a criança recebe apenas o leite materno direto da mama ou ordenhado, com a ausência de outros alimentos, sejam eles sólidos ou líquidos, com a exceção de xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Ao receber, além do leite materno, água e outras bebidas à base de água, denomina-se aleitamento materno predominante; quando, além do aleitamento materno, a criança recebe outras fontes de nutrientes, na finalidade de complementá-lo e, não de substituí-lo, denomina-se aleitamento materno complementado e quando a criança recebe leite materno e outro tipo de leite, é denominado aleitamento materno misto ou parcial.

A OMS (2001) declara que é fundamental o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, após esse período, as crianças devem continuar sendo amamentadas no peito até dois anos ou mais, sendo nessa fase acrescentados alimentos complementares.

De acordo com a OMS (2001) e o Ministério de Saúde brasileiro (2009a), o aleitamento materno é a mais sábia estratégia para o vínculo de afeto e proteção à criança e a maneira mais eficaz e econômica para a redução dos índices de mortalidade infantil.

Há inúmeras vantagens do aleitamento materno para a mãe, para o bebê, para a família e para a sociedade, comprovadas cientificamente. Já enumeramos uma: a

criação de vínculo afetivo, como relembra Marques et al. (2008). O contato pele a pele é benéfico para mãe e bebê, o leite materno é de graça, apresenta-se apropriada a regulação da temperatura corporal do recém-nascido sadio, como também benefícios em longo prazo para criança e mãe. Através desse contato, desencadeia-se uma série de fatores, o odor e o toque estimulam o nervo vago, o qual faz com que a mãe libere ocitocina, hormônio que, dentre várias funções, é responsável pela ejeção de leite, conseqüentemente reduzindo a ansiedade materna e aumentando sua tranquilidade (TOMA; REA, 2008; OMS, 2011).

Sobre as vantagens do aleitamento materno para a mulher, no aspecto fisiológico, a ocitocina é também responsável pela contração uterina, o que possibilita proteção contra anemia, em decorrência da rápida involução uterina; estudos apontam proteção contra câncer de mama e ovário; proteção contra doenças degenerativas; proteção de doenças cardiovasculares; e efeito contraceptivo, se a mulher está em amenorreia e o bebê tem menos de seis meses e alimenta-se exclusivamente do leite do peito, a proteção contra gravidez nas primeiras oito semanas é de 100% e de 98% até o bebê completar seis meses (BRASIL, 2003a).

Uma nutriz produz, em média, de 600 a 800 ml de leite por dia, o qual é considerado um alimento qualitativamente completo para a criança até seis meses de vida, visto que é equilibrado, adequado e suficiente, o leite materno está sempre na temperatura ideal para ser servido e a praticidade em servi-lo. Além dessas economias, devido à imunidade adquirida pelo leite materno, há também as economias com tratamentos médicos derivados de diarreias, otites, dentre outros (BRASIL, 2003a).

O aleitamento materno apresenta inúmeras vantagens para a criança, algumas já apresentadas acima. Segundo estudo realizado por Jones *et al.* (2003), estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis. A mortalidade infantil, causada por doenças infecciosas, é seis vezes maior em crianças menores de dois meses e que não foram amamentadas. Essa proporção diminui à medida, que a criança cresce, contudo, ainda é o dobro no segundo ano de vida (OMS, 2001).

Há evidências sugerindo que a amamentação ao peito apresenta benefícios em longo prazo. Horta *et al.* (2007) concluíram que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixa, assim como níveis menores

de colesterol total e 37% chances de apresentar diabetes tipo 2, sendo que tanto o indivíduo amamentado quanto a mulher que amamenta adquirem proteção contra diabetes. Segundo Victoria *et al.* (1992) crianças amamentadas têm três vezes menos risco de se desidratarem e de morrerem por diarreia.

O início imediato da amamentação assegura à criança a ingestão do colostro, conhecido como “primeira vacina”, devido ao seu rico conteúdo de importantes fatores imunológicos, com agentes antimicrobianos, anti-inflamatórios e vitamina A, todos importantes para a proteção imediata em longo prazo contra infecções. O aleitamento materno exclusivo, sendo estéril, também previne a introdução de patógenos causadores de doenças por meio de líquidos contaminados (Organização Mundial de Saúde, 2011).

As vantagens do aleitamento materno para a família e para a nação remetem aos indicadores de saúde como menor taxa de morbimortalidade da criança; que, em muitas localidades brasileiras, ainda permanecem como causa de mortalidade pós-neonatal ou tardias por doenças infecciosas, cuja prevenção e terapêutica estão relacionadas à alimentação, educação, habitação, saneamento básico e também assistência ao pré-natal, parto e recém-nascido (BRASIL, 2003a).

Outra vantagem para a sociedade é a proteção do meio ambiente, pela não utilização de dejetos de mamadeiras, bicos, latas, embalagens (BRASIL, 2003a). O processamento do leite em pó exige aquecimento, que demanda muita energia, que é produzida com impactos ao meio ambiente. Depois o produto é embalado em latas ou acondicionado em caixas de papelão. Acredita-se que os volumes destes resíduos no Brasil, ou em níveis mundiais, sejam impressionantes. Paralelamente à indústria do leite, há a das mamadeiras e seus bicos, raramente entregues à reciclagem. Estes devem ser esterilizados continuamente, consumindo enorme quantidade de água e energia, como também o tempo dos pais que deveriam ser poupados. Existe ainda o impacto ambiental gerado pelas indústrias produtoras (MÜLLER, 2003).

Apesar de todas as vantagens do aleitamento materno, as pesquisas de prevalência demonstram que a prevalência de aleitamento materno no Brasil está muito longe do ideal. Sendo assim, exige-se que novas abordagens sejam implantadas valorizando-se ações efetivas na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como também o processo de trabalho em que elas acontecem (BRASIL, 2009b).

Portanto, o AME ainda é um desafio para mães, bebês, família e profissionais de saúde. O ato de amamentar precisa de apoio desde a sala de parto. Uma das formas de ter um início bem sucedido no processo de amamentar é a amamentação precoce. Segundo Toma; Rea (2008), ela poderia levar a uma considerável redução na mortalidade neonatal. Se todas as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida, o índice de mortalidade reduziria em 16,3% e, em 23,3% se a amamentação ocorresse na primeira hora de vida.

Desde o início da década de 80, o Brasil tem atentado para prioridades em saúde e, entre elas, está a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, que é uma linha de cuidado sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; contando com coordenadores no nível estadual para implementação das ações nos estados, e coordenação no nível municipal, responsáveis pela implementação local das estratégias propostas (BRASIL, 2011b).

Segundo Costa Neto (2000), o modelo de assistência predominante no Brasil nos últimos anos caracteriza-se pela visão biológica, individualista e hospitalar, tratando-se de procedimentos curativos individuais, os quais caracterizavam uma baixa cobertura e com elevados custos. Portanto, esse modelo também se mostra ineficiente quando se trata de aleitamento materno. Leite (2000) diz que é necessário entender o universo feminino na sua individualidade para, assim, articular aspectos biológicos e sociais, apoiando-as no processo da amamentação.

A partir das necessidades de mudança no modelo de assistência, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo objetivo é integrar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com a comunidade, trabalha com uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Nesta proposta existe uma relação mais próxima entre as pessoas, o que tende a humanizar a assistência, estabelecendo uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade (CICONI, VENANCIO; ESCUDER, 2004).

Apesar de todas essas iniciativas de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e da ESF como importante ferramenta de articulação e efetivação dessas ações, o desmame precoce é uma realidade brasileira preocupante. Segundo Araújo; Almeida (2007), muitas mulheres, embora considerem o leite materno como

a fonte mais segura para alimentar seus filhos não amamentam, pois não sentem segurança em adotá-lo como o único alimento durante o período em que é indicado.

Silva *et al.* (2007) demonstram em seu estudo que as mães reconhecem os benefícios do leite materno para seus filhos e a importância da lactação para a saúde das crianças. No entanto, o desmame precoce também se relaciona com aspectos culturais, socioeconômicos e psicossociais, portanto com o significado que o ato de amamentar tem para cada mulher, suas emoções e relações sociais.

A respeito da amamentação, os estudos apresentados por Monteiro (2008) demonstram que, na opinião de 88,3% das mulheres, as condições para amamentar se baseiam em: 24,2% mulheres citam a necessidade de uma boa alimentação e hidratação; 23,3% referiram-se a necessidade de ter leite; 20,0% disseram que é preciso ter tranquilidade; 11,2% destacam que é preciso ter vontade e/ou responsabilidade para amamentar; 8,2% disseram que é preciso ter tempo; 6,5% disseram que é preciso receber carinho e apoio da família; 5,2% que é preciso ter boas condições de saúde; 1,3% disseram que é preciso ter outras necessidades como higiene, boas condições financeiras para não precisar trabalhar e também o apoio oferecido pelos serviços de saúde.

Portanto, ao se enumerar as diversas questões que rodeiam o processo de amamentar, é possível compreender que a amamentação apresenta aspectos plurais em sua prática, não sendo somente biológico, como também histórico, social e cultural (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007). E, conseqüentemente, não é uma prática meramente instintiva, mas sim um ato fortemente influenciado pela sociedade, sendo que o contexto sociocultural se sobrepõe ao contexto biológico (MARQUES *et al.*, 2010).

Os (...) parâmetros nutricionais, químicos, físicos, imunológicos, microbiológicos e fisiológicos (...) devem transcender a fronteira biológica em direção ao social, não para estabelecer um elo entre essas duas dimensões, em uma relação de causa e efeito, mas sim para tratar dos fenômenos biológicos e fatos sociais que se "hibridizam" naturalmente, em torno das questões que permeiam o leite humano e que terminam por configurar os seus atributos de qualidade (ALMEIDA, 2004, p.23).

Há várias influências do contexto de vida de uma nutriz que interferem na decisão de amamentar ou não, uma delas é a família. Segundo Marques *et al.* (2010), uma evidência significativa sobre como a família interfere no ato de amamentar é apoiando ou não a nutriz, de acordo com o que a família entende como prioridade. Dessa maneira, o contato entre familiares e amigos com a nutriz é

de extrema importância, contudo outros protagonistas aparecem como fundamentais nesse processo - os profissionais de saúde (MARQUES, *et al.*, 2010).

Mesmo diante de profissionais possuidores dos saberes técnicos e conscientes da importância do aleitamento materno, o desmame precoce é uma realidade, e implica maior risco e agravo à saúde da criança aumentando os índices de morbimortalidade infantil, portanto, a prática de aleitamento materno persiste como importante preocupação da saúde pública (MONTEIRO, 2008). Deste modo, o apoio dos profissionais de saúde, em completa comunhão com a família e as pessoas significativas à mulher-nutriz são de extrema importância para mudar o quadro que hoje se apresenta em relação ao AME.

A Estratégia de Saúde da Família pode ser um forte aliado em defesa do AME, mas precisa ser ouvida em suas necessidades e obstáculos. A proposta deste estudo tem como base que, no compartilhar significados e interpretações com os profissionais de saúde, é possível emergirem elementos que auxiliem a melhorar a qualidade da assistência prestada à mulher-nutriz e sua família. Portanto, almeja-se fornecer subsídios construídos junto com os profissionais de saúde, que auxiliem a equipe a romper barreiras visando a elevar os índices de AME nos territórios adscritos pelas Unidades de Saúde da Família. A pergunta norteadora do estudo é: Quais são as dimensões exclusoras e transformadoras no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família para o apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME)?

OBJETIVO

Objetivo Geral

- Identificar com a equipe da ESF as dimensões exclusoras e transformadoras no processo de trabalho para o apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME).

Objetivo Específico

- Propor estratégias que possam auxiliar os profissionais de saúde a uma melhor eficácia no incentivo e apoio ao AME.

JUSTIFICATIVA

O baixo índice de Aleitamento Materno Exclusivo em nosso país aponta que novas estratégias devem ser implantadas. Estudos demonstram que a taxa de mortalidade infantil reduziria em 16,3%, se o aleitamento se iniciasse no primeiro dia de vida (BRASIL, 2009b). Um possível aliado na rede pública para que a informação e apoio compartilhados cheguem às nutrizes e sua família concretiza-se por meio das Equipes de Saúde da Família. É de extrema importância apreciar o trabalho que vem sendo feito por estas equipes em prol do aleitamento materno, mas faz-se necessário incentivar ainda mais às equipes para a valorização de ações efetivas e de êxito na promoção de apoio ao aleitamento materno. A atuação direta com as famílias, em serviços domiciliares, têm maiores oportunidades de promover, proteger e apoiar o AM e de concretizar que as mulheres-nutrizes consigam receber o incentivo e apoio eficientes para amamentar exclusivamente com leite materno até os seis meses de vida do bebê.

Para alcançar os objetivos, justifica-se a utilização da Metodologia Comunicativa Crítica, a qual privilegia um diálogo igualitário, considerando o saber científico e o saber popular, dando voz a todos os indivíduos envolvidos e ao Feminismo Dialógico, cuja proposta é romper com o monólogo do feminismo oficial, incorporando a voz de todas as mulheres, independente do nível educacional ou socioeconômico. Para tanto, faz-se necessário que se criem laços para a compreensão e a escuta ativa e interessada na comunicação.

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O ALEITAMENTO MATERNO

Compreende-se que o ato de aleitar ao peito um filho é intrinsecamente condicionado pelo período histórico, diante de um contexto político, econômico e social, sendo apresentado de diferentes formas e significados, que são determinados pela subjetividade de cada indivíduo. Os papéis de mãe, de pai e de filho e a forma como esses são vivenciados também sofrem mudanças de acordo com as variáveis do tempo.

Em 1500, ocorreu à colonização do Brasil por Portugal. Aqui viviam os índios e a atenção à saúde limitava-se aos recursos da terra, utilizando-se de plantas e ervas, com as quais os curandeiros, através de seus conhecimentos empíricos, exerciam a arte do curar (POLIGNANO, sd). As europeias, recém-chegadas ao país, não possuíam o hábito de aleitar com as mamas. Entre os argumentos utilizados, predominavam que a amamentação afetaria fisicamente a mãe, deixando-a aparentemente mais velha, e que as mulheres ficariam privadas de sua vida social o que, na época, era pouco conveniente, dado a intensa vida social desse período histórico. Esse comportamento perdurou na Europa, no decorrer dos séculos XVI, XVII, XVIII e meados do século XIX (BADINTER, 1985).

A autora ainda relembra que, de acordo com relatos da burguesia parlamentar, no século XVI, as mães amamentavam seus filhos. Foi no final desse século e início do século XVII que surgiu a moda de enviar os filhos para as amas de leite. A criança, após algumas horas do nascimento, era entregue à ama de leite e, uma vez entregue, os pais não tinham interesse sobre elas. O prazo médio para as crianças permanecerem nas casas de amas era de quatro anos, elas os amamentavam por quinze, vinte meses ou mais. No entanto, não era esse o prazo para o retorno ao seio familiar, sendo assim as amas de leite continuavam a amamentá-los até os quatro, cinco anos ou talvez mais. Ocorreu nesse período um aumento crescente de morte infantil (BADINTER, 1985)

Nos primórdios da colonização do Brasil, as índias serviam como amas para as famílias brancas. Os filhos eram amamentados durante um ano e meio, as mulheres carregavam seus filhos nas costas em pedaços de panos por 24 horas, praticavam a amamentação sob livre demanda e preocupavam-se em nutri-los e protegê-los de qualquer perigo (SILVA, 1990). No Brasil, na época colonial, as

mulheres ricas tinham como costume confiar seus filhos às escravas, amas de leite (FREIRE, 1978).

Em 1808, o quadro sanitário no Brasil era caótico, marcado por grandes epidemias que tinham graves consequências, tanto na saúde coletiva como no comércio exterior, pois navios estrangeiros não queriam mais atracar no porto do Rio de Janeiro, sede provisória do império português. Por volta de 1829, foi criada a junta de higiene pública que tinha como atribuição o controle sanitário mínimo da capital do império e o controle de navios e saúde dos portos, denominado modelo higienista-campanhista. A junta não resolveu todos os problemas de saúde pública no país, mas ela marca uma nova etapa da higiene pública no Brasil que será mantida durante o século XIX (BRASIL, 2011d).

Com o fim da escravidão, em 1888, assinada por meio da Lei Áurea, e com a proclamação da república, em 1889, surgiu a necessidade de modernizar o Brasil e atualizar a economia e a sociedade à luz de uma sociedade capitalista, redefinindo os trabalhadores brasileiros como capital humano (BRASIL, 2011d).

Dessa forma, as crianças passaram também a representar um capital humano, o futuro da nação, um valor econômico em potencial e, nesse contexto, as amas de leite passaram a não ter mais valor para a sociedade. A mulher tornou-se prisioneira em seu papel de mãe, sob pena de condenação moral se não exercesse adequadamente sua função. Nesse momento, o foco das atenções são as crianças (ICHISATO, SHIMO, 2002). Portanto, as preocupações não se dirigiam à saúde das mulheres, mas à preservação das crianças.

Durante a primeira República, o governo central caracterizava o sistema nacional de saúde por sua concentração e verticalização das ações de serviços. Em 1937, é promulgada a nova Constituição que reforçou o centralismo e a autoridade presidencial (BRASIL, 2011d).

No final dos anos 40, aumentou-se a divulgação do desmame comerciogênico, iniciado desde a década de 20. Os produtos eram apresentados como opção para facilitar a tarefa dos médicos, que passaram a prescrevê-los indiscriminadamente às mães. A mamadeira tornou-se símbolo da modernidade e durante anos foi utilizada a prática do fornecimento de produtos lácteos aos profissionais de saúde, ato estrategicamente definido para disseminação de mensagens, subliminares, à prática de aleitamento artificial (BOSI; MACHADO, 2005).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1963, último evento na experiência democrática. Nela reavaliou-se a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, fez-se uma reflexão sobre a realidade sanitária do país e discutiu-se sobre a municipalização dos serviços de saúde. De 1964 a 1984, o Brasil, sob a ditadura militar, consolidou o sistema nacional de saúde pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia da comercialização da saúde (BRASIL, 2011d).

Em fins da década de 60, iniciou-se, na América Latina, uma forte crítica aos efeitos negativos da medicalização. Os programas de medicina comunitária propõem a desmedicalização da sociedade, com programas de autocuidado da saúde, baseados na prevenção e na atenção primária à saúde. Em 1978, foi realizada, em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, ponto culminante para a redefinição da estrutura de saúde. Aí se discutiram a prática médica e a inacessibilidade aos serviços médicos pelas grandes massas populacionais, reafirmando a saúde como um direito dos cidadãos e dever dos governos (BRASIL, 2011d).

Na década de 70, ocorreu um movimento de resgate ao aleitamento materno, devido às denúncias sobre o aumento de desnutrição das crianças nos países de terceiro mundo, da morbidade e mortalidade infantil (NAKANO, 1996).

Em 1981, foi apresentado, na 34ª Assembleia Mundial de Saúde, o Código de Substitutos do Leite Humano, o qual tinha como finalidade regulamentar a comercialização e a distribuição dos alimentos substitutos do leite materno. Iniciou-se a reflexão sobre o resgate do aleitamento materno exclusivo (BOSI; MACHADO, 2005).

A década de 80 inicia-se com um movimento de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas caracterizam-se pela democratização do sistema, com participação popular, universalização dos serviços, a defesa do caráter público das ações e a descentralização. Em 1985, o regime militar chegou ao fim. Realizada em 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sérgio Arouca, lança princípios para a Reforma Sanitária, pautados no processo de construção de um movimento pela democratização da saúde no Brasil. Como resultado da Conferência, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), um novo arcabouço institucional, com total separação da saúde e previdência social. Em 1988, a Constituição Federal aprovou a criação do SUS, reconhecendo a

saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado, pautado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação social (BRASIL, 2003b).

Em 1982, surgiu o Programa Nacional de Incentivo ao AM (PNIAM), o qual retrata um movimento de valorização da prática do aleitamento materno, levando ao reconhecimento da superioridade do AM, tanto no meio científico como no meio público (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Nesse contexto de mobilização, o movimento de mulheres argumentava que as desigualdades entre homens e mulheres afetavam diretamente a saúde das mesmas, uma vez que sua condição de sujeito era pautada no momento da gestação e parto. Portanto, foi necessária uma nova estratégia que promovesse mudança na sociedade e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a partir de ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as condições sociais, econômicas e afetivas em que estivessem inseridos. À luz do Movimento Sanitário, onde se concebia o arcabouço para a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), o PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a equidade e a integralidade da assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Para o apoio ao aleitamento materno, diversas estratégias foram adotadas e dentre elas, a implantação do Hospital Amigo da Criança, em 1992, sendo novamente a mulher o sujeito da ação e a criança o foco de atenção. Outra estratégia foi a criação dos bancos de leite humano em diversas cidades brasileiras e a realização de cursos de aconselhamento em amamentação. A princípio, notou-se resistência na implantação dessas estratégias, devido às mudanças de rotinas que os serviços teriam que realizar (BOSI; MACHADO, 2005)

Outra estratégia foi o Programa Empresa Cidadão, sancionado pela Lei 11.770, de 09 de setembro de 2008. Esse programa é destinado à prorrogação da licença-maternidade por mais 60 dias, mediante concessão de incentivo fiscal, alterando a Lei 8.212, de 24 de julho de 1991, de 120 para 180 dias para beneficiar as mães e bebês no aleitamento materno, atentando que a empresa deve aderir ao Programa Empresa Cidadão (BRASIL, 2010).

Outra estratégia recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2011) foi o incentivo para fornecer a primeira mamada na primeira hora de vida do bebê, de forma que qualquer procedimento que pudesse separar o recém-nascido da mãe fosse adiado, objetivando o contato pele a pele e ininterrupto com a mãe.

Todas as estratégias acima descritas são embasadas nas inúmeras vantagens, comprovadas cientificamente, do aleitamento materno para a mãe, para o bebê, para a família e para a sociedade. Contudo, apesar de todas essas vantagens, as pesquisas de prevalência têm mostrado dados preocupantes. A II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, publicada em 2009, demonstrou que o índice de crianças amamentadas na primeira hora de vida é de 67,7%, a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de quatro meses é de 51,2% e que a mediana de aleitamento materno completo é de 11,2% meses. Esses dados demonstram que a prevalência de aleitamento materno no Brasil está muito longe do ideal (BRASIL, 2009b).

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em municípios brasileiros, a região sudeste teve prevalência de AME em crianças menores de seis meses, inferior à média do Brasil. Nos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro cerca de 40% dos municípios tiveram prevalências superiores à média nacional e, em São Paulo, apenas 25% deles (BRASIL, 2010).

A prevalência do aleitamento materno abaixo das metas exige que novas abordagens sejam implantadas, valorizando-se ações efetivas na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como também o processo de trabalho em que elas acontecem (BRASIL, 2009b).

Atualmente, o Ministério da Saúde promove as seguintes ações para o apoio ao AM: Bancos de Leite Humano¹, Alojamento Conjunto², Semana Mundial da Amamentação³, Hospitais Amigo da Criança, Método Canguru⁴, Iniciativa Unidade

¹ Os Bancos de Leite Humano têm por objetivo realizar a coleta, o processamento, estocagem e distribuição de leite humano, em benefício dos recém-nascidos (RN) de baixo peso internados em Unidades de Terapia Intensiva neonatais. Essa prática expande-se na década de 80 (ARAÚJO, 2005).

² A Portaria GM/MS nº 1016/92 define que todos os hospitais conveniados com o SUS possuam o alojamento conjunto, conceituado como um sistema hospitalar onde o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe por 24 horas até a alta hospitalar.

³ Iniciada na década de 90, tem como objetivo mobilizar toda a comunidade para a importância do aleitamento materno (ARAÚJO, 2005).

⁴ É o contato pele-a-pele, mãe e filho, do RN de baixo peso, que além de favorecer a regulação da temperatura corporal, também é benéfico devido aos seus efeitos positivos na amamentação (BRASIL, 2011b).

Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)⁵, Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactantes (NBCAL)⁶, Rede Amamenta Brasil⁷, Rede Cegonha⁸ e a mais recente estratégia do Ministério da Saúde, Alimenta e Amamenta Brasil.

➤ **A Estratégia de Saúde da Família e o aleitamento materno**

O Ministério da Saúde, em 2006, editou a Política Nacional de Atenção Básica, através da portaria ministerial n. 648/GM, que reconhece a Saúde da Família como o modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2011c).

A partir da necessidade de mudança no modelo de assistência à saúde, em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo objetivo é integrar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com a comunidade, trabalhando na concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Nessa proposta existe uma relação mais próxima entre as pessoas, o que tende a humanizar a assistência, estabelecendo uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade (CICONI, VENANCIO; ESCUDER, 2004).

A proposta do modelo de atenção do SUS, através da Estratégia Saúde da Família, exige uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde, atendendo não somente às condições agudas e crônicas como também à promoção e manutenção da saúde. O comprometimento de toda a equipe se faz necessário, pois todos são corresponsáveis no processo de atenção aos problemas, assim como

⁵ Em 1999, no estado do Rio de Janeiro, foi lançada a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança, cuja proposta considera o papel das Unidades Básicas de Saúde, na assistência às gestantes, puérperas e bebês. Em 2002, o Ministério da Saúde efetivou a IUBAAM como estratégia nacional.

⁶ Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças da primeira infância, elabora regras como a proibição de propagandas de fórmulas lácteas infantis, o uso de termos que lembrem o leite materno em rótulos de alimentos preparados para bebês e fotos ou desenhos que não sejam necessários para ilustrar métodos de preparação do produto (BRASIL, 2009a).

⁷ Teve origem no segundo semestre de 2007, na cidade de Londrina. Tem como proposta a capacitação de profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM e para uma prática integralizadora (BRASIL, 2011a).

⁸ Assegura a mulheres o planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, às crianças, oferece o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.

pelas práticas promotoras de saúde, respeitando-se os limites de cada categoria profissional. As equipes são responsáveis pela promoção da saúde, por atividades de prevenção de doenças, manutenção de saúde e atenção a fases específicas do ciclo de vida (BRASIL, 2011c).

Uma equipe de Saúde da Família é responsável pela saúde de uma população composta de 600 a 1000 famílias, não excedendo um total de 4000 pessoas de uma área geográfica definida. O cadastramento de toda a população é realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e se faz necessário para a garantia do conhecimento da saúde da população adscrita (BRASIL, 2011c).

A composição da equipe mínima é feita por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, a quantidade de agentes comunitários de saúde suficiente para a cobertura de 100% da população assistida, sendo que um ACS é responsável por assistir no máximo 750 pessoas. A essa equipe pode-se agregar um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário, podendo também ser reforçada por um técnico de higiene bucal. Chama-se a atenção para a jornada de trabalho de toda a equipe, que é de 40 horas semanais. Outros indivíduos podem integrar a equipe de acordo com as necessidades locais e da decisão do gestor municipal (BRASIL, 2011c).

O processo de trabalho das equipes é acompanhado por um sistema de informação, denominado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este sistema possibilita conhecer a realidade da população adscrita, uma vez que a equipe faz a manutenção do sistema de informação sobre as ações realizadas. Isto permite qualificar a prática de vigilância em saúde, conhecer a realidade da população, seus principais problemas de saúde, seu modo de vida e o andamento das atividades exercidas pela equipe. Os dados obtidos auxiliam no planejamento das atividades a serem desenvolvidas, para que se cumpra o objetivo de otimizar as condições de saúde da população. Essas informações são coletadas a priori em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados (BRASIL, 2011c).

A ESF tem como princípio a promoção de práticas saudáveis, sustentando, portanto a qualidade de vida. No entanto, mesmo em áreas de atuação das equipes de saúde da família, tem sido um desafio ampliar os índices de aleitamento materno, principalmente o AME. Segundo Rocha, *et al.* (s/d), um dos fatores que podem estar contribuindo para essa não adesão, é a formação acadêmica dos profissionais de

saúde, que se encontra pautada em princípios biológicos, restringindo a importância dos elementos culturais.

Segundo Rocha, *et al.* (s/d), observa-se que o fato de a mãe falhar na amamentação, apesar do forte desejo em realizá-lo, está relacionado à falta de acesso à orientação e ao apoio adequado de profissionais ou pessoas com experiência em aleitamento, sejam elas ou não da família. Portanto, entende-se que é de competência dos profissionais da ESF inteirar-se da cultura e comportamento da sociedade, agregar o conhecimento popular ao conhecimento científico e respeitar o conhecimento do outro antes de impor-lhe normas e condutas.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O referencial teórico que subsidiou a pesquisa foi o **Feminismo Dialógico**, teorizado pela autora Lídia Puigvert (2001) e a coleta e análise dos dados foi direcionada pelo referencial teórico-metodológico da **Metodologia Comunicativa Crítica** (Goméz *et al.*, 2006).

Ambos têm em suas bases nas teorias da **Aprendizagem Dialógica**, Aubert *et al.* (2010), que contêm nas elaborações de Habermas (1987 a, b), em torno da Teoria da Ação Comunicativa, e de Paulo Freire (1994, 2005), em torno da Dialogicidade.

Estas abordagens têm sede em um grupo de pesquisa denominado CREA (Centro de Pesquisas em Teorias e Práticas Superadoras de Desigualdades), localizado na Universidade de Barcelona/Espanha, e reúne diversos professores universitários, pesquisadores e profissionais de diferentes disciplinas. “A aprendizagem dialógica tem por objetivo promover a máxima qualidade das aprendizagens nos processos educativos” (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2009 p. 60).

O conceito de aprendizagem dialógica (FLECHA, 1997) foi desenvolvido por meio da investigação e da observação a respeito de como as pessoas aprendem dentro ou fora das instituições educativas, partindo do princípio onde o aprender e o atuar estão livremente permitidos.

Segundo Braga; Gabassa; Mello (2009), é preciso superar a sala de aula tradicional da sociedade industrial para poder dar espaço para novos agentes educativos. Considerando o tema desta pesquisa, os espaços de aprendizagem de saúde na ESF podem ser identificados nos grupos formais organizados pela unidade de saúde, como exemplo, o grupo de gestantes, grupo de mães, grupo de diabetes, entre outros. Porém, espaços não formais podem ser utilizados para incorporar novos agentes educativos, como nas consultas da gestante/puérpera na unidade, os atendimentos de vacinas e, especialmente, as visitas domiciliares, pela possibilidade de inserir o companheiro e familiares. Esses são espaços que permitem exercitar a aprendizagem dialógica, por meio da participação igualitária que favorece a troca de experiências entre todos participantes envolvidos. Essa nova maneira de

ensinar/aprender saúde implica os profissionais de saúde refletirem sobre suas próprias condutas, permitindo uma transformação na aprendizagem em saúde quando assumem uma postura dialógica.

Flecha (1997) e Aubert; Flecha; García; Flecha; Racionero; (2010) ampliam a discussão da aprendizagem dialógica, apresentando seus princípios:

- **Diálogo igualitário:** Segundo Flecha (1997), o diálogo igualitário acontece quando se compreende que todas as pessoas são capazes de contribuir em um diálogo, em função da validade de seus argumentos, e não a partir de posições de poder. Segundo Churfem (2009), no diálogo igualitário, o argumento de diferentes pessoas é igualmente respeitado e validado e um exemplo é o plano de igualdade dos argumentos entre pessoas que possuem mais estudos com o de pessoas sem estudo universitário.
- **Inteligência cultural:** Flecha (1997) destaca que toda pessoa tem capacidade de adaptar-se a novas situações, tem condições de adquirir conhecimento em diferentes espaços. Segundo Braga; Gabassa; Mello, (2009), cada pessoa desenvolve sua inteligência e suas aprendizagens de acordo com o meio social que as movimenta, portanto, cada pessoa desenvolve um tipo de inteligência prática ou acadêmica, de acordo com o lugar que realiza suas interações. Na sociedade atual, ainda existe o conceito de que a inteligência acadêmica é mais importante que a inteligência prática, supervalorizando alguns grupos e desvalorizando outros, no entanto, ambas são igualmente importantes, desde que mutuamente enriquecidas e desenvolvidas por meio da interação comunicativa. Para tanto, Flecha (1997) aponta os passos fundamentais que auxiliam na transferência da inteligência cultural, sendo eles: *Autoconfiança interativa*, ou seja, o grupo reconhecer-se capaz; *Transferência cultural*, descobrir ser capaz de demonstrar inteligência cultural em um novo contexto, trazendo as conversas informais para o espaço acadêmico e *Criatividade dialógica*, que é constatar a aprendizagem gerada a partir da interação com outras pessoas.
- **Transformação:** Segundo Freire (2006), as pessoas não são seres de adaptação, mas de transformação. Nessa perspectiva, nem a sociedade nem a educação são consequências exclusivas da estrutura, já que as relações intersubjetivas também transformam a sociedade (BRAGA; GABASSA;

MELLO, 2009). Por isso, somos seres inacabados, porque o estar em consonância com o agir no mundo permite a transformação.

- **Dimensão instrumental:** De acordo com Braga; Gabassa; Mello (2009), esse princípio é a chave para a sobrevivência no contexto atual, informacional, no entanto, somente a aprendizagem instrumental de conhecimentos escolares e de habilidades acadêmicas não é suficiente sem a aprendizagem comunicativa. Esta última não se opõe à aprendizagem instrumental; ao contrário, com ela a aprendizagem intensifica-se. Segundo Churfem (2009), o diálogo igualitário é o veículo pelo qual se permite a reflexão, fazendo-se necessário compreender os argumentos alheios, formular e apresentar os próprios argumentos, estimulando a aprendizagem instrumental.
- **Criação de sentido:** Segundo Braga; Gabassa; Mello (2009), esse princípio relaciona-se ao direito das escolhas que cada pessoa faz para a própria vida; no entanto, esse sentido surge a partir das interações, como apoio à própria reflexão individual. Ressalta-se a importância das interações, que oferece oportunidade de aprendizagem e de transformação.
- **Solidariedade:** Ser solidário significa agir quando as pessoas não têm os mesmos direitos na busca de práticas educativas consideradas igualitárias. Pactua-se que todos têm direito a uma sociedade mais justa e democrática (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2009). Segundo Flecha (1997), importar-se com a solidariedade, é enfatizar que a democracia, a paz e a liberdade sexual são mais importantes e desejadas do que a ditadura, as desigualdades, a guerra e a violência.
- **Igualdade de diferenças:** De acordo com Flecha (1997), a verdadeira igualdade inclui o direito que todas as pessoas têm de serem e viverem de forma diferente, relacionando-se também com a criação de sentido. Contudo, segundo Churfem (2009), existem tantas exclusões que não conseguimos optar por ser diferentes e, por esse motivo, não podemos considerar todas as pessoas como iguais sem refletirmos sobre as diferenças. Flecha (1997) destaca que a igualdade não faz sentido sem a diferença.

Considerando a interface desta pesquisa com a educação, o princípio de igualdade de diferenças implica reconhecer que o processo educativo em saúde não

depende somente do profissional de saúde, mas do conjunto de pessoas e relações que influenciam nas aprendizagens das pessoas envolvidas. Outras implicações do reconhecimento e valorização desse referencial para saúde é postura de denúncia de “muros antidialógicos”, que se reproduzem em práticas de saúde prescritivas, autoritárias e excludentes. Portanto, buscamos com os ideais desse referencial anunciar formas de superar a distância criada entre o profissional de saúde e a comunidade. Segundo PUIGVERT (2001a), parte-se da premissa de que todas as pessoas possuem competências comunicativas, o que poderá levar ao rompimento das relações desiguais.

Articulando os aspectos teóricos aos metodológicos quanto à Aprendizagem Dialógica, Feminismo Dialógico e Metodologia Comunicativa Crítica, é que pretendemos refletir e analisar as dimensões exclusoras e transformadoras no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família no apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo.

FEMINISMO DIALÓGICO

O conceito de gênero desenvolvido pela teórica feminista Joan Scott na década de 80 refere-se a um sistema de relações de poder baseadas em um conjunto de qualidades, papéis, identidades e comportamentos opostos atribuídos a mulheres e homens. As relações de gênero, tal como as de classe e raça ou etnia, são determinadas pelo contexto social, cultural, político e econômico (SCOTT, 1990). Segundo Scott (1990, p.14) gênero é “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”.

Enquanto sexo é determinado pela natureza, pela biologia, o gênero é construído historicamente sendo, portanto, variável e mutável. Portanto, existe uma discussão sobre o lugar e as práticas que as interpretações de gênero impõem às pessoas na sociedade, a partir das diferenças sexuais, e que precisam ser repensadas e discutidas, proporcionando uma educação não sexista e a favor da equidade de gênero (SCOTT, 1990).

Segundo Camisón (2008), o feminismo dialógico é uma proposta teórica metodológica que está criando soluções, contribuindo para novas práticas

transformadoras, para superar a brecha dualista criada pelo feminismo da igualdade e da diferença. As fases do feminismo descritas por Puigvert (2001), são explanadas a seguir.

O “Feminismo da Igualdade” surgiu no século XX e tinha como lema o direito à educação e ao trabalho e salários iguais entre homens e mulheres, entre outras reivindicações. Posteriormente, coincidindo com a época pós-moderna, surgiu o “Feminismo da Diferença”, aparecendo como crítica ao conceito de igualdade homogeneizadora. O feminismo dessa época acreditava em uma perda da identidade feminina e propunha uma nova interpretação da feminilidade baseada nas diferenças que existem entre mulheres e homens e entre elas mesmas. Segundo Puigvert (2001), esse feminismo confundiu a homogeneização com o direito de ser igual.

A terceira era do feminismo valorizou o conceito de “diversidade”, o qual vem ao encontro das teorias de multiculturalidade. Segundo Puigvert (2001), é visualizado como um evento exclusivo do ocidente e as precursoras têm sido principalmente mulheres ocidentais, de classe média alta, com estudos acadêmicos, que decidiram o que era feminismo ou não, de acordo com parâmetros baseados na superioridade cultural, no etnocentrismo e no academicismo. Esse feminismo, segundo a autora, não consegue criar pontes entre todas as mulheres (distinto do que dizem os discursos ocidentais) porque no ocidente segue o conceito do respeito pelas diferenças, porém fora de um marco solidário que promova uma ética universal feminista.

Já o feminismo dialógico baseia-se em um diálogo intersubjetivo igualitário, incluindo a participação de todas as mulheres e eliminando as barreiras entre classes e culturas e, neste sentido, pode ser global (Puigvert, 2001). Sua proposta é romper com o monólogo do feminismo oficial, sendo necessário que se criem laços para a compreensão e escuta ativa e interessada na comunicação. A base dessa união é o DIÁLOGO.

O diálogo é uma metodologia de trabalho coletivo, que permite ir além do respeito às diferenças. Aceita também relacionar, conhecer, compreender as diferenças, consensualizar objetivos, debater sobre direitos igualitários. Uma vez consensualizados os direitos, objetivos e temas de debate, visualizar as transformações que devem ser realizadas e as prioridades que devem enfrentar (CAMISÓN, 2008).

A teoria do Feminismo Dialógico, idealizada por Lúcia Puigvert (2001a), tem como base a aprendizagem dialógica. Diferencia-se das metodologias tradicionais por oferecer abertura para a escuta igualitária, das “outras mulheres”, aquelas sem estudos acadêmicos que vivenciam ou vivenciaram a opressão em suas casas, trabalhos, sociedade, apontando para um caminho de superação das relações de opressão.

A autora enfatiza que as relações de opressão não acontecem somente na relação mulher e homem, mas também entre as mulheres, uma vez que, a própria sociedade valoriza mais a opinião de uma acadêmica e não dá voz a uma mulher analfabeta. Segundo Chermem; Mello; Santos (2010), apesar dos avanços tecnológicos e da própria concepção de sociedade moderna, as mulheres ainda sofrem com a ideologia sexista e, por isso, sofrem profundas limitações de oportunidades. No Brasil, são exemplos de discriminação de gênero: a violência contra a mulher, a divisão sexual do trabalho, as mulheres com baixa escolaridade em trabalhos precários, a comparação de mulheres e homens em espaços de poder público, dentre outros.

Portanto, mais do que nunca é preciso crer e exercitar práticas dialógicas que permitam oferecer ferramentas à superação das desigualdades de gênero. Puigvert (2001a) se baseia nas obras de Freire e de Habermas para fundamentar que as práticas igualitárias entre as mulheres possibilitam às “outras mulheres” a reflexão de suas relações e de seu papel na sociedade. A autora reforça que, dar voz a todas as mulheres é levá-las a autoconfiança, argumentando que não se pode exigir espaços e posições sem a crença em si mesma. O descrédito de si coloca a pessoa em uma posição desigual pela incredulidade, sendo a baixa autoestima uma das principais consequências para as mulheres sem titulação.

Sustentando-se nos princípios de diálogo igualitário, inteligência cultural, transformação, dimensão instrumental, criação de sentido, solidariedade e igualdade de diferenças, o conceito de aprendizagem dialógica busca o diálogo com diferentes grupos e instituições para a superação das realidades opressoras. Esta é a base do Feminismo Dialógico em que os grupos de mulheres passam a dialogar na busca de relações de gênero mais igualitárias (CHERFEM; MELLO; SANTOS, 2009).

Segundo Freire (1994), o diálogo, mais do que uma conversa, é uma atitude que deve ser considerada em todas as relações de forma que as palavras não caiam no vazio nem no verbalismo. Ou seja, palavras não processadas que terminam pela

não construção do saber, o que justifica a necessidade de ação mútua entre os sujeitos.

Um diálogo comprometido não é uma discussão baseada em relações de poder, não existem vencedores ou vencidos, mas uma ética baseada na escuta, na argumentação racional, compreensiva e cooperativa, capaz de superar os problemas coletivos. A comunicação pode criar algo novo se as pessoas forem capazes de escutar sem que exista imposição de valores e cada participante deve comprometer-se com a verdade e coerência (CAMISÓN, 2008).

Partindo da concepção que todas as mulheres são capazes de transformar as desigualdades em igualdades, o feminismo dialógico possibilita a reflexão de que a mulher tem a capacidade de pensar sobre sua feminilidade (CHERFEM, SANTOS, MELLO, 2009). No entanto, faz-se necessário, o diálogo com outras mulheres, para a troca de experiências, para desenvolver, coordenar e planificar ações comuns (PUIGVERT, 2001a).

Sendo assim, se nesta pesquisa fosse utilizada a metodologia tradicional, não haveria espaço para a voz de todas as mulheres em plano de igualdade, uma vez que algumas das participantes são graduadas e outras não. É importante ressaltar que o objetivo desta pesquisa vai além da aprendizagem objetiva, ou seja, visa identificar quais as orientações que estão sendo realizadas sobre AM. A forma como se dá a relação profissional-usuário, que está por detrás da “orientação em saúde”, é decorrente também de aprendizagens subjetivas. Implica, pois, conhecer e entender quais as concepções e perspectivas que profissionais de saúde têm sobre AM, porque é à luz dessas concepções que podem ser construídos novos conhecimentos que auxiliem a dar sentido às aprendizagens, tanto do profissional como do usuário.

METODOLOGIA COMUNICATIVA CRÍTICA (MCC)

A escolha de uma metodologia relaciona-se com a maneira de caminhar do investigador. A Metodologia Comunicativa Crítica privilegia um diálogo igualitário, promovendo o saber científico com o saber popular, dando voz a todos os indivíduos envolvidos. Portanto, a escolha dessa metodologia vai além das bases teóricas, retrata uma opção de vida, a opção escolhida. Não somente enquanto investigadora, mas também enquanto mulher que acredita no respeito às diferenças, no

compartilhamento de ideias para a produção de conhecimento em comunhão e na idealização de transformar as desigualdades.

A MCC também tem sua origem no CREA. Para tanto, será utilizado, como base, especialmente GÓMEZ *et al.* (2006). Segundo o autor, a MCC pode utilizar-se de técnicas quantitativas ou qualitativas para o recolhimento de informações, uma vez que a técnica aplicada tem como foco a orientação comunicativa. Para este estudo foi utilizada a abordagem qualitativa, sendo o grupo de discussão comunicativo e a técnica, de coleta e análise dos dados.

Partindo da aprendizagem dialógica, o autor propôs a interpretação da realidade de uma forma diferente, não mais priorizando os saberes acadêmicos próprios da cultura dominante. Uma metodologia é postulada de *comunicativa* porque supera a dicotomia entre sujeito e objeto através da intersubjetividade e de *crítica* pela capacidade de potencializar a reflexão e a autorreflexão das pessoas envolvidas. A base para a socialização é o diálogo igualitário, denominador que operacionaliza a superação de conflitos,

Segundo Gómez *et al.* (2006), essa proposta não somente descreve, explica, compreende e interpreta a realidade com o objetivo de estudá-la, mas também estuda para transformar, enfatizando como os significados se constroem comunicativamente mediante a interação entre pessoas, ou seja, o objeto de estudo é construído por meio das interpretações, reflexões e teorias próprias das pessoas participantes da realidade social que querem transformar.

Concepções Teóricas da Metodologia Comunicativa Crítica

A Metodologia Comunicativa Crítica apresenta três dimensões chaves: a dimensão ontológica, ou seja, se refere à natureza da realidade; a epistemológica, que trata de como se conhece a realidade; e a metodológica, que faz referência a como proceder quando se investigam os métodos e técnicas utilizados na investigação. Segundo Gómez *et al.* (2006):

➤ *Dimensão Ontológica*

Natureza Comunicativa: A perspectiva comunicativa reconhece suas bases na fenomenologia, no construtivismo, no interacionismo simbólico, na etnometodologia, na dramaturgia e, mais recentemente, na ação comunicativa de Habermas, na ação

dialógica de Freire e na aprendizagem dialógica de Flecha. A realidade social, nessa perspectiva, é entendida como uma construção que se dá por meio das definições que os atores fazem mediante suas interações. Não nega a capacidade que as pessoas têm para interpretar e autocompreender os indivíduos e a sociedade. A orientação comunicativa reconhece a contribuição da natureza objetivista, construtivista e sóciocrítica, porém, a chave para a compreensão da realidade está pautada no diálogo, pois é através dele que se chega a um consenso.

➤ *Dimensão Epistemológica*

A perspectiva comunicativa crítica defende uma epistemologia centrada na intersubjetividade, tendo como chave o diálogo. O consenso não é imposto, mas comunicativamente alcançado, bem como é provisório, porque o que hoje é aceito como verdadeiro pode não ser em outro momento, de forma que se aceita que a realidade muda de acordo com o período histórico, político, econômico.

➤ *Dimensão Metodológica*

Define-se como uma metodologia na qual se pretende não somente descobrir e explicar a realidade, mas ser capaz de construir comunicativamente, mediante as interações, os significados do objeto de estudo. Parte-se das interpretações e reflexões que as próprias pessoas participantes têm sobre a realidade e, pelo diálogo surge a possibilidade de se transformarem as desigualdades.

A sociedade atual, denominada sociedade dialógica, é o resultado de profundas mudanças para entender os fenômenos sociais, sendo o diálogo a chave para prevenir e resolver conflitos, uma vez que partilhamos de uma sociedade multicultural. Portanto, faz-se necessário que as metodologias de investigação também considerem as relações intersubjetivas que se dão na interação social. Para a presente pesquisa, utilizou-se a perspectiva dialógica igualitária entre pesquisadora e os participantes da investigação na qual todos tiveram direito à voz, independente do nível acadêmico, buscando-se a resolução das diferenças e conflitos mediante o diálogo, pautado na reflexão, autorreflexão e intersubjetividade (GÓMEZ *et al.*, 2006).

Postulados da Metodologia Comunicativa Crítica

Tais postulados servem de eixo para auxiliar o(a) investigador(a) durante a pesquisa. São apresentados por Gómez *et al.* (2006), baseados em Chomsky (1988) e Searle (2001/1998) para análise das competências linguísticas; de Mead (1990/1934) com relação ao interacionismo e de Habermas (1987/1981) e Beck (1998/1986) quanto à análise social e à criação do conhecimento dialógico. São eles:

➤ *Universalidade da linguagem e da ação*

Todas as pessoas têm a capacidade de comunicar-se, independente de cultura, etnia, gênero, nível social, uma vez que linguagem e ação são capacidades inerentes (Habermas, 1987a,b).

➤ *As pessoas são agentes sociais transformadores*

A orientação comunicativa crítica se baseia no postulado de que, através do diálogo, as pessoas são capazes de apresentar potencialidades para transformar seus contextos e centra-se no desenvolvimento de tais capacidades.

➤ *Racionalidade comunicativa*

Assim como a metodologia comunicativa crítica considera que todas as pessoas têm capacidade de linguagem e ação, da mesma forma a racionalidade comunicativa assume um diálogo igualitário. Para a investigação, recorre-se a racionalidade instrumental,⁹ não para se chegar a um determinado fim, mas para instigar a racionalidade comunicativa, estabelecendo o entendimento e a transformação da realidade.

➤ *Sentido comum*

Para interpretar uma ação, tem que se entender o sentido comum que depende das experiências e o contexto de vida dos participantes de pesquisa, onde são produzidas as interações e gerado o conhecimento.

➤ *Sem hierarquia interpretativa*

Este postulado diz respeito à capacidade que todos têm de interpretar e compreender o mundo social, portanto, nem o investigador(a), nem os participantes

⁹ A racionalidade instrumental refere-se ao domínio gerado pelo sujeito detentor de saberes científicos/acadêmicos sobre outro que não tem conhecimentos científicos/acadêmicos (Habermas, 1987a,b).

tem maior nível de compreensão, ambos compartilham seus conhecimentos na tentativa de chegar a um consenso.

➤ *Igual nível epistemológico*

Retrata o conhecimento da realidade de modo que, como no postulado anterior, um não é superior ao outro(a) investigador(a) não é superior ao investigado(a), já que ambos situam-se em um mesmo nível. Quem investiga deve participar do processo comunicativo em um mesmo plano de igualdade das pessoas investigadas, para que todos possam fazer suas interpretações e, através do diálogo, consensuar os argumentos.

➤ *Conhecimento dialógico*

A perspectiva comunicativa crítica integra a dualidade sujeito/objeto através da intersubjetividade e capacidade de reflexão e autorreflexão, tendo base nas interações entre as pessoas e grupos, e na comunicação que é estabelecida a partir das pretensões de validade, ou seja, a força dos argumentos. Essa comunicação igualitária, em situação horizontal de igualdade, que parte das bases científicas de quem investiga, somada às experiências de vida das pessoas investigadas, propicia uma análise da realidade mais reflexiva e igualitária.

À luz de todas as orientações acima para o desenvolvimento da metodologia comunicativa crítica, inicia-se o processo de investigação conforme os seguintes passos:

- Formulação de uma pergunta da pesquisa: Quais são as dimensões exclusoras e transformadoras no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família para o apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME)?
- Levantamento bibliográfico;
- Referencial teórico-metodológico;
- Investigação ⇒ Coleta de dados
 ⇒ Análise dos dados
- Resultados e Discussão.
- Consideração Final.

METODOLOGIA

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Equipes de Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais localizado na microrregião de São Sebastião do Paraíso. O município abrange uma população estimada de 18706 habitantes, de acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

A atividade econômica do município está baseada na agropecuária, sendo as principais atividades no meio agrícola a produção do café, cana-de-açúcar, milho, arroz, feijão e laranja, o café e a cana-de-açúcar são os produtos de maior peso no agronegócio, com as respectivas produções: café- 9.288 toneladas e cana-de-açúcar- 209.100 toneladas (IBGE, 2008).

Nos últimos anos, a atividade industrial do município demonstra grande expansão, sendo o setor mais notável a indústria têxtil, que vai de prestação de serviços, como bordados e estampagem, às grandes indústrias de fiação.

O município realiza atendimento nas áreas programáticas de saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher e saúde do adulto e do idoso. O centro de especialidades faz atendimento de ginecologia, neurologia e ortopedia e também procedimentos como pequenas cirurgias e eletrocardiogramas. Conta também com um Centro de Atenção à Criança, (chamada Unidade de Vacina) onde realizam-se vacinação, puericultura, teste do pezinho, um pronto atendimento médico que referencia as urgências e emergências à Santa Casa de Caridade. O município conta também com cinco (5) Unidades de Saúde da Família com a cobertura de todo o município e faz a assistência aos clientes das 7 às 17 horas de segunda à sexta-feira.

A escolha do município se deu pela abrangência da cobertura de 100% pela Estratégia de Saúde da Família, uma vez que o objetivo da pesquisa é analisar dimensões exclusoras e transformadoras no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família para o apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Na metodologia utilizada há necessidade de um vínculo de confiança entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa. Portanto, a questão do vínculo foi também outro motivo para a escolha desse município, uma vez que a pesquisadora já trabalhou em uma das unidades de saúde.

Contato com o município

O contato inicial ocorreu pessoalmente com o Secretário Municipal de Saúde, a quem foram apresentados os objetivos da pesquisa e a aplicabilidade com as Equipes de Saúde da Família. A solicitação de autorização para a realização da pesquisa formal foi realizada de acordo com as aprovações do Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos e com o Consentimento por escrito da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Aspectos Éticos

Com o consentimento antecipado e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde do município em questão, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos. Os aspectos éticos foram baseados na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar após esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos são os integrantes das Equipes de Saúde da Família. Foram contemplados os seguintes critérios de inclusão: ser membro da equipe das USF e aceitar de forma livre e esclarecida a participação na pesquisa, oficializada pelo Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 1). Dentre os sujeitos que fazem parte da USF estão enfermeiros (as), médicos (as), agentes comunitários (as) de saúde, técnicos (as) de enfermagem, dentistas, auxiliares de dentistas e auxiliares administrativos.

Caracterização dos participantes

A tabela a seguir apresenta o número de participantes, em qual equipe trabalham e a categoria profissional.

Tabela 1: Distribuição do número de participantes da USF por sexo, idade, tempo de trabalho na USF, se amamentou ou não e quanto tempo amamentou.

INDIVIDUO	USF	SEXO	IDADE (anos)	TEMPO DE TRABALHO	AMAMENTOU?	QUANTO TEMPO
D1	USF1	Feminino	51	4 anos	Sim	6 meses
D2	USF1	Feminino	49	4 anos	Sim	2 meses
D3	USF1	Feminino	29	5 anos 8meses	Sim	Até o momento
D4	USF1	Feminino	29	5 anos	Não	***
D5	USF1	Feminino	28	4 anos	Não	***
D6	USF1	Feminino	29	5anos 5meses	Não	***
D7	USF1	Feminino	43	5 anos	Não	***
E1	USF2	Feminino	30	3 anos	Sim	1 ano 1 mês
E2	USF2	Feminino	28	5 anos	Sim	2 meses
E3	USF2	Feminino	33	7 anos	Sim	2 meses
E4	USF2	Feminino	53	5 anos	Sim	1 ano 2 meses
E5	USF2	Feminino	32	5 anos	Sim	2 meses
E6	USF2	Masculino	25	4anos 5meses	***	***
E7	USF2	Masculino	22	1ano 6meses	***	***
E8	USF2	Feminino	35	5 anos	Sim	1 ano 8 meses
E9	USF2	Feminino	23	3 anos	Não	***
E10	USF2	Feminino	40	2 anos	Sim	4 anos 6 meses
E11	USF2	Feminino	44	3 meses	Sim	9 meses
F1	USF3	Feminino	40	5 meses	Sim	1ano 2 meses
F2	USF3	Feminino	27	1ano 6 meses	Sim	5 meses
F3	USF3	Feminino	33	6 anos	Sim	8 meses
F4	USF3	Feminino	34	6 meses	Sim	1 ano

F5	USF3	Feminino	24	1ano 4meses	Não	***
F6	USF3	Feminino	38	4anos 2meses	Não	***
F7	USF3	Feminino	29	5 anos	Não	***
F8	USF3	Feminino	25	4anos 3meses	Não	***
G1	USF4	Feminino	33	5 meses	Sim	7 meses
G2	USF4	Feminino	33	4 anos	Sim	6 meses
G3	USF4	Feminino	29	5 anos	Sim	9 meses
G4	USF4	Feminino	33	6 anos	Sim	10 meses
G5	USF4	Masculino			Não	***
G6	USF4	Feminino	21	4 meses	Não	***
G7	USF4	Feminino	31	3 anos	Sim	1 ano
H1	USF5	Feminino	25	2 meses	Sim	4 meses
H2	USF5	Feminino	49	7 anos	Sim	1 ano
H3	USF5	Feminino	33	5 anos	Sim	7 meses
H4	USF5	Feminino	32	1 ano	Não	***
H5	USF5	Masculino	22	2 meses	Não	***
H6	USF5	Feminino	28	4 anos	Não	***
H7	USF5	Feminino	39	5 anos	Não	***
H8	USF5	Feminino	30	6 anos	Sim	Até o momento
H9	USF5	Feminino	28	3 anos	Sim	2anos 2meses

Técnica de coleta de dados

Grupo de discussão comunicativo (GDC)

O grupo de discussão comunicativo é uma estratégia que a cada dia torna-se mais importante na investigação social, pois permite relacionar a subjetividade individual com a grupal, comparando pontos de vista diferentes e de diferentes perspectivas (GÓMEZ *et al.*, 2006).

Como estratégia qualitativa, o grupo de discussão é adequado quando o estudo pretende descobrir e compreender as proporções de uma determinada situação, sendo seu objetivo obter informações sobre as necessidades, interesses e preocupações de um determinado grupo social (GÓMEZ *et al.*, 2006).

Trata-se de uma discussão previamente planejada, em um ambiente tranquilo, para a obtenção de relatos sobre um tema desejado; o grupo é constituído por poucas pessoas, guiado por um moderador, em um clima descontraído para se conhecer a opinião e sentimentos sobre o tema do estudo (GÓMEZ *et al.*, 2006).

Segundo Gómez *et al.* (2006), o GDC abarca um diálogo igualitário entre as pessoas pertencentes ao grupo e o investigador, que recorre às bases científicas existentes sobre o assunto. No entanto, no momento da discussão, o investigador instiga o diálogo por meio da bagagem científica, apresentando-se imparcial, e faz uma comparação com as informações advindas do grupo. O grupo de discussão foi conduzido conforme um roteiro geral de questões relacionadas ao tema (Anexo 2).

Análise dos dados

Foi utilizado o nível básico de análise proposto por Gómez *et al.* (2006). Os componentes próprios desse nível, pautados na metodologia comunicativa crítica, é identificar as dimensões exclusoras, que dizem respeito às barreiras que impedem a transformação das pessoas ou da coletividade, e as dimensões transformadoras, que mostram as formas de superar as barreiras que impedem a incorporação das pessoas ou coletividade às práticas e benefícios sociais.

A metodologia comunicativa crítica parte da premissa de que as pessoas sabem interpretar suas próprias ações e, conseqüentemente, atuar. As interpretações evidenciam as expectativas ocultas, o conhecimento implícito e as normas sociais do senso comum (GARFINKEL, citado por GÓMEZ *et al.*, 2006). As pessoas que participam de um diálogo intersubjetivo partem de *um saber de fundo compartilhado* (HABERMAS, citado por GÓMEZ *et al.* 2006, p. 97).

Ressalta-se que, na Metodologia Comunicativa Crítica, os representantes da coletividade investigada também participam da interpretação dos resultados e conclusões da análise (GÓMEZ *et al.* 2006).

Seguindo tais concepções, foram utilizados alguns componentes da análise qualitativa dos dados: a transcrição, a codificação e agrupamento, a descrição e a interpretação. Em primeiro lugar, foi realizada a transcrição literal da gravação em áudio, buscando-se identificar de quem eram as falas, e cada transcrição foi identificada com uma referência, por exemplo: Grupo de Discussão Comunicativo: USF 1.

Em seguida, o investigador determina de maneira consensuada as unidades de análise, que podem ser frases, parágrafos, palavras, anotando, na margem de cada uma delas, o código correspondente. Na sequência, realiza-se o agrupamento das unidades de análise codificadas, conforme a estrutura do quadro ou matriz de análise, destacando-se que será realizado o nível básico de análise: categorias e elementos/dimensões (GÓMEZ *et al.*, 2006). A seguir apresenta-se um quadro explicativo:

Quadro I. Nível básico de análise: categorias e elementos

	Sistema	Mundo da vida
Elementos excludores	n ₁	n ₂
Elementos transformadores	n ₃	n ₄

Fonte: Gómez et al, p. 103, 2006.

Em um nível básico de análise, parte-se de uma categoria para cruzá-la com as dimensões transformadoras e excludoras. A categoria *sistema* compreende instituições, espaços, sistemas de organização e diretrizes reguladas pelo poder e pelo dinheiro e a categoria *mundo da vida* é constituída pelas vivências do dia-a-dia da vida cotidiana, que caracterizam cada pessoa (GÓMEZ *et al.*, 2006). Ressalta-se que, dentro de sistema e mundo da vida, a comunicação é desencadeante para o entendimento e a relação entre indivíduos e sociedade (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010).

Segundo Habermas (1987a), as pessoas encontram-se a partir de três esferas de mundo: o mundo objetivo diz respeito às coisas materiais, que são comuns a todos os sujeitos da sociedade; o mundo social são as normas e valores

legitimados e impostos socialmente e o mundo subjetivo é formado pelas experiências individuais. A coexistência desses três mundos corresponde ao *mundo da vida*.

Na perspectiva da metodologia comunicativa crítica é importante difundir os resultados não só para o âmbito da comunidade científica, mas também para o âmbito institucional e popular, como é o caso da Estratégia Saúde da Família, local de trabalho dos participantes desta pesquisa.

O PERCURSO METODOLÓGICO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS USFS

O aleitamento materno e sua rede de apoio concentram-se nas ciências da saúde, uma ciência que busca incessantemente a cura das necessidades de saúde¹⁰, tendo como finalidade a qualidade de vida.

Ao buscar o bem-estar físico, mental e social, ou seja, o cuidado ampliado, o enfoque biologista mostra-se ineficiente, pois necessita ser articulado ao arcabouço das ciências sociais. Nossas necessidades se constituem em necessidades objetivas, ou seja, oxigenação, circulação, termorregulação, integridade tecidual, e necessidades subjetivas, construídas pelo indivíduo, a partir de suas experiências de vida e da relação dele com o mundo. Portanto, todas as necessidades são permeadas pela sociedade na qual se vive.

Utilizando como exemplo o AM, a produção de leite materno é regulada por fatores hormonais, estimulação física, sucção do RN, entre outros fatores fisiológicos, relacionados às necessidades objetivas. No entanto, para que de fato, o AM se concretize, a mulher tem que estar disposta a amamentar, estar preparada psicologicamente, precisa de uma rede de apoio, do companheiro ou de pessoas próximas. Há ainda necessidades subjetivas, também condicionadas socialmente.

Portanto o contexto social passa a ganhar uma importância no cuidado à saúde. Porém, antes de refletir a respeito das explicações acerca do mundo e da vida em sociedade, afirmamos a existência de um giro dialógico perceptível aos nossos olhos, pois hoje existe um favorecimento do diálogo, no nosso dia-a-dia, na convivência com as pessoas e nas relações com elas e com os sistemas e instituições (GABASSA, 2009).

Na prática educativa de Paulo Freire (2005), o diálogo é essencial ao conteúdo educativo, as informações não podem ser uma imposição que deva ser

¹⁰ As necessidades de saúde são aquelas sem as quais os seres humanos não podem viver, como necessidade de oxigenação, circulação cardiovascular, entre outras. A necessidade de saúde se diferencia da queixa, pois esta última é pontual, diz respeito a uma anormalidade, enquanto que a necessidade de saúde abarca vários aspectos da vida do sujeito. Por exemplo, uma nutriz pode ter uma queixa de que no bebê não para de mamar e, se houver um escuta atenta o profissional pode identificar que, por detrás, ela precisa ser ouvida em sua necessidade de sono e repouso não satisfeita.

depositada no outro, mas uma devolução organizada, sistematizada, que acrescente às pessoas elementos que elas têm desestruturados (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010).

Da mesma forma, essas mudanças atingem a saúde. As pessoas procuram informar-se, compreendem a necessidade de interagir entre si e com os profissionais de saúde para a conquista da qualidade de vida. Entendem que ter saúde é muito além do que a mera ausência de doenças. E os profissionais de saúde? Estão abertos a uma nova perspectiva?

Uma perspectiva dialógica na prática de saúde implica compreender que as informações sobre saúde não devem ser impostas nem depositadas, “mas uma devolução organizada, sistematizada, que acrescente ao povo” (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010, p.18).

O diálogo tem significação precisamente porque os sujeitos dialógicos não apenas conservam sua identidade, mas a defendem e, assim crescem um com o outro (FREIRE, 2006b, p. 118).

Contudo, a proposta de aprendizagem dialógica não é tarefa fácil, pois o profissional deve assumir a autoridade necessária, sem destruir o direito democrático do outro (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010).

Habermas é outro teórico, filósofo e sociólogo que permitiu compreender a existência humana e a interação entre as pessoas. Desenvolveu a teoria da ação comunicativa, em que a comunicação também é a chave para o entendimento e para a relação entre indivíduos e sociedade (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2009).

Adquirimos o saber a partir da racionalidade instrumental e da racionalidade comunicativa, no entanto somente esta última favorece o entendimento. A troca de saberes permite o conhecimento sobre alguma coisa no mundo, sendo o mundo da vida o pano de fundo em comum que nos permite dialogar (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010).

Na perspectiva da ação comunicativa, as pretensões de validade dizem respeito à associação direta da fala de um sujeito numa determinada comunicação com a verdade, a retitude e a veracidade, ou seja, refere-se à força dos argumentos que permeiam o diálogo e finda com o consenso. (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010, p. 29).

A verdade é entendida por Habermas como o conteúdo da fala que deve ser verdadeiro, o que significa se referir a algo presente no mundo objetivo. A retitude

diz respeito à relação do falante com o mundo social no qual vive, ou seja, as normas construídas socialmente e que regem a vida em sociedade e, por fim a veracidade significa que as falas estão em harmonia com os pensamentos e sentimentos do falante.

Importante ressaltar que, para que uma fala seja entendida como comunicativa, é necessário que ela e a atuação do sujeito estejam conectadas. Por exemplo, quando a orientação proferida sobre AM é realizada a uma mulher analfabeta, o diálogo será realizado de acordo com o mundo da vida dela, para que seja eficaz.

Freire (2005) resalta alguns elementos considerados essenciais para estabelecimento do diálogo:

- *Amor ao mundo e aos homens*: caracterizando o amor como compromisso com a humanidade. Somente pode ser dialógico porque é amoroso.
- *Humildade*: o diálogo não existe sem humildade, pois sem ela, não se pode pronunciar ao mundo. É a consolidação da comunhão entre as pessoas.
- *Fé nos homens e mulheres*: existente antes mesmo que se instale o diálogo. Não é uma fé ingênua, mas se apoia na credulidade de fazer e refazer de cada pessoa, vislumbrando a possibilidade de ação.
- *Confiança*: a confiança estabelece os sujeitos em um plano horizontal de igualdade, promovendo assim o vínculo para a pronúncia ao mundo.
- *Esperança*: mulheres e homens são seres inacabados, portanto, a imperfeição humana nos leva a uma eterna busca, não se caracteriza por esperar que as coisas aconteçam, mas movimentar-se enquanto espera.
- *Pensar verdadeiro*: Esse último elemento é o que faz a transformação das pessoas, pois o pensamento crítico é o que leva o indivíduo a questionar sua realidade, sendo este uma exigência para o diálogo e para o processo educativo.

Análise e Discussão dos dados

O agendamento dos grupos de discussão comunicativos foram realizados previamente com as enfermeiras de cada unidade. Na USF 1, USF 2, USF 3 e USF 4 foram agendados pessoalmente e na USF 5, por tratar-se de uma unidade

estabelecida na zona rural, o agendamento se deu por telefone. Nesse primeiro contato, explicou-se sobre a pesquisa, sua relevância e a importância da participação de toda a equipe.

No dia do encontro com os grupos, as enfermeiras estavam esperando a pesquisadora, contudo, os componentes da equipe não estavam cientes da pesquisa, portanto, relaciono esse fato a não participação de todos os profissionais de saúde, atentando que, nas cinco USF houve a participação de todos ACS, em quatro USF a participação de enfermeiras e apenas em uma unidade houve a participação médica.

Foram realizados dois grupos de discussão comunicativos em cada USF.

Ao refletir sobre a formação dos profissionais de saúde, considerando-se a perspectiva dialógica, constata-se que a graduação em enfermagem e medicina pouco atende a essa perspectiva, uma vez que o paradigma biomédico está impregnado nas práticas desses profissionais. Uma mudança vem ocorrendo nas escolas de formação desses profissionais, buscando ampliar a visão biologicista com uma assistência holística e humanizada, no entanto, essa transformação vem ocorrendo de forma gradativa.

Em se tratando dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), importante profissional para uma mudança de modelo assistencial, a “formação” que eles recebem para se tornarem ACS visa instrumentalizá-los para as visitas domiciliares, à atenção à saúde da criança e do adolescente, do adulto e do idoso, conhecimentos sobre o SUS, os agravos que mais acometem a população, dentre outros. No entanto, para adentrar a casa das famílias para orientar sobre saúde, eles estão preparados com uma postura dialógica, de ouvir ativamente e respeitar o que estes indivíduos sabem ou fazem de suas vidas? Ou apenas depositam informações?

Portanto, a formação dos profissionais e as práticas de saúde ainda pautadas em uma visão biomédica, além da rotatividade, em especial dos ACS, direta e indiretamente influenciam na postura com que exercem as orientações em saúde.

Este capítulo apresentará a coleta e análise dos dados dos grupos de discussão comunicativo realizados nas USF1, USF2, USF3, USF4, USF5. Segundo as indicações práticas para o uso das técnicas de orientação comunicativa, os grupos de discussão comunicativo foram agendados previamente com a enfermeira das USF e optou-se por realizá-los nas dependências das próprias unidades de

saúde. Vale lembrar que a investigadora já tinha contato com parte desses profissionais, o que auxiliou no ambiente de confiança entre investigadora e investigados.

A rotina da ESF é densa, considerados todas as atividades a serem executadas diariamente, atividades estas que influenciam diretamente na vida das pessoas, para a promoção da qualidade de vida, portanto, ressalto aqui meus agradecimentos a todas as equipes que dispuseram de tempo e a mim confiaram suas particularidades, na certeza de estarem proporcionando um acréscimo de conhecimento, não somente a mim ou a elas, mas aos profissionais de saúde que tem o desafio da dialogicidade.

Descrição e análise dos Grupos de discussão comunicativo

USF: 1

O contato com a equipe se deu uma semana antes, com a enfermeira da unidade, para o agendamento do horário mais oportuno para a realização do grupo de discussão comunicativo.

Na data agendada, a enfermeira estava aguardando para dar início ao grupo. Os ACS foram previamente comunicados, mas estavam desconfiados sobre o que iria acontecer, uma vez que nunca haviam participado de uma pesquisa. Somente após as apresentações, os ACS sentiram-se mais confortáveis.

Participaram do grupo sete profissionais de saúde, sendo a enfermeira e seis ACS. Já a técnica de enfermagem e a médica não puderam participar. O diálogo se inicia com a pergunta de quem amamentou e por quanto tempo, e uma das ACS, que é mãe de dois filhos, informa que está amamentando a segunda filha, que tem três anos de idade.

“Então, eu tenho duas filhas, a primeira eu amamentei durante 9 meses e a segunda, que agora está com 3 anos, eu amamento até hoje.” (D3)

Quadro II: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF1)

Período em meses de amamentação

<i>D1</i>	Seis meses
<i>D2</i>	Dois meses
<i>D3</i>	Amamenta atualmente
<i>D4</i>	Não tem filhos
<i>D5</i>	Não tem filhos
<i>D6</i>	Não tem filhos
<i>D7</i>	Não tem filhos

As informações sobre o tempo de amamentação são utilizadas como disparador para o diálogo, uma vez que, a percepção das experiências de vida influenciam positiva ou negativamente na promoção e apoio ao aleitamento materno (AM). No grupo de discussão comunicativo as participantes refletem a respeito de suas condutas, e se as experiências vividas refletem na maneira que são conduzidas as orientações. Da análise compartilhada com os profissionais foram identificados os seguintes elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação:

Quadro III: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF1)

Elemento Transformador	Elemento Excludor
<ul style="list-style-type: none"> • <i>D3</i> amamenta atualmente uma filha de 3 anos; • <i>D1</i> amamentou exclusivamente até 6 meses. • Consenso sobre a importância de orientar o companheiro a ser um apoio para o AM. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>D2</i> amamentou somente 2 meses. • <i>D1</i> parou de amamentar o filho aos seis meses devido a internação; • Desmame tardio.

A respeito da participante que amamentou somente seis meses (D1), ela explicita o desejo de ter amamentado por mais tempo, e que só não o fez porque o filho foi internado por icterícia e após não aceitou mais o leite materno. As práticas de saúde em âmbito hospitalar, na situação em que se faz necessário o tratamento de fototerapia, recomenda-se que a criança seja colocada sob a emissão de luz, sendo que um dos cuidados para a excelência do tratamento é não manuseá-la excessivamente. Portanto, os profissionais de saúde devem orientar e incentivar, de forma eficaz, acerca do AM, para que nesse período de internação essa prática não seja interrompida .

“Eu tinha muito leite, até amamentei outra criança porque meu filho teve icterícia¹¹ então, amamentava outra criança, tinha muito leite mesmo e só amamentei meu filho até os 6 meses porque ele não quis mais, ele parou.” (D1)

Outra participante diz ter amamentado as duas filhas somente por dois meses. Coloca que passou por momentos difíceis em sua vida pessoal e por isso parou de amamentar e parou de produzir leite.

“Eu amamentei só 2 meses porque o leite secou porque passei muito nervoso.” (D2)

Em decorrência deste relato o grupo passa a discutir sobre o “leite secar”, identificando-o como mito ou verdade. Uma das participantes pede a palavra:

“... muitas vezes no ambiente familiar não é possível amamentar, porque como é controlado por hormônio essa mulher tem que estar em um ambiente calmo, tranquilo...” (D4)

O grupo identifica que as relações sociais podem ter um papel exclusor na promoção e apoio ao AM. Tanto para um início bem sucedido, como para a consolidação do processo de aleitar, a mulher necessita de uma rede de apoio e

¹¹ A icterícia é uma condição fisiológica ou patológica, cuja meta do tratamento é impedir que os níveis séricos de hiperbilirrubinemia atinjam valores que possam levar a encefalopatias bilirrubínica, sendo que uma das medidas para a prevenção da icterícia é a amamentação precoce e a livre demanda (SIGAUD, 2005).

incentivo do companheiro e familiares. Durante a gestação, o tema aleitamento materno deve fazer parte do pré-natal, seja nas consultas individuais, seja em grupos. No entanto, o grupo manifesta preocupação na forma como realizam as orientações com as gestantes e na exclusão dos companheiros desse processo. A reflexão sobre esse tema conduziu o grupo a repensar sua forma de agir, e houve o consenso sobre a importância do envolvimento familiar.

Um significativo exemplo de que a família interfere na amamentação é apoiando ou não a nutriz a amamentar, pois a forma com que a família define quais e quem são suas prioridades pode auxiliar para a promoção do aleitamento materno ou impedir esse processo (SILVA, 2010).

Além do apoio do companheiro e da família, a mulher já carrega uma série de informações decorrentes de experiências anteriores de amamentação ou vivências com outras mulheres de seu entorno. Portanto, a “bagagem cultural”, segundo Silva (2010), precisa ser considerada como aspecto influenciador de adesão ou não a essa prática. A mesma autora (2010) ainda ressalta que, quando o profissional se dispõe a partilhar seu saber com a família, evidencia-se uma rede social de apoio à mãe-nutriz, o que auxilia na superação de obstáculos e na vivência plena do aleitamento materno. A fala abaixo exemplifica a importância da bagagem cultural e do aprendizado no pré-natal.

“Quando a mulher já vem com uma opinião formada é difícil, mas eu acredito que tem mulheres que reclamam muito porque sofrem, o peito racha, então vem com essa ideia de que sofreu muito, doeu muito, mas entra a conscientização de como cuidar das mamas, bem antes, na gestação, as vezes é por falta de informação que gera esse sofrimento mais tarde.” (D3)

Fracolli *et al* (2003) também ressalta a importância do vínculo entre profissionais de saúde e lactantes, pautado no acolhimento, de maneira a conhecer o contexto sócio-econômico-cultural no qual estão inseridas, ampliando assim a compreensão sobre a experiência da amamentação e seus determinantes, possibilitando intervenções que incentivem, apoiem e promovam o aleitamento materno.

O grupo discute sobre a postura da participante (D3) em amamentar sua filha de três anos de idade, partilhando perspectivas pessoais sobre essa ação, ao relatar que sente necessidade em amamentar e que não se sente preparada para o desmame.

“Eu chego em casa chamo a minha filha e falo, vem mamar só um pouquinho.” (D3)

A participante (D4) expressa sua opinião a respeito do vínculo “em excesso” gerado pelo desmame tardio, referindo-se ao aspecto danoso dessa prática, uma vez que a criança pode desenvolver uma dependência pela mãe e prejudicar seu desenvolvimento social.

“Na sociedade, eu vejo que, quando amamenta criança pequena é bem vista, mas quando amamenta criança maior é mal vista, fico pensando qual seria esse tempo ideal.” (D3)

O tempo que deve durar o período da amamentação deve ser decidido por mãe e filho, sendo que o momento de interrompê-la acontece quando mãe ou filho estiverem preparados para abandoná-la (SONEGO *et al.*, 2004).

A autora acima citada ressalta-se a importância da atuação do enfermeiro no processo do aleitar e desmamar. Afirma que esse apoio vai além dos conhecimentos técnicos, pois é preciso se mostrar disponível para atender a nutriz e sua família, especialmente quando esta busca por ajuda, ou ainda para não perder as oportunidades de vinda da nutriz/família à unidade de saúde, apoiando no enfrentamento dessa nova etapa e orientando sobre o desmame gradual.

A rede social tem papel influente no sentimento de culpa que a mãe pode ter ao desmamar. As influências podem acontecer por meio de comentários, muitas vezes sutis, mas que, para uma mãe fragilizada, acarreta importantes significados (SONEGO *et. al*, 2004).

Segundo Habermas (1987), todos os sujeitos agem de acordo com três diferentes esferas de “mundo”, o mundo objetivo, que diz respeito à existência de todas as coisas que são comuns aos sujeitos; o mundo social, que são os conjuntos de normas e valores compartilhados e legitimados por todas as pessoas e por último o mundo subjetivo, que representa as vivências e experiências, que são individuais.

Nesse raciocínio, identifica-se como a sociedade é influente nas ações dos seres humanos, ao impor regras e condutas com as quais se pode não concordar, mas que faz com que o indivíduo ceda para poder fazer parte.

Portanto, o aleitamento materno, assim como o desmame, são construções sociais resultantes não somente de experiências pessoais, mas também sustentadas por conhecimentos destas ações. Dessa forma, profissionais de saúde que não experienciaram o AM também podem promover e apoiar essa prática, uma vez que o conhecimento parte não somente dos saberes científicos, como também das nossas relações com os outros. Usando dos princípios de uma prática dialógica foi possível identificar que o grupo é detentor de conhecimentos sobre o AM e quais ações são transformadoras, ou seja, são efetivas na promoção do AM e quais são exclusoras, como demonstrado na tabela abaixo:

Quadro IV: Elementos transformadores e exclutores das ações de promoção do AM (USF1)

Elemento Transformador	Elemento Exclutor
<ul style="list-style-type: none"> • Saberem a definição de AME; • Enumeraram vantagens do AM para a criança, mulher, família, sociedade e meio ambiente; • Conhecem os cuidados que as mamas devem receber; • Entendem que a mulher tem que aprender a amamentar; • Assumiram uma postura dialógica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entenderam de forma errada sobre o colostro; • Possuem mitos; • Desconhecem as leis trabalhistas; • Por falta de conhecimento há ao desmame precoce.

O grupo então dialoga sobre os conhecimentos em amamentação. O clima de confiança permitiu que as pessoas expressassem, sem medo de errar, o que entendiam sobre o conceito de AME. Conhecer o que a comunidade científica considera aleitamento materno exclusivo é de extrema importância, pois uma das fichas de visita domiciliar utilizadas pelas ACS contem perguntas sobre a alimentação da criança. No entanto, suscita a necessidade da pesquisadora de

identificar quais são as ações que os profissionais de saúde executam para a promoção do AM.

“Eu acho que deve ser só o exclusivo mesmo porque não tem necessidade, tem pessoas mais antigas que mandam dar chá, água, o leite já tem tudo, só dei alimentos depois dos 6 meses.” (D1)

O grupo relata as vantagens em aleitar, pontuando os benefícios para a mulher, criança, família, sociedade e meio ambiente e destaca a importância de se conhecer tais vantagens, pois são elas que dão sustentação para a adesão do aleitamento materno.

Contudo, o conhecimento das vantagens por si só não define se a nutriz vai amamentar ou não. A maneira como esse conhecimento é compartilhado e muitos outros fatores são mais decisivos para a adesão ou não. Portanto, o profissional verdadeiramente preparado tem uma postura dialógica e sabe identificar quais são as maiores necessidades e dificuldades das mulheres, para então poder intervir com uma orientação adequada e gerar, fazendo parte, uma rede de apoio para a efetivação do AM.

Um elemento exclusor ilustrado na tabela anterior é a crença de que o colostro não tem valor. Dado a existência desta crença é que uma das participantes sentiu necessidade de colocar a todos os outros que ela ofereceu “até” o colostro. Isto porque ainda se constrói uma imagem de que o colostro é somente uma “aguinha” sem qualquer valor e que não sustenta a criança, o que coloca em dúvida quanto ao valor nutricional e imunológico do colostro, como a fala abaixo:

“Dei até o colostro para o meu filho.”(D1)

O colostro é a principal alimentação nos primeiros dias de vida de uma criança. Nele são ofertados, além de todos os nutrientes necessários para a nutrição e saciedade da criança, anticorpos que são transmitidos de mãe para filho, protegendo-os de doenças. Ocorre que a concentração, a quantidade e a coloração do colostro geram dúvida sobre seu valor nutricional e imunológico, o que conduz muitas mulheres a oferecer uma alimentação mista ao recém-nascido nos primeiros dias de vida, o que pode interferir em um início bem sucedido do AM.

“É, mas é que tem gente que não dá, né?! Porque acha que é só água.”(D1)

O sistema imunológico de um recém-nascido é deficiente, estando mais vulnerável às infecções, assim a proteção conferida pela amamentação é de fundamental importância. Os fatores de defesa presentes no leite humano podem ser classificados em quatro categorias: os antimicrobianos, os anti-inflamatórios, os imunomoduladores e os leucócitos (GRASSI *et al.*, 2001). O colostro, entre 48 e 72 horas pós-parto, recebe uma descarga de anticorpos que agem na defesa inicial do recém-nascido, prevenindo-o de futuras complicações (STRIKER; CASANOVA; NAGÃO, 2004).

Ao considerar a importância de se conhecer as vantagens do AM, o grupo conduz o diálogo para a discussão das dificuldades encontradas em amamentar. Nessa perspectiva identifica-se o desconhecimento acerca dos direitos trabalhistas.

“Acho que uma desvantagem, não do aleitamento, mas para acontecer o aleitamento, é a mulher ter que voltar a trabalhar aos 4 meses...” (D1)

Segundo a Constituição de 1988, a Licença Maternidade de trabalhadoras sob regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) é de 120 dias. No entanto, de acordo com a OMS, o AME é adequado até os seis meses de vida da criança. Diante da necessidade em reduzir o índice do desmame precoce que vem aumentando gradualmente, o Presidente da República do Brasil sancionou a Lei 11.770, de 09 de setembro de 2008, no Programa Empresa Cidadão. Esta lei foi destinada à prorrogação da licença-maternidade por mais 60 dias, mediante concessão de incentivo fiscal, alterando a Lei 8.212, de 24 de julho de 1991, de 120 para 180 dias, para beneficiar as mães e bebês no aleitamento materno (BRASIL, 2010b).

Contudo, para que a empresa ofereça a licença de 180 dias, ela deve aderir ao Programa Empresa Cidadão. Somente a mulher empregada com contrato de trabalho formal (carteira assinada) tem direito aos benefícios da legislação. As demais (trabalhadoras sem registro em carteira de trabalho) devem provar a relação permanente de trabalho na Justiça para tentar conseguir os benefícios (BRASIL,

2010b). Portanto, nem todas as nutrizes-trabalhadoras podem usufruir desse benefício.

Destaca-se também que, a mulher que tem filhos até seis meses de idade tem o direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho para amamentar, que não se confundirão com os intervalos normais para repouso e alimentação. Segundo a Constituição Federal, fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (BRASIL, 2010b).

Embora existam esses benefícios, o retorno ao trabalho ainda é um fator do desmame precoce. No município em que a pesquisa foi realizada a base de emprego é de trabalhadoras rurais, os contratos de trabalho são temporários, portanto, essas mulheres não gozam de tais benefícios, sendo este elemento consensuado pelo grupo como grande fator de exclusão para a efetivação do aleitamento materno exclusivo.

Em estudo realizado por Morais *et al.* (2011), as trabalhadoras informaram que existe uma deficiência nas orientações realizadas pelos profissionais de saúde, mostrando a precariedade da assistência em amamentação quanto ao retorno ao trabalho, a falta de orientação para o manejo da ordenha, armazenamento do leite humano ordenhado e quanto ao uso do copo ao invés da mamadeira. O estudo também cita que as condições de trabalho em que as mulheres estão inseridas também determinam a continuidade ou não dessa prática.

Este outro estudo se propôs a fazer uma comparação da duração do AME e AM quando do retorno da mãe ao trabalho, entre mães que participaram e aquelas que não participaram de programas de incentivo ao aleitamento materno, como exemplo, Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Os resultados mostraram que aquelas que não participaram de programas de incentivo ao retorno ao trabalho ocorreu, predominantemente, 21% no terceiro, 35% no quarto e 27% no quinto mês de vida do lactente. As mães que participaram de programas de incentivo ao aleitamento materno, retornaram ao trabalho, 43% no quarto e 42% no quinto mês de vida. Conclui-se que o desmame precoce, no primeiro mês de vida do lactente, por consequência do retorno ao trabalho foi de 97%, entre mães que não participaram de programas de incentivo ao aleitamento materno, e 88% entre mães que participaram de programas de incentivo ao aleitamento materno (BRASILEIRO, 2010).

Portanto, o grupo reconheceu que o desconhecimento pode levar ao desmame precoce. Este desconhecimento perpassa aqueles relacionados aos direitos trabalhistas, aos mitos que permeiam o AM, as dificuldades encontradas para amamentar, entre outros. Porém, um relato, muito coerente e emancipatório partindo de uma das participantes, demonstrou a todos do grupo que a educação em saúde deve partir de uma postura dialógica que o profissional de saúde assume para executar tal ação.

“As mulheres acham que não precisam aprender amamentar, já nascem sabendo e não é assim, amamentar é uma questão de aprendizagem...” (D4)

Essa é a essência da educação para a promoção e apoio ao AM. Parte do pressuposto de que mulheres e crianças devem aprender a amamentação, da mesma maneira que profissionais e nutrizes devem reconhecer e identificar a complexidade que envolve essa prática social. Amamentar não é somente o ato, mas abarca emoções, relações, disposição, ou seja, é um período de adaptação e aprendizagem de mães e filhos e suas famílias.

Ao fim da realização de dois grupos de discussão comunicativa na USF1, constata-se que os profissionais de saúde fizeram uma reflexão sobre os conhecimentos de AM que sustentam suas práticas, mas principalmente refletiram sobre a forma como esses conhecimentos são repassados para o outro. Após o diálogo sobre a prática de saúde e sobre as rotinas de trabalho, ficou evidente que o profissional de saúde precisa adaptar sua maneira de agir, de acordo com a necessidade da sociedade. Segundo Habermas (1987a), esta sociedade é denominada de sociedade da informação, entendendo que o diálogo é a chave para a transformação e para a promoção do AM, evidencia-se que se chegou a esse consenso.

Conceitos e teorias que sustentam a aprendizagem dialógica são coerentes com a atual sociedade da informação, com a multiculturalidade e com o giro dialógico das sociedades. Estudiosos como Freire, Mead, Vygotsky, Habermas, Chomsk e Beck compartilham da lógica que o diálogo está mais presente nos diferentes âmbitos da vida social e nas relações interpessoais. Observações e investigações acerca desse conceito demonstram como, através do diálogo, podem-se alcançar acordos em torno da realidade, vivência e sentimentos, em que as

pessoas resolvem situações problemáticas porque alcançam uma compreensão mais completa do mundo (AUBERT; FLECHA; GARCÍA; FLECHA; RACIONERO, 2010).

USF: 2

O contato com a equipe ocorreu uma semana antes com a enfermeira da unidade, para o agendamento do horário mais oportuno para a realização do grupo de discussão comunicativo. Ao chegar à unidade para realizar o primeiro grupo de discussão comunicativa, alguns ACS haviam saído com o médico para uma visita domiciliar, e foi preciso aguardar o retorno, no entanto, o médico não participou do grupo por estar em horário de atendimento de consultas.

A princípio, o grupo não estava ciente da reunião, foi informado de que se tratava de uma pesquisa e qual o objetivo. Após os esclarecimentos, foi iniciado o grupo de discussão comunicativo.

Ocorreram dois grupos de discussão comunicativos, em momentos distintos. No primeiro houve a participação de sete pessoas, das quais cinco amamentaram e dois eram homens. No segundo grupo, três dos participantes que estavam no primeiro grupo se ausentaram e outras quatro pessoas integraram o diálogo, totalizando oito pessoas. Dos quatro novos indivíduos, três amamentaram e a outra não tem filhos.

Quadro V: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF2)

Período em meses de amamentação	
<i>E1</i>	Um ano e um mês
<i>E2</i>	Dois meses
<i>E3</i>	Dois meses
<i>E4</i>	Um ano e dois meses
<i>E5</i>	Dois meses
<i>E6</i>	Não tem filhos

<i>E7</i>	Não tem filhos
<i>E8</i>	Um ano e oito meses
<i>E9</i>	Não tem filhos
<i>E10</i>	Quatro anos e seis meses
<i>E11</i>	Nove meses

Quadro VI: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF2)

Elemento Transformador	Elemento Exclutor
<ul style="list-style-type: none"> • Cinco participantes amamentaram mais de seis meses. • <i>E1</i> conta que gostava de amamentar. • Querer amamentar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades para amamentar: ingurgitamento, fissura mamilar, mastite, mamilo invertido. • Desmame tardio. • Sentimento de impotência por não conseguir amamentar. • A mãe não querer amamentar.

Dos onze participantes, cinco amamentaram por mais de seis meses, caracterizado esse como elemento transformador. A experiência realizada com êxito oferece a essas profissionais argumentos palpáveis para a promoção do AM.

“Minha esposa está grávida.” (E6)

Um dos participantes refere que sua esposa está grávida. Durante todo o grupo, apresenta-se interessado, mas não troca experiências com a equipe. Nesse contexto, é perceptível que o pai ainda se distancia da amamentação por acreditar que esta é uma atividade única e exclusiva da mãe.

Segundo Freitas; Coelho; Silva (2007), culturalmente, a maternidade está ligada as manifestações de carinho, atenção, cuidados para com os seus filhos. Em contrapartida, o papel do pai manifesta-se como provedor de bens materiais e

ditador de regras. Esses estereótipos de gênero desvalorizam a participação do homem na gravidez, classificando-a como “coisa de mulher”. Dessa maneira alguns pais, ao não participarem do período da gravidez, entendem-se como pais somente após o nascimento dos filhos.

Com o advento do século XX e as mudanças socioeconômicas, as mulheres saíram para enfrentar o mercado de trabalho. Como consequência, houve a necessidade da ajuda paterna, seja nas atividades domésticas ou no cuidado com os filhos. A ajuda paterna, quanto mais precoce, mais auxilia no vínculo entre pai-bebê, o que favorece no crescimento da criança e no elo desenvolvido entre o casal (OLIVEIRA; BRITO, 2009). Este aspecto é importante para o casal, pois “coloca em xeque” os estereótipos de gênero: a mulher não é a única capaz de cuidar da casa e dos filhos e o homem não é o único provedor da casa. Em estudo realizado por Giugliani, *et al.*(1994), cujo objetivo era identificar a influência de diversos fatores na decisão da mãe de amamentar, os resultados apontam que as mães tiveram 38,2 vezes mais chances de ter um início bem sucedido do AM quando o pai era favorável à prática.

Contudo, o AM ainda é considerado como atividade exclusiva da mãe, pois ela que tem a mama que amamenta, visão ainda reduzida do aleitamento materno.

Outro disparador para a promoção do AM é o querer amamentar.

“... tem mãe que vê como desvantagem porque se ela dá mamadeira o pai pode acordar para fazer, ela pode ficar dormindo (E1). É mesmo, porque mesmo que você levanta você tem que ficar acordada, então tem mulher que vê isso como desvantagem (E4). Mas tem que entender que ela está fazendo um bem tão grande! (E1).

Querer amamentar tem relação com a cultura em que a mulher está inserida, com as experiências e vivências com a amamentação bem como a rede de apoio que está presente no ciclo gravídico-puerperal. Este desejo é o primeiro disparador para a promoção do AM.

O ato de amamentar não é instintivo da mulher. As orientações práticas são reveladas por profissionais de saúde bem como a rede de apoio que contextualiza a gestante ou puérpera. Contudo mãe e filho devem aprender juntos a amamentação e para que isso ocorra, a mulher deve estar disponível para essa prática.

Entre os elementos excludores, o grupo aponta a dificuldade que as mulheres têm para amamentar, sendo que algumas das próprias participantes do grupo apresentaram tais dificuldades:

“Eu oriento a dar porque, a primeira filha que eu tive, eu fiquei 6 meses com meu peito rachado, não parei, mamou até 9 meses, dava lá escondidinha no quarto, chorando de dor mas insisti e eu acho que foi muito bom porque graças a Deus ela tem muita saúde e só tirei o peito quando foi a época certa de tirar mesmo.” (E4)

Em estudo realizado por Marques, *et al.* (2008), cujo objetivo foi identificar os fatores que influenciaram na amamentação entre mães adolescentes, os resultados obtidos foram: 41,7% referiram ter encontrado dificuldade no decorrer da amamentação, os fatores mais evidenciados foram dificuldades na pega e posição inadequada, o que interfere na extração de leite, provoca fissuras e ingurgitamento mamário e gera dor. A fissura foi identificada em 34,9% das mães, 11,1% apresentaram ingurgitamento mamário e 4,8% mastite. Importante ressaltar que, acerca do conhecimento sobre AM, 60,6% o adquiriu por meio do pré-natal, unidade de saúde e profissional de saúde.

No segundo GDC, apresentando os dados coletados, o grupo chega ao consenso de que as dificuldades para amamentar seriam sanadas, em grande parte, se as orientações e o apoio ao AM fossem mais eficientes.

Se as ações de saúde em relação à amamentação apresentam fragilidades, o desmame é um processo praticamente esquecido. Sentimentos de impotência, tanto da equipe como da mãe não são valorizados. Esses anseios se manifestaram no grupo quando uma das participantes descreve o sentimento de impotência por não ter conseguido amamentar seu filho.

“Mas então, tem aquela questão também, vai insistindo, mas a criança não ganha peso, o que você vai fazer? O médico falou pra mim que meu leite não era suficiente, não que meu leite era fraco, mas não era suficiente, eu dava de mamar a cada 3 horas, tomava líquido igual ele mandava, e minha filha não atingia peso, depois que introduzi mamadeira, em uma semana ela não quis mais peito. E amamentar é muito mais fácil do que ter que fazer mamadeira, não tem que acordar à noite.” (E2)

No estudo apresentado por Sonego *et al.* (2004), o processo de desmame necessita ser apoiado pelos profissionais de saúde, sendo que, às vezes, as mães desenvolvem sentimentos de culpa e dúvidas, que podem permanecer na mente e coração das mulheres que o vivenciaram, por vários anos.

Em se tratando de desmame “tardio”, ou seja, aquele que acontece após os seis meses de vida do bebê, faz-se necessário um processo gradual de desmame, que guarda relação com uma amamentação tranquila; pois a base desse processo é a aquisição de uma experiência positiva em amamentar. Quando a mãe percebe que o filho passa pelo processo de desmame com serenidade e aceita a transição de alimentos, ela terá seus medos e eventuais sentimentos de culpa diminuídos e esse período de separação vai gerar boas recordações para ambos (SONEGO *et al.*, 2004).

Conforme GDC realizado na USF: 1, o desmame tardio também aparece como elemento excludor, que é elencado como excludor devido ao sofrimento causado para o binômio mãe-filho em desmamar. Portanto, pode-se inferir que, no imaginário social, deixar uma criança mamar “tempo demais” no peito aparece como elemento excludor, pois ainda está fortemente relacionado com a ideia de que a criança vai “grudar na mãe” e que o desmame será traumático e doloroso para ambos.

O desejo ou não de amamentar também ficou evidente nas discussões acerca da prática dos participantes, aspecto apontado como elemento excludor.

“Fomos a uma visita essa semana que a criança estava com 8 a 10 dias de idade, ela ainda nem pesou, mas a mãe já tinha comprado leite artificial e disse que ia dar porque a criança não estava ganhando peso, aí nós fizemos as orientações, depois ela disse que vai ter que voltar ao trabalho com 4 meses, e eu disse pra ela que 4 meses é muito tempo, para deixar chegar mais perto. Por fim ela disse, eu não quero porque o bebê fica o dia todo grudado no peito, ela quis dar desculpa mas no fundo eu percebi que ela não quer amamentar.” (E5)

Realizar a promoção do AM em situações favoráveis, em que a mãe deseja amamentar e tem o apoio familiar é fácil. Mas será que os profissionais de saúde

estão preparados para lidar com os obstáculos, enfrentando as situações conflituosas que porventura surjam?

Diante de novas realidades que cercam a família, os profissionais da ESF precisam ressignificar sua prática, o que exige rearranjos de mentalidade, de forma a estar aberta e sem preconceitos, disposta a fazer reflexões sobre sua própria maneira de ver o mundo e a visão de mundo do outro. Faz-se necessário a oportunidade de ambientes favoráveis ao diálogo entre os componentes da equipe de saúde, prevalecendo as pretensões de validade e não as de poder, para que se possam superar suas frustrações e compartilhar conhecimento entre todos os sujeitos.

Ou seja, quando se pensa em mudar a dinâmica das relações humanas, está-se intrinsecamente ligado à comunicação, em sua subjetividade, atendendo à autorreflexão, com espaços que permitam o diálogo para que as pessoas possam participar ou se fazer partícipes e cada vez mais assumir uma aprendizagem diferente da que estamos acostumados (ARENAS, 2010).

Quadro VII: Elementos transformadores e excludores das ações de promoção do AM (USF2)

Elemento Transformador	Elemento Exclutor
<ul style="list-style-type: none">• Demonstração de postura mais aberta nas visitas domiciliares.• Orientação dos pais.	<ul style="list-style-type: none">• Falta de conhecimento de leis trabalhistas, pelas usuárias da USF.• Relação conflituosa com companheiro por estar amamentando.

Ao dialogar sobre a postura dos profissionais de saúde, ou seja, como esses se posicionam e comportam-se diante de uma educação em saúde, inicialmente identifica-se uma postura informativa, oferecendo uma transferência de conhecimento, objetivando o outro como depósito de conhecimentos (FREIRE, 2005). Contudo, no decorrer da discussão nos grupos acerca do comprometimento do profissional de saúde para eficiente promoção do AM, assumindo uma postura

dialógica, evidencio que os mesmos atendem a essa perspectiva, mas ainda incipiente em termos de uma verdadeira postura dialógica.

“Na minha área eu oriento assim, quando nasce um bebê, eu pergunto se tá amamentando, se ela responde que sim, mas parece que o leite não tá sustentando, o bebê tá chorando muito, eu orientando, não é que o leite não tá sustentando, é que no começo é assim mesmo, a criança mama e insisto para continuar amamentando.” (E4)

Habermas (1987), na Teoria da Ação Comunicativa, elucida a superação do conceito de racionalidade instrumental, ou seja, de iniciativa individual, de escolha racional, da ciência e da técnica, e fundamenta sua teoria na racionalidade comunicativa. Tendo em vista que o homem não reage tão somente pelos estímulos que surgem do meio em que vive, mas também pela sua subjetividade, a linguagem é um elemento primordial para que ele possa expressar suas percepções, desejos, intenções, expectativas e pensamentos. Assim, através do diálogo, o homem pode retomar seu papel de sujeito.

O grupo discute sobre a importância da orientação do pai como apoio ao AM e identifica que ele mesmo também deve ser engajado neste contexto.

“No grupo de gestante eu falei da minha experiência, orientei sobre o auxílio dos pais no AM...” (E10)

Portanto, vê-se que o homem tem participado mais das questões que envolvem o ciclo gravídico puerperal e surge, então, a necessidade de não acolher somente a mulher-gestante, parturiente e/ou puérpera, como também seu companheiro/marido, auxiliando-os na construção da maternidade e da paternidade bem como garantindo a troca de experiências vivenciadas (OLIVEIRA; BRITO, 2009).

Como elemento exclutor surgem questões que demonstram a falta de conhecimento de leis trabalhistas, pelas próprias profissionais de saúde. O fato de o grupo ser heterogêneo, abrangendo indivíduos de vários níveis de escolaridade como superior, técnico e ensino médio, demonstra que nem sempre a escolaridade garante o conhecimento das questões trabalhistas.

Segundo Puigvert (2001), a modernidade garante o direito de todas as pessoas à educação, considerado um avanço, embora à custa de priorizar a cultura dos grupos

dominantes sobre os grupos dominados. Para tanto, afirmar que a democracia atende a todas as classes ainda é imaturo, uma vez que o conhecimento não chega a todas as pessoas.

O cotidiano é permeado por inovações tecnológicas e qualificações intelectuais que favorecem a participação mais efetiva das pessoas em todos os âmbitos sociais (trabalhista, educativo, econômico, político) (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010). Diferentemente de outras fases, o capitalismo informal/global tem por eixo os recursos humanos, sendo a economia baseada na informação, no seu tratamento e processamento em grande escala, do qual decorre um novo setor, o setor baseado no saber e no tratamento da informação (CASTTELS, 2002 *apud* BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010).

Nesse contexto, essa nova realidade exige trabalhadores que se dediquem a fazer circular a informação, exigindo, assim, qualificação e, conseqüentemente, identifica-se na sociedade capitalista a permanência de suas desigualdades. Percebe-se que o problema não está no produto, mas no processo pelo qual se dá (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010).

Flecha, Gómez e Puigvert (2001) resumem as desigualdades dessa nova sociedade em três eixos: interatuantes e interatuados, ou seja, a hierarquia é mantida por quem acessa, seleciona e processa a informação e por quem elabora a informação. Trabalhadores em rede e trabalhadores desconectados: o montante de indivíduos que acessa a rede apresenta-se em número reduzido comparado ao total e explorados e excluídos, significando que o acesso de pessoas ainda não representa um mercado potencial.

Portanto, o vínculo e ambiente criado entre a pesquisadora e participantes do grupo foi de grande importância para que as pessoas tivessem liberdade de expressar suas inquietações como, por exemplo, quando uma das participantes expõe a relação conflituosa que mantinha com o companheiro por estar amamentando.

“Quando eu amamentava meu filho meu marido sentia tanto ciúme que tinha até medo...” (E10)

Durante a gravidez, nascimento e pós-nascimento, o homem também sofre com a mudança de papéis, vivendo uma fase conflituosa, acometido com

sentimentos de medo, ansiedade, responsabilidade sobre o bebê que está no ventre da mulher, alteração no comportamento de sua companheira, muitas vezes sem causa aparente (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

Na maternidade e na lactação, o pai exerce uma influência tanto positiva como negativa. A relação entre paternidade e lactação pode dar origem a novos conflitos entre marido e mulher, emergindo problemas antigos mal resolvidos e aflorando sentimentos de carência de afeto, ciúme, competição, rivalidade com o filho ou, também, ser fator de aproximação entre o casal (BRITO; OLIVEIRA, 2006).

Dada a relevância de incorporar os homens nas questões da reprodução, a ESF pode ser uma importante ferramenta para aproximar o pai e permitir que ele vivencie uma paternidade mais participativa. Segundo SUSIN (2004), é necessário ressaltar os laços entre pai-filho, permitindo, assim, que o pai perceba a fragilidade e a necessidade de cuidados que o filho inspira, sendo esta a justificativa da dedicação materna, e também envolvê-lo nesse contexto para eximir seus sentimentos de exclusão, ciúme e competitividade.

Cabe aqui ressaltar que, em vários momentos dos grupos surgiram discursos que se aproximavam do que Habermas (1987) designou como racionalidade comunicativa. Evidenciou-se a presença marcante de concessões que delimitaram o consenso como, por exemplo, na corresponsabilização do pai para a promoção do AM, entendendo que o pai exerce papel fundamental para essa ação e que às vezes é deixado de lado pelos profissionais de saúde, quando assumem somente o cuidado com o binômio. Esse é um dos obstáculos que pode levar ao desmame precoce.

Ao término de dois grupos de discussão comunicativo realizados na USF 2, compreende-se que os profissionais de saúde têm diferentes abordagens para as orientações realizadas. O diálogo tem presença marcante na postura das participantes nas realizações de educação, seja utilizando-se de suas experiências de vida ou equiparando-os como iguais a quem é dada tal educação, ou apenas na escuta ativa e compreensiva dos problemas e angústias que o outro apresenta.

USF: 3

Nessa USF foram realizados dois grupos de discussão comunicativo. O agendamento do dia e hora para o acontecimento do grupo se deu pessoalmente

com a enfermeira, atendendo às necessidades da unidade, de forma a não atrapalhar a rotina de trabalho. No dia previamente agendado, os ACS estavam aguardando na sala de reunião, o médico não compareceu e a enfermeira pode participar depois de algum tempo do início do grupo.

Quadro VIII: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF3)

Período em meses de amamentação	
<i>F1</i>	Um ano e dois meses
<i>F2</i>	Cinco meses
<i>F3</i>	Oito meses
<i>F4</i>	Um ano
<i>F5</i>	Não tem filhos
<i>F6</i>	Não tem filhos
<i>F7</i>	Não tem filhos
<i>F8</i>	Não tem filhos

Das oito participantes, sendo que todas eram mulheres, três amamentaram mais de seis meses, uma amamentou menos de seis meses e quatro não são mães. Tais informações são elencadas como disparadoras. Pois, ao decorrer do grupo, evidencia-se que, falar sobre aleitamento materno não requer necessariamente, vivenciá-lo, uma vez que uma experiência negativa pode determinar um obstáculo para a promoção, e indivíduos que não amamentaram podem ser considerados multiplicadores de conhecimento sobre essa ação.

Ou seja, a promoção do AM é eficiente, quando todos da equipe acreditam em uma mesma perspectiva, assumindo seu papel de educadores e promotores do AM.

Quadro IX: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF3)

Elemento Transformador	Elemento Exclutor
<ul style="list-style-type: none"> • O AM em condições desfavoráveis • Estética apontando a favor do 	<ul style="list-style-type: none"> • Leite fraco • Estética apontando contra o AM

<p>AM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vínculo mãe/bebê via AM 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades da mãe trabalhadora • A impotência frente a mãe que não quer amamentar
---	--

Na dinâmica do grupo, evidencia-se que o AM pode acontecer mesmo em condições desfavoráveis.

“Na minha área tem um caso interessante, tem uma família super numerosa, mora mãe, marido, todos desempregados e todos são analfabetos e assim, vivem só da bolsa família e as vezes pedem as coisas na rua, mas a menina dela tem 6 meses e só mama no peito e tem o peso super bom, tem muita resistência, não fica doente, a casa deles é limpa, mas fico pensando, comem muito mal e essa criança é tão forte, só pode ser por conta do leite materno mesmo.” (F6)

A rede de água e esgoto não é realidade de todos os brasileiros, sendo que a falta desta é um forte fator que predispõe às doenças. Em estudo apresentado por Escobar *et al.* (2002), em relação a condições de moradia, apenas a presença ou não de esgoto apresentou associação com o tempo de amamentação. Observou-se que 35,9% das crianças que dispunham de esgoto mamaram mais de quatro meses, enquanto que o mesmo ocorreu apenas com 18% das crianças sem esgoto.

“Na minha área tem uma mãe que amamentou até mais de 1 ano porque estava com dificuldade de comprar leite então ela só dava o peito e ela demorou mesmo para dar outros alimentos.” (F5)

“Uma criança saudável vai economizar no PSF, consultas, internação, e também a criança vai ficar mais amorosa, mais independente, tornando-se um adulto feliz.” (F6)

O grupo dialoga sobre a hipervalorização da estética, no contexto do AM, apresentando elementos transformadores e exlusores. A mulher é estimulada, a todo o momento, a cuidar de sua aparência como consequência da feminilidade.

Após o nascimento do bebê, a mama pode assumir duas funções: alimentar, ou seja, ser fonte de alimento para o bebê, quando a mulher é vista como mãe e nutriz e, função erótica, quando a mulher é vista como esposa e a mama é reconhecida como fonte de prazer para o companheiro (SANDRE-PEREIRA, 2003).

Nesse contexto, a mama, ao mesmo tempo em que atua como estímulo sexual masculino e como imagem da feminilidade e também relacionada com a maternidade, local de acolhimento, nutrição e proteção do bebê (ABUCHAIM, 2005).

Em estudo realizado por Menezes; Domingues (2004), cujo objetivo foi identificar a opinião de gestantes adolescentes sobre as mudanças corporais, os resultados apontaram que 48,5% relataram a barriga como a mudança de que mais gostaram e a mama a de que menos gostaram (28,0%).

“E elas deixam de amamentar porque pensam que o peito vai cair e com isso não perdem peso e ficam desesperadas.” (F7)

“Eu converso com as mães e falo, o que vale mais você pensar se o seu seio vai cair ou saber que seu bebê está saudável, o seio não cai porque amamenta e outra um dia vai mesmo cair, também tem aqueles sutiãs próprios para a mulher amamentar (F5)

Muitas mulheres associam amamentação com a queda dos seios, o que poucas sabem é que tal consequência é devido ao uso incorreto de sutiã ou sutiãs frouxo. Com o passar dos anos é comum o seio cair, devido à lei da gravidade, contudo isso pode ser minimizado com o uso adequado de sutiãs. Na fase da amamentação, a mulher está com sua mama em média seis vezes maior que seu tamanho normal, portanto, é adequada a utilização de sutiãs com reforço. (ZIEGEL; CRANLET, 1985).

Também considerado um mito, emerge do grupo a questão do “leite fraco”.

“Esse meu bebê que eu amamentei só 4 meses, não que eu achasse que meu leite fosse fraco mas eu achava que eu tinha pouco leite, mamava muito e continuava chorando, aí eu comecei a dar outro leite.” (F4)

A literatura traz que não existe leite fraco, o leite materno é ideal para nutrir e alimentar a criança até os seis meses de idade como alimento exclusivo. Nos primeiros dias após o parto tem em sua composição o colostro, que se apresenta espesso e amarelado (VAUCHER; DURMAN, 2005).

O leite definitivo apresenta coloração e consistência de leite desnatado, não parece forte se comparado ao leite de vaca (LANA, 2001).

A equipe deve estar ciente de todos os benefícios do aleitamento materno, bem como da composição do leite materno, para ter mais argumentos ao orientar sobre a inexistência do leite fraco.

Como argumento para que não ocorra o desmame precoce, está o vínculo gerado entre o binômio mãe e filho através da amamentação. Esse discurso foi utilizado no grupo e as participantes relataram experiências pessoais evidenciando tal vínculo proporcionado pelo AM.

“Ah! Mas eu acho que é diferente sim, minha mãe não amamentou minha irmã e minha irmã amamenta meu sobrinho, o carinho deles, o apego é completamente diferente, eu acho que aquele que não é amamentado tem um apego diferente.” (F7)

“Eu tenho dois filhos, eu não amamentei e eles não são grudados em mim não.” (F3)

Quando a mãe amamenta, ela não está oferecendo somente leite materno, está vivenciando um momento em que poderá fazer aflorar sensações prazerosas que irão influenciar sobremaneira na afetividade da mãe e do filho (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Diante das discussões realizadas acima pelo grupo, surge o sentimento de impotência dos profissionais de saúde, frente à mãe que não quer amamentar.

“Uma conhecida teve bebê e disse que o leite era fraco, não teve jeito, ela não amamentou, mas acho que ela não queria e deu a desculpa que o leite era fraco, aí é uma judiação, eu fico triste.”(F5)

A mulher é o sujeito de sua história de amamentação, sendo assim, amamentar é uma opção. O querer ou não querer amamentar é solidificado na

história de vida das mulheres e é determinado por fatores biológicos, psicológicos e seu contexto social, o seu existir no mundo. Os profissionais de saúde devem estar aptos a compartilhar esse momento com a mulher, aprendendo a lidar com possíveis conflitos e refletir sobre todas as possibilidades, para que a dúvida torne-se um desejo real, de querer ou não amamentar.

Para tanto, o AM deve ser incentivado, mas não se pode encarar a mulher que não quer amamentar como culpada, se este for seu desejo deve ser respeitado. Por outro lado, deve-se refletir, juntamente com a mulher, acerca da perspectiva da criança que, por não poder estabelecer uma comunicação efetiva, está impossibilitada de optar (ARANTES, 1995).

“Tem também a questão de que a maioria das nossas gestantes já são mães, não é a primeira vez, aí elas não estão muito dispostas a ouvir muita coisa não.” (F2)

Na segunda gestação, a mulher tem a percepção de que uma gestação não é igual a outra, portanto percebem a amamentação de maneira individualizada a cada criança que é amamentada, sendo que não existe um padrão pré-determinado para a amamentação. A experiência de amamentar acontece ao mesmo tempo em que a mulher vivencia outras situações de suas vidas e, nesse contexto, a amamentação insere-se nos movimentos de sua existência (ARANTES, 1995).

Segundo Arantes (1995), os profissionais de saúde não conseguem apreender a dimensão e reduzem a sua visão a uma preocupação apenas com a mãe do primeiro filho. Não se pode rotular a mulher como experiente ou não experiente, pelo fato de ter ou não vivenciado a amamentação, pois essa experiência é única a cada filho. É necessário trabalhar com a mulher, independente do número de filhos, no sentido de refletir com elas o vivenciar a amamentação nos diferentes momentos do seu existir no mundo.

O grupo elenca como grande disparador para o desmame precoce as dificuldades da mãe trabalhadora.

“Ah! Principalmente a mulher que trabalha.” (F6)

Em estudo realizado por Arantes (1995), a mulher atribui o início do desmame à volta ao trabalho, contudo, é possível notar que a decisão do desmame é dela.

“Tem bebê que mama até os 6 meses e depois quer dar mamadeira e ele não quer pegar, e a mãe volta a trabalhar e fica muito preocupada porque o bebê não quer mamadeira.” (F4)

O processo do desmame tem as seguintes características: a diminuição da frequência das mamadas, diminuição do período de sucção e a introdução de outros alimentos, dentre eles o leite de vaca através da mamadeira. Esse processo, associado à falta de drenagem do leite, provoca o desestímulo da glândula mamária, levando à diminuição da produção láctea. Para a criança, esse processo reflete na amamentação. A diminuição do volume de leite e a maior facilidade de extrair o leite da mamadeira levam à recusa do seio materno, concretizando o final do processo de desmame. Portanto, a recusa do seio materno não ocorre pelo retorno ao trabalho em si, mas pelas mudanças que isso provoca nos hábitos alimentares da criança (ARANTES, 1995).

“Tem uma moça na minha área que estava de licença maternidade e agora o bebê não está pegando mamadeira, ela dá de mamar as 5 horas da manhã e depois só às 11 horas. Nesse período ele não está comendo nada, aqui no município não tem nenhum lugar que dá o direito a mulher dos 6 meses de licença maternidade.” (F5)

“Aí sofre tanto a criança quanto a mãe, e ela não tem rendimento no emprego, ela e o filho ficam estressados.” (F2)

Segundo Silva (1990), a diminuição da amamentação não é determinada diretamente pelo trabalho da mulher, mas sim, pelas condições de tais trabalhos, como, por exemplo, a mulher que trabalha fora do lar a grandes distâncias, com horários estabelecidos, sem creches, sem intervalos para amamentar, etc.

Quadro X: Elementos transformadores e excludores das ações de promoção e apoio ao AM (USF3)

Elemento Transformador	Elemento Exclutor
<ul style="list-style-type: none"> • Espaços de promoção do AM • Postura realizativa do profissional • Conhecimento compartilhado • Rompendo muros hierárquicos 	<ul style="list-style-type: none"> • “Cada um diz uma coisa” • Relações de poder • Hiper-valorização daquele que vive o fenômeno • Hiper-valorização do conhecimento científico • Mecanicismo das ações • Barreiras anti-dialógicas

A pesquisadora pergunta ao grupo sobre os espaços onde ocorrem as orientações sobre AM:

“Nas visitas domiciliares.” (F4)

P: Mas vocês acham que deve orientar somente na visita de puerpério?”

“Não, sempre né?! Deve ser constante.” (F4)

A equipe demonstra que faz as orientações sempre que tem oportunidade, enfatizando a realização do profissional.

“Na verdade isso já é hábito, quando você trabalha com saúde você não é ACS somente aqui no PSF, em qualquer lugar que você encontrar com uma mãe que tem criança pequena você vai perguntar.” (F6)

Dentre os princípios da aprendizagem dialógica, está inserida a inteligência cultural, a qual destaca a capacidade do grupo em reconhecer os diversos espaços em que a educação pode ocorrer, relacionando-se as instituições educacionais, já que a educação não ocorre somente no ambiente escolar (AUBERT, *et al.* 2010).

Em se tratando de saúde, os espaços de educação não se resumem nas unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e ambientes hospitalares. O profissional de saúde deve se assumir como profissional em seu cotidiano, tanto

no ambiente de trabalho, quanto em seu convívio pessoal, assumindo uma postura realizativa enquanto sujeito social e profissional.

Quando o profissional tem satisfação em trabalhar e sente-se realizado profissionalmente, a assistência prestada por ele pauta-se na humanização e a educação em saúde emerge como compartilhamento de conhecimento, compreendendo a necessidade de ouvir o outro, como também entendendo que o outro sempre tem algo a ensinar.

Essa reflexão foi incitada pela pesquisadora durante a realização do grupo, enfatizando que podemos ensinar assim como podemos aprender, para tanto, precisamos estar dispostos a compartilhar os nossos conhecimentos.

Conhecimentos esses que não são findados apenas na racionalidade instrumental, ou seja, nos conhecimentos técnico-científicos, como também na racionalidade comunicativa, no ser e existir no e com o mundo, como refere Freire (2005), aprendendo com as experiências vividas, subjetivamente, e com o próximo.

“Não sou um ser de suporte, mas um ser no mundo, com o mundo e com os outros (...). Um ser que se recusa a aceitar a condição de mero objeto” (FREIRE, 2005, p.22).

Como consequência a dessa reflexão, uma das participantes fala o seguinte:

“É, porque eu tive 3 crianças, mas eu nunca tive orientação nenhuma, nem da minha mãe, então se eu tivesse ouvido antes o que você tá falando agora, as minhas orientações teriam sido diferente, porque eu ia falar do que passei e agora depois de pensar sobre o que você disse eu tenho um conhecimento maior.” (F1)

Segundo Braga; Gabassa; Mello, (2010), é importante que o indivíduo considere a própria particularidade que possui, é fundamental reconhecer-se a si mesmo e a sua história para compreender que todos têm suas próprias histórias. Sem o autor reconhecimento há o risco de nos tornarmos sujeitos desenraizados, conseqüentemente inseguros e desamorosos na relação com o mundo e com os outros.

Porém, compartilhar o conhecimento nem sempre é tarefa fácil pois, para que o mesmo aconteça, todos os sujeitos devem ter a mesma disposição e no grupo

esse contexto apresenta-se como elemento exclutor denominado como barreiras anti-dialógicas.

“Já teve vez de eu, e de todas aqui, ir em uma casa, e nosso horário de almoço é a partir das 11 e a gente sair 12 horas da casa da pessoa, porque a gente sabe que ela só precisava conversar, da mesma forma que tem gente que não te aceita na casa. Os idosos, principalmente, adoram quando a gente vai. Quando as pessoas têm mais dinheiro nem chamam a gente pra entrar, a gente fica no portão.” (F1)

Um dos princípios referidos pela aprendizagem dialógica diz respeito à solidariedade, ou seja para que todos tenham direito à igualdade do conhecimento, deve-se, basear na solidariedade. Segundo Aubert, *et al.* (2008), o valor da solidariedade está perdendo o sentido, sendo interpretado de maneira descontextualizada, pois, os centros educativos, ou a realidade de saúde, educam para a solidariedade, no entanto, não a vivenciam em seu dia-a-dia.

As pessoas exigem direitos sem ao menos saberem quais são, como tampouco sabem seus deveres. A visita realizada pelo ACS não está somente baseada em saber as condições de doença das famílias, como também identificar as condições de saúde ou a exposição a riscos. Os muros anti-dialógicos, que enfraquecem ou sabotam o diálogo, sempre existirão, mas uma equipe que tenha como objetivo a aprendizagem/ educação, deve ultrapassar essas barreiras e acreditar na transformação, reconhecendo a própria humanidade como também a alheia.

Nesse contexto, o grupo dialoga sobre o rompimento dos muros hierárquicos.

“Ah! Mas cada um é de um jeito, porque tem uma senhora na minha área que é professora e quando eu comecei a ir à casa dela eu tinha até medo, pensava o que eu vou orientar pra ela, mas ela me trata tão bem, eu não tenho mais medo ou vergonha de fazer as orientações pra ela.” (F7)

O grupo evidencia que, às vezes, existe uma insegurança por parte deles em orientar, sentimento de inferioridade da categoria de ACS em relação a pessoas com nível acadêmico, por exemplo. Essa ansiedade apenas será sanada quando o profissional apresentar uma postura de abertura ao mundo e inaugurar relações

dialógicas em qualquer espaço e situação (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010). As mudanças requerem novas adaptações e, portanto novas aprendizagens (FORTUNA *et al*, 2005).

Tal insegurança apontada pelo grupo evidencia-se mais profundamente quando embutida nas relações de poder.

“A gente aprendeu que, quando a gente fosse fazer uma visita, a gente jamais podia usar uma questão pessoal, por exemplo, eu passei por isso, a gente não podia dar um exemplo nosso, a gente tem que ouvir, não pode assustar e também não pode dar exemplos pessoais.” (F7)

As relações de poder são tecidas no interior de todas as ESF, não se refere ao poder de governos, prefeitos e chefias, mas na divisão dos próprios indivíduos da equipe, dividindo-as entre as que “podem” mais e as que “podem” menos, culminando em uma hierarquia nas relações (FORTUNA *et al.*, 2005).

A fala acima citada é um explícito exemplo de que a racionalidade instrumental e as relações hierárquicas são consubstancialmente evidenciadas, ou seja, a indiferença pela subjetividade é constatada nas relações de poder. Os conceitos emitidos por Habermas(1987a/b), na teoria da ação comunicativa, propõe uma razão ampliando seus conceitos para além da racionalidade instrumental e propondo a racionalidade comunicativa.

“É porque às vezes eu tô fazendo uma visita e eu acabo falando e depois fico pensando se fiz certo, porque eu acho que tem coisa que ajuda o outro.” (F7)

Ciconi; Venâncio; Escuder (2004), evidencia que existe uma notória diferença entre o conhecimento nas áreas temáticas referentes à técnica de amamentação e cuidados com as mamas entre as categorias médicas e de enfermagem e, que mesmo com um teste com linguagem mais fácil, o desempenho dos ACS foi significativamente menor do que dos profissionais de nível superior, apontando a falta de uniformidade entre os profissionais da ESF. Em decorrência desses estudos, os incentivos em educação sobre AM devem ser propostos para as equipes.

“Eu concordo plenamente, acho que na posição de agente a gente nunca teve uma informação bem concreta para ir lá passar para a gestante, acho que a gente tinha que aprender mais, para ser mais adequado o que eu vou falar.” (F1)

A fala acima reflete a hipervalorização do conhecimento científico.

Contudo, mais uma vez, é importante considerar que uma educação transformadora é aquela em que o indivíduo mesmo não tendo o conhecimento científico, é capaz de compartilhar o seu conhecimento pessoal, em que os sujeitos se percebem em plano de igualdade.

O grupo também apresenta falas que refletem a hipervalorização daquele que vive o fenômeno.

“Aquele que não é mãe falar, parece que não tem o mesmo valor do que a que é mãe, porque a que viveu isso tem mais argumentos do que eu” (F7)

A racionalidade instrumental exerce poder sobre a racionalidade comunicativa, as duas estão presentes, e a chave para a transformação e emancipação de todos os sujeitos envolvidos é o diálogo, o que faz chegar-se ao entendimento/consenso, baseados na pretensão de validade, ou seja, à postura de cada sujeito participante da comunicação, conectados com o entendimento do mundo enquanto objetivo, social e subjetivo (HABERMAS, 1987a).

De acordo com Fortuna *et al.* (2005), é quando os trabalhadores se reúnem para conversar, que se estabelecem os processos grupais e é nesse momento que se deparam com as contradições, com as diferenças, com as expectativas e se tenta um entendimento.

A equipe é composta por diferentes sujeitos, e cada um possui uma história de vida, uma formação específica. Quando não consideradas tais diferenças, a tendência é executar ações de trabalhos mecanizados, como em uma fábrica, na qual cada indivíduo é responsável por uma parte.

Esse é outro elemento exclutor apontado pelo grupo, o mecanismo das ações.

“É no hospital as orientações são assim, a mulher acaba de ter o filho e a enfermeira fala, põe esse nenê pra mamar ele tem que mamar.” (F3)

“A gente vira robô.” (F7)

O estudo de Souza; Tesin; Alves (2010) destaca a dificuldade do profissional de saúde no acolhimento, a pouca eficácia das ações para orientação e no manejo clínico em amamentação, principalmente se realizadas de forma verticalizada e impositiva. No processo de amamentação em âmbito hospitalar, o apoio profissional é de suma importância no fornecimento de orientações, aconselhamento à mãe, de modo a prevenir complicações e transformar o ato de amamentar em uma experiência prazerosa.

Hoje, o acolhimento é tema muito discutido por profissionais, gestores e formuladores de políticas públicas em saúde e ganhou visibilidade por ter se tornado uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS. O acolhimento é entendido como a atitude em relação a alguém, respeitando sua individualidade e seu modo de sentir e viver para desenvolver as potencialidades do indivíduo e dignificar a vida e seu próprio viver (BRASIL, 2006).

Para que o acolhimento se estabeleça, faz-se necessário que haja momentos grupais entre os profissionais de saúde que possibilitem a reflexão e tomada de posição quanto às atitudes e condutas relacionadas ao AM. A controvérsia de comportamentos e procedimentos gera insegurança na mãe/família quanto à credibilidade do profissional e não auxilia nas decisões da família em relação ao AM. “Cada um diz uma coisa” foi apontado no grupo como elemento exclusor.

“É, tem médicos que defendem até os 6 meses, outros até 1 ano, outros até 2 anos, então a gente fica perdida.” (F6)

“Mas porque tem médico, na minha área mesmo uma mãe passou a criança com um médico que é bem conceituado, a criança está com 4 meses e ele pediu para dar, nem outro leite, para dar alimentos mesmo.” (F5)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, é preconizado o AME até os 6 primeiros meses de idade. Após essa idade, o AM até os 2 anos de idade juntamente com outros alimentos (2001).

As condutas dos componentes da equipe devem alcançar o consenso de forma que todos estejam seguros, tanto tecnicamente como comunicativamente,

para que a orientação não seja deficiente e não haja dúvidas ou desentendimentos. O consenso permite avançar nas relações de poder, caminhando para relações de validade, de forma que os sujeitos se reconheçam como inacabados, na busca constante do conhecimento compartilhado.

Estar exposto à crítica significa, dar-se a oportunidade de viver um processo de aprendizagem no qual seja possível corrigir os desacertos, inferir hipóteses e aprimorar as ações no mundo (BRAGA; GABASSA; MELLO, 2010).

Nesse sentido Habermas (1986a) associa as pretensões de validade com a verdade, a retitude e a veracidade. A verdade faz menção à responsabilidade do que é dito ser verdadeiro; a retitude diz respeito às normas sociais as quais todos estamos expostos e que o falante/educador compartilha com os sujeitos e, por último, mas não menos importante, a veracidade, que reflete a necessidade de as manifestações expressivas e de vivências representarem efetivamente pensamentos e sentimentos do sujeito .

Para que uma ação seja considerada comunicativa, é necessário que a fala e a atuação do sujeito no mundo estejam conectadas (HABERMAS, 1986a).

USF: 4

O agendamento do grupo de discussão comunicativo ocorreu uma semana antes, sendo o contato realizado pessoalmente com a enfermeira, sendo que este ocorreu nos dois grupos. No dia previamente agendado, os ACS não estavam cientes da pesquisa e durante o grupo a enfermeira e médico não puderam participar por terem que executar atividades inerentes à rotina de trabalho.

Segundo a metodologia comunicativa crítica, é necessário os participantes estarem de acordo com a participação do grupo, o que supõe uma prévia reflexão para poder elaborar uma opinião (GOMEZ *et al.*, 2006).

Para tanto, antes do início do grupo, foi explicado sobre os objetivos da pesquisa e sobre a decisão que os sujeitos têm de aceitar participar ou não, sendo que houve a concordância de todos.

Quadro XI: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF4)

Período em meses de amamentação

G1	Sete meses
G2	Seis meses
G3	Nove meses
G4	Dez meses
G5	Homem
G6	Não tem filhos
G7	Não tem filhos

Dos sete participantes quatro são mães e as quatro amamentaram mais de seis meses, um participante é homem e duas não têm filhos. Com relação ao mundo da vida, ou seja, as experiências de vida, essa equipe tem muito a acrescentar, uma vez que as participantes vivenciaram o AME com sucesso.

Quadro XII: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF4)

Elemento Transformador	Elemento Exclutor
<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhando meu leite 	<ul style="list-style-type: none"> • Dores ao amamentar

Na construção de elementos em relação ao tempo de amamentação, uma das participantes fala de sua trajetória como nutriz, relatando que produzia uma enorme quantidade de leite e, mesmo após desmamar seus filhos, doava seu leite para o hospital, demonstrando não apenas altruísmo como também responsabilidade social. Esse elemento está elencado como “compartilhando meu leite”;

“No meu caso, meus filhos pararam de mamar e eu continuava produzindo leite, eu tirava e mandava para a Santa Casa.” (G1)

Em estudo apresentado por Galvão; Vasconcelos; Paiva (2006), o maior motivo que leva as mulheres a procurarem o BLH é o ingurgitamento, no entanto, como consequência, as mulheres apresentam uma doação voluntária constante, pois passam a conhecer os benefícios proporcionados pelo seu leite e, assim,

mostram-se mais dispostas a dar continuidade à doação em prol da saúde de outros recém-nascidos.

No estudo acima citado, a caracterização das mães doadoras revela que 54,5% apresentam-se na faixa etária de 16 a 20 anos, 36,6% têm renda familiar menor que dois salários mínimos, 36,4% têm ensino fundamental incompleto e 45,5% das mães estão inseridas no mercado de trabalho (GALVÃO; VASCONCELOS; PAIVA, 2006). Os dados chamam atenção por serem elementos que poderiam influenciar na doação de leite.

Segundo Freire (2005), um dos princípios para o estabelecimento do diálogo é a fé nos homens e mulheres, em acreditar no poder de ser e de fazer e refazer de cada pessoa, o qual é instigado pelo poder de ação que cada indivíduo possui.

Como elemento exclutor em relação ao tempo de amamentação, uma das participantes refere-se à dor ao amamentar;

“Eu sentia muita cólica!” (G4)

Durante o período gestacional, a mulher busca definir e estabelecer ações de como pretende cuidar de seu filho futuramente, em especial à amamentação, contemplando esse momento como mágico, mas, ao se deparar com essa prática, surgem as dificuldades (GOUVÊA, 2001).

Como citado em outros momentos, a prática da amamentação beneficia mulher, filho, família, sociedade, meio ambiente. A mãe é beneficiada por perder menos sangue após o parto, protegendo-a de anemia, a ocitocina produzida pela hipófise sob estímulo das terminações nervosas do complexo aréolo-mamilar durante as mamadas, além de ser responsável pela “descida” do leite, também é responsável pelas contrações uterinas no pós-parto, acelerando a volta do útero ao seu tamanho normal e diminuindo o sangramento uterino (LANA, 2001).

Portanto, quando a mulher amamenta sente cólicas devido à involução uterina, essa é uma orientação importante a ser dada, pois, ao sentir dor, a mulher pode não querer amamentar. Portanto, é importante valorizar essa queixa de forma que a mulher compreenda as causas desse desconforto.

Quadro XIII: Elementos transformadores e exclutores das ações de promoção e apoio ao AM (USF4)

Elemento Transformador	Elemento Exclutor
<ul style="list-style-type: none"> • O conhecimento técnico científico • Espaços de orientação sobre AM • Busca do conhecimento • Vínculo de confiança • Espaços dialógicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hierarquia- quem sabe mais tem mais poder • “Cada um fala uma coisa” • “O que eu sei, serve?” • Muros anti-dialógicos • Mecanização da assistência/ negação da subjetividade

De acordo com a tabela das ações de promoção e apoio ao AM, o conhecimento técnico-científico teve destaque nos cinco grupos de discussão comunicativo, sendo que nesta unidade, algumas das citações foram:

“Os anticorpos da mãe passam para o bebê.” (G2)

“O carinho, o afeto, o vínculo da mãe com o bebê.” (G3)

“Todos os anticorpos adquiridos pela mãe são passados pelo AM, principalmente por esse primeiro leite chamado colostro, o AM é bom pra criança porque é próprio para ela, é mais digesto, minimiza os riscos de infecção intestinal.” (G3)

“Emagrece.” (G2)

“A involução uterina.” (G3)

Pesquisas apontam que a análise do desempenho nos testes de conhecimentos específicos sobre AM mostrou que, quase sempre, os profissionais de saúde têm o conhecimento teórico, sendo a média superior a 80% para todas as categorias, considerada satisfatória (CALDEIRA *et al.*, 2007).

Todavia, segundo a mesma pesquisa acima citada, o desempenho abaixo de 50% para os médicos em relação à técnica da amamentação e ao manejo dos principais problemas de lactação, evidencia que os mesmos não têm sustentação

científica para abordar questões mais complexas e não podem oferecer adequado suporte às mães com dificuldade para amamentar.

E, nesse sentido, também surge, no grupo, como elemento exclutor, o que a pesquisadora denomina “cada um fala uma coisa”;

“É porque você pensa, até médico vai e orienta uma coisa, depois vai a outro e orienta outra coisa.” (G7)

“Eu não quero dizer que o ACS não trabalha bem, mas acho que deveria ter um respaldo, a enfermeira orientar, o médico orientar, isso tem uma importância muito grande, todo mundo tem que falar a mesma língua.” (G5)

Segundo Freire (2006), não é possível pensar pelos outros nem para os outros. Essa afirmação remete à reflexão de que o profissional de saúde não é detentor de todo o saber. Para uma prática educativa exitosa faz-se necessária a troca de experiência entre os indivíduos. Porém, para que essa ocorra, deve ser dialógica, o que não significa que seja um bate papo descompromissado. O diálogo pedagógico implica tanto o conteúdo em torno do qual se dá o diálogo quanto a exposição sobre o tema.

Para tanto, os profissionais de saúde devem estar capacitados sobre o tema amamentação e, havendo um consenso entre todos, não haverá dúvidas por parte da nutriz. No contexto de conhecimento, surge o seguinte elemento exclutor: quem sabe mais tem mais poder.

“Quando a gente faz a visita, às vezes a mulher faz perguntas que a gente não sabe responder ou às vezes ela não acredita no que a gente fala porque somos ACS, nesse caso se o médico durante as consultas ou a enfermeira desse mais orientações, acho que as mães ouviriam mais, se a enfermeira batesse mais nessa tecla, porque a gente percebe a mãe já começa a dar papinha para a criança novinha e se esses profissionais mais gabaritados, médicos e enfermeira, falassem mais, a abrangência da orientação seria melhor, eu acho que as pessoas não levam a gente tão a sério, as nossas informações são passadas mas não são assimiladas.” (G5)

A instrumentalização dos profissionais, ou seja, a capacidade de utilizar conhecimentos, diz respeito também a instrumentos que refletem as tecnologias de interação, que é a base para o diálogo transformador entre profissional e nutriz, família, rede social. Contudo, a equipe de saúde mantém uma postura automatizada, impessoal e mecanizada e, inconscientemente, assume uma postura autoritária e esse desempenho reflete no quanto o diálogo torna-se assimétrico e intangível (MUNHOZ GAÍVA; SCOCHI, 2002).

As relações de poder, de hierarquia são evidentes na citação acima, contudo, o ACS tem uma vantagem sobre os demais profissionais. O mesmo é convidado a fazer parte da realidade das famílias e assim que entra em suas casas, identifica sua essência, conhece seus medos, anseios, suas potencialidades e suas fraquezas.

Segundo Freire (2002), essa postura de abertura ao mundo e aos outros é responsável por inaugurar a relação dialógica em qualquer espaço e situação, não apenas ouvindo-o, mas abrindo-se à sua realidade, tornando-se menos distante, assumindo à causa dos seus e demonstrando solidariedade.

Nesse sentido, uma ACS diz:

“Ah! Mas se eu chegar a uma casa e eu não souber, eu falo amanhã eu volto para te responder, porque eu não sei mas vou procurar saber e amanhã eu volto com a informação, eu também discordo com o que ele falou que o médico tem que ir lá fazer a orientação porque o médico sabe mais do que eu e que quando eu falo a pessoa não entende, eu não concordo com isso, porque quem quer escutar escuta, quem não quer escutar não escuta, e não escuta ninguém.” (G6)

Essa postura demonstra a capacidade de dimensão instrumental e comunicativa que todos deveriam ter, ou seja, a articulação de argumentos científicos com uma prática dialógica. Portanto, a racionalidade instrumental e a racionalidade comunicativa devem estar sempre juntas. E, grupos interativos, nos quais homens e mulheres criam conhecimento através do diálogo, o nível de aprendizagem instrumental é alto entre todos os participantes, aumentando simultaneamente a solidariedade (AUBERT *et al.*, 2008).

Contudo, a simultaneidade da racionalidade instrumental e racionalidade comunicativa devem ser baseadas no comportamento assumido pelo profissional de saúde diante de uma educação, para que as palavras não caiam no vazio sem

servirem de exemplo. A essa condição, definem-se os muros anti-dialógicos, ou seja, quando o educador não assume para si o que ensina ao outro.

“Eu acho que elas não entendem as orientações, não somente sobre isso, mas sobre outros assuntos também, por exemplo, métodos contraceptivos, quantas vezes tem as informações e acreditam em mitos. Na verdade, falar o que é certo todo mundo sabe, mas elas mesmas não fazem, como o médico que fala que o cigarro faz mal, mas fuma, eu acho que a gente consegue as coisas quando a gente mostra que está fazendo certo.” (G5)

Durante o diálogo, um participante reflete se o seu conhecimento é o “suficiente” para educar o outro, ressaltando a indagação: “o que eu sei serve?”

“Eu concordo com o que você disse, quando a pessoa vai dar uma informação sobre aquilo que ela já passou ela se torna mais convincente e também para poder fazer a pessoa entender melhor, a gente tem que estar muito por dentro daquele assunto, por isso que eu acho que entra os profissionais mais gabaritados, porque qualquer coisa que a pessoa comentar, você vai poder esclarecer, agora se eu responder errado ou não saber responder vai gerar a dúvida.” (G5)

Segundo Freire (2005), a palavra exerce a função de pronúncia e transformação ao mundo, ou seja, o diálogo é o veículo mais simplificado para as pessoas se garantirem na sua humanidade, sendo uma exigência existencial. No entanto, segundo o mesmo autor, somos seres inacabados e buscamos incessantemente o conhecimento e a transformação. E adquirir o conhecimento não é uma doação de ideias de um sujeito para o outro, mas no compartilhamento de experiências. Na troca de ideias se dá o ato de criação de ambos em comunhão.

Segundo Freire (2005), o processo educativo é justamente a consciência de que cada indivíduo tem que é um ser inacabado, finito, por isso, temos a permanente busca pelo conhecimento.

Neste sentido, a ESF deveria atuar de maneira comunicativa e no compartilhamento de experiências entre os profissionais de saúde e as famílias a quem atendem. É um novo modelo de atenção à saúde, principalmente porque oferece a oportunidade da equipe de saúde vivenciar a realidade das famílias

assistidas, consolidando vínculos de confiança. Esse foi um elemento transformador identificado no grupo;

“Mas isso é o que faço, por exemplo, tem uma mulher na minha área que confiava tanto em mim que ela me ligava até a noite para saber por que o bebê não dormia, que estava com dor, eu fiz o que eu pude.” (G5)

Ter ciência das características da pessoa a ser atendida aumenta a possibilidade do vínculo entre profissional e cliente, um aspecto fundamental para uma assistência humanizada. Essa possibilidade torna-se ainda mais concreta quando os profissionais abandonam sua postura autoritária e a substituem pela consideração da realidade, perfil e bagagem de conhecimentos sobre práticas de cuidado e cura no processo saúde-doença, na visão dos próprios clientes (HOGA, 2004).

Contudo, a assistência humanizada deve ser exercida com imensa responsabilidade e perseverança, reforçando um atendimento digno, individualizado e eficiente. Durante a realização do grupo, os participantes evidenciam o quanto é preciso reforçar tais conceitos para que a assistência não fique mecanizada e não seja negada sua subjetividade.

“... a gente fica menos mecânico. E a humanização, vira robô.” (G1)

*P: Vocês acham que a gente se põe no lugar do outro quando fazemos nossas orientações? “Eu acho que não, **vivemos a base de regras, fazemos o nosso trabalho sem nos envolver.**” (G1)*

O estudo realizado por Reichert; Lins (2007) demonstrou que nas instituições de atendimento à mulher, as orientações sobre amamentação se baseiam em uma assistência mecanizada. Para o autor, esse fator é decorrente da falta de sensibilidade dos profissionais que não valorizam a amamentação e a consideram como alimentação suficiente para o recém-nascido. Recomenda que os profissionais devem perceber que, amamentar um filho tem um significado tão importante na saúde da mulher e do bebê, quanto o período gestacional, o parto e o nascimento.

Negar à mulher o direito de questionamento é negar uma assistência humanizada, individualizada e, principalmente, negar a subjetividade do indivíduo.

Percebe-se que muitos profissionais entendem o cuidado como via única, ao qual, ele dedica sua energia e não obtém retorno. No entanto, o processo de cuidar envolve a relação entre dois ou mais seres humanos e constitui-se de duas vias: a do ser dotado de conhecimento e preparo técnico-científico e humanístico e o outro ser que tem necessidade de ajuda de um profissional, mas que também têm seus saberes e subjetividade (HOGA, 2004).

Os participantes dialogam e refletem sobre os espaços de orientação sobre AM.

“Na visita às gestantes.” (G2)

“Visita de puerpério.” (G6)

“Sempre que tem criança em casa a gente pergunta.” (G3)

O grupo identifica a existência de vários espaços e oportunidades em que se pode orientar sobre amamentação, contudo, a impressão da pesquisadora é a de que, essa prática resume-se a perguntas vagas e a diálogos breves, uma vez que os profissionais têm outros afazeres e metas a cumprir.

Em estudo realizado por Caldeira *et al.* (2007), as atividades práticas que representam oportunidades de orientação, apoio e incentivo ao aleitamento materno são apresentadas na tabela abaixo.

Figura I: Descrição das atividades de promoção por categorias

Atividades regulares de promoção do AM por categorias			
	% Médicos	% Enfermeiros	% ACS
Orienta desde a fase inicial do pré-natal	73,3	80,8	93,4
Orienta ao final do pré-natal	80,0	88,4	88,2
Estimula a amamentação nas atividades de puericultura	86,6	100,0	92,8

Avalia a mamada durante as visitas	6,7	53,8	65,8
Orienta para prevenção de problemas com as mamas	66,7	69,2	82,2
Realiza visitas puerperais precocemente	26,7	57,7	86,8
Participa e orienta a amamentação em grupos de gestantes	60,0	100,0	72,4
Participa de grupos internos na unidade para discutir o tema	40,0	46,2	51,3

Atividades de promoção do aleitamento materno entre os profissionais das estratégias de saúde da família. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2007. Caldeira AP et al.

Dentre as atividades mais executadas pelos ACS, estão as orientações desde a fase inicial do pré-natal, a observação das mamadas e visitas puerperais; o enfermeiro realiza mais ações de promoção do que o médico, com diferenças estatisticamente significantes para as ações de observação da mamada e participação em grupos de gestantes. De modo geral, as ações dos médicos são consideradas tímidas e devem ser melhoradas partindo de uma postura mais ativa por parte desses profissionais (CALDEIRA, *et al*, 2007).

É importante ressaltar que falta aos profissionais espaços onde possam dialogar sobre suas dúvidas e anseios, denominados espaços dialógicos. Segundo Habermas (1987), a ação comunicativa é baseada em pretensões de validade, as quais são caracterizadas por manifestações, recorrendo às argumentações, no entanto, para que uma ação seja entendida como comunicativa, a fala e a atuação do sujeito no mundo precisam estar conectadas.

“Ficamos mais aqui do que com nossas famílias. P: Pois é, e por isso é comum conflitos, mas também temos que ter espaços, espaços dialógicos, para expormos nossas angústias, dúvidas...” (G1)

O grupo identifica a necessidade de espaços dialógicos na USF, onde possam compartilhar experiências, em um ambiente isento de normas e condutas para que todos se sintam à vontade para expressarem seus sentimentos.

USF: 5

Nessa USF foram realizados dois grupos de discussão comunicativo e o agendamento do dia e hora foi feito via telefone com a enfermeira. Ela e os ACS estavam aguardando na sala de reuniões, contudo uma ACS e o médico haviam saído para visita domiciliar e, logo que chegaram, foi dado início ao grupo. No primeiro grupo participaram sete pessoas, no segundo, nove.. Os motivos das participantes não terem ido ao primeiro grupo foram férias e licença maternidade.

Quadro XIV: Descrição em meses dos antecedentes de amamentação (USF5)

Período em meses de amamentação	
<i>H1</i>	4 meses
<i>H2</i>	1 ano
<i>H3</i>	7 meses
<i>H4</i>	Não tem filhos
<i>H5</i>	Não tem filhos
<i>H6</i>	Não tem filhos
<i>H7</i>	Não tem filhos
<i>H8</i>	Amamenta atualmente
<i>H9</i>	2 anos e 2 meses

Quadro XV: Elementos transformadores e excludores em relação ao tempo de amamentação (USF5)

Elemento Transformador	Elemento Exclutor
------------------------	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Quatro participantes amamentaram mais de seis meses. • Querer amamentar. • Uma ACS está amamentando. 	
--	--

Das nove participantes, quatro amamentaram por mais de seis meses, um participante é homem e três participante não são mães. Como nos outros grupos, essa informação é relevante uma vez que a experiência de vida pode influenciar positiva ou negativamente na maneira como esses profissionais se relacionam com a nutriz/família.

Durante o diálogo, as quatro participantes que amamentaram dizem que quiseram amamentar e as outras que ainda não são mães, também o querem. Querer amamentar é um fator disparador para a promoção do AM, e tanto a opção de amamentar quanto a sua duração tem relação com atitudes adquiridas socialmente e por meio do apoio que a mulher recebe de seus familiares, comunidade e profissionais de saúde.

As participantes/profissionais de saúde, ao referirem-se ao desejo de amamentar, estabelecem um compromisso não apenas consigo mesmas, como também com a comunidade pela qual se responsabilizam, portanto, querer amamentar é um forte elemento transformador.

A profissional do grupo que está amamentando contextualiza o papel de elemento transformador porque, se a rede de apoio é uma fonte de promoção para o AM, essa mulher também pode exercer papel de incentivadora para os demais profissionais de saúde que com ela trabalham.

Embora os profissionais de saúde ainda tenham uma visão biológica sobre a amamentação, ou seja, como instintivo da mulher, é importante reconhecer a subjetividade da experiência da mulher, distinguindo-a como agente da amamentação, o que significa o reconhecimento pelo profissional da força das concepções próprias da mulher nas decisões quanto ao amamentar (SILVA, 2001).

Quadro XVI: Elementos transformadores e excludores das ações de promoção e apoio do AM (USF5)

Elemento Transformador	Elemento Exclutor
<ul style="list-style-type: none"> • As orientações sobre AM devem ser feitas para toda a família e não somente para a gestante. • Na USF tem grupo de gestante. • A responsabilidade de educar os filhos é da mãe e do pai. • Postura dialógica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Práticas hospitalares desfavoráveis ao AM • Motivos que levam ao desmame precoce. • A maioria das mulheres não amamenta porque trabalha na zona rural. • Baixa escolaridade

O grupo identifica que as orientações sobre AM devem ser realizadas não somente à gestante, mas para toda a família. Uma participante refere o quanto a orientação realizada para o marido foi eficiente, pois quando deu à luz não estava conseguindo amamentar sozinha.

“Depois que eu tive meu filho e ainda estava sob efeito da anestesia, eu queria muito amamentar, e fiquei muito feliz porque meu marido colocou o bebê para mamar, eu não podia levantar a cabeça e ele colocou meu seio na boca do bebê e ele mamou.”
(H8)

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma política incentivadora do AM, da qual as instituições adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, sendo que o quarto passo consiste em iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento, no pós-parto imediato (OMS, 2001). O estudo de Monteiro; Gomez; Nakano (2006) revela que, apesar de ser preconizado o padrão de conforto necessário para a adoção do quarto passo, os profissionais de saúde nem sempre se apresentam disponíveis para o auxílio e acolhimento, e as mulheres sentem-se desajeitadas para o primeiro contato com o filho.

O hospital em que a participante teve seu filho não é credenciado como IHAC, e subliminarmente, ela sugere que, se não fosse o marido estar orientado acerca da amamentação, não teria a ajuda necessária para amamentar, revelando que existem diversas práticas hospitalares que não favorecem um início bem sucedido do AM, sendo este um elemento exclutor.

Portanto, o atendimento prestado pelos profissionais de saúde no âmbito hospitalar é o primeiro passo para o apoio ao AM. A assistência de enfermagem ao binômio, desde o nascimento do bebê, é de fundamental importância no incentivo e apoio à amamentação, para evitar as lesões de mamilo e na promoção do AM como uma experiência positiva e satisfatória. Portanto, a atuação do profissional depois do parto se faz imprescindível. Sendo assim, a relação entre profissionais de saúde e gestantes, parturientes e puérperas pode gerar o consenso sobre melhores estratégias para a consolidação do AM, estando condicionada a maneira como eles interagem.

Para Chaves *et al.* (2011), um sistema favorável para o desenvolvimento de ações efetivas pela equipe de enfermagem baseia-se na consulta de enfermagem. Esta é realizada pelo enfermeiro e é pautada na sistematização de registros que permitem gerar dados para a reflexão da assistência bem como, evidencia o trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem, porque, muitas vezes, o déficit de registros torna a equipe invisível frente à gestão institucional. Portanto, a consulta de enfermagem pode ser uma importante ferramenta para a criação de vínculos.

As relações humanas/sociais proporcionam aos sujeitos e aos grupos o fortalecimento dos vínculos e o alcance de consensos, através das interações orientadas ao entendimento, processo que tem a linguagem como papel central. Neste sentido, Aubert *et al.* (2010) coloca a crescente centralidade do diálogo em todos os âmbitos desde a política internacional, perpassando a sala dos domicílios, o trabalho, as famílias e as relações íntimas. Esse processo de diálogo, reflexão e poder de decisão oferece ao sujeito opções, a partir das quais é possível decidir mais livremente e respeitar seus argumentos (GABASSA, 2008). Portanto, exercitar o diálogo na perspectiva do respeito à decisão do outro é um dos desafios da atuação dos profissionais de saúde, o que exige uma mudança de mentalidades e atitudes para, de fato, dialogar, refletir e aceitar as escolhas das mães em amamentar.

Como elemento transformador evidencia-se a USF ter o grupo de gestantes.

O grupo de gestantes é um momento oportuno para o diálogo sobre o período gestacional, os cuidados com o recém-nascido e os cuidados puerperais. É também propício para compartilhar conhecimentos, dialogar, trocar experiências em um ambiente que favoreça a quebra de hierarquias de forma que ambos, profissionais e gestantes sintam-se respeitados nos seus saberes e experiências e identifiquem-se

uns com os outros. É na diversidade de experiências de vida que se pode criar um novo conhecimento.

Fiori (1986) demonstra que, o homem ou a mulher é apenas consciente quando tem sua existência em suas mãos, ou seja, entende que é o único responsável por suas aprendizagens, suas transformações socioculturais. Tendo essa consciência, torna-se liberto quando se responsabiliza de educar-se e não de ser educado. Portanto, o indivíduo, tendo consciência do mundo e autoconsciência crítica, adquire uma educação autenticamente libertadora.

“É, mas a maioria delas só participa porque as reuniões acontecem antes das consultas de pré-natal porque se tivessem que vir aqui só para a reunião, não viriam não.” (H6)

O grupo relaciona a falta de interesse das gestantes com a baixa escolaridade.

“O povo aqui tem pouco estudo, cabeça muito pequena, sabe?!.” (H3)

A escolaridade proporciona ao sujeito a assimilação de conhecimentos que podem influenciar na vida, principalmente na qualidade de vida, no entanto, a escolaridade é um fator preponderante para a mulher amamentar?

Com relação ao AM, a escolaridade oferece as pessoas o conhecimento dos benefícios do AM para todos os sujeitos envolvidos, mãe, filho, família, sociedade, meio ambiente, entre outros, que podem ser importantes durante o aleitamento materno. Amamentar é um aprendizado, como colocado anteriormente. Contudo, existem experiências de mães analfabetas que desmamam seus filhos tardiamente, seja pela tradição de sua comunidade, por opção pessoal, por comodidade ou pelas dificuldades financeiras que passariam caso tivessem que comprar leite artificial. Portanto, parece que a escolaridade, neste estudo, pode indicar mais o preconceito da equipe com as pessoas não escolarizadas e este aspecto pode influenciar no acolhimento da nutriz pela equipe de saúde.

Pesquisas realizadas nas capitais brasileiras e Distrito Federal afirmam que a escolaridade não é um fator de proteção ao aleitamento. Não houve um aumento consistente dessa prática com maior escolaridade, os dados apresentaram que o

número de mulheres entrevista das sem escolaridade que amamentaram foi de 72,9% e, 27,1% não amamentaram (BRASIL, 2009b).

“Mas a enfermeira não desiste não, caso a gestante não venha na consulta ela faz a gente ir atrás para saber o motivo e reagendar a consulta, e ela gosta de fazer palestra, como também incentiva a gente a fazer palestra todos os dias na sala de espera.” (H3)

Para consolidação do diálogo, Freire (2006), aponta vários elementos, entre eles a fé nos homens e mulheres, que não se caracteriza por uma fé ingênua, mas na crença do poder de fazer e refazer de cada pessoa, vislumbrando o poder de ação que o indivíduo possui. Outro elemento é o amor ao mundo e amor aos homens como base fundante para o diálogo comprometido com a transformação, portanto, amar é ser dialógico.

O grupo procura utilizar uma linguagem que permita a compreensão, evidenciando uma postura dialógica.

“As orientações devem ser feitas de uma forma que elas entendem uma linguagem clara, de igual para igual.” (H3)

As pessoas estão mais abertas ao diálogo, tanto no grupo como individualmente, substituindo, progressivamente, outras formas de relação baseadas no poder. As relações de poder são aquelas onde existe a violência física ou psicológica de um sujeito sobre o outro. As relações dialógicas são pautadas no processo aberto do diálogo, considerando os argumentos de todas as pessoas envolvidas em um processo (AUBERT, *et al.* 2010).

Baseando-se em AUBERT, *et al.* (2010), uma relação dialógica igualitária relacionada à promoção e apoio ao AM conta com a participação de todos os envolvidos, ou seja, profissionais de saúde, nutriz, companheiro, familiares, reconhecendo que os profissionais, só por terem curso superior ou técnico, não são detentores do saber. Ao contrário, os profissionais de saúde, sendo conscientes dessa desigualdade estrutural, devem exercer condições favoráveis para reduzir ao

mínimo a influência dessa desigualdade, de forma que se criem diálogos igualitários e livres entre todos os sujeitos.

Exercendo o princípio do diálogo igualitário, é demarcado o papel de cada um, sejam profissionais de saúde ou família, de maneira que todos se manifestam e assumam suas responsabilidades. Nesse contexto, o grupo reflete sobre a importância da participação do pai na educação dos filhos, trazendo à tona um importante elemento, os papéis de gênero.

“Antigamente as mulheres eram mais submissas aos homens, hoje é diferente, o homem participa mais da criação dos filhos.” (H9)

Evidenciam-se, com essa fala, as mudanças nas relações entre mulheres e homens, na busca constante da superação das desigualdades marcadas pela submissão da mulher ao homem. Também demarca que a casa e os filhos não são de propriedade da mulher.

“Aqui a gente conseguiu criar um vínculo mesmo com as famílias e algumas mulheres contam pra gente que o marido não quer que elas amamentem.” (H3)

A figura masculina exerce grande influência no AM, seja positiva ou negativamente. O grupo relata que existem mulheres que não amamentam porque o marido não deixa, elemento que aparece também em outros grupos. Isto evidencia a importância do diálogo e reflexão com o pai sobre a importância da sua participação no processo de amamentar. Dessa forma, o profissional se insere no contexto da família e tem a oportunidade de despertar o interesse do pai nos cuidados com o filho.

Dentre os elementos motivadores para o desmame precoce, Sonogo *et al.* (2004), em seu estudo, identificou que uma nova gestação pode ser motivo para as mulheres interromperem o AM, em prol do bem-estar do filho que está para nascer. Outro elemento foi o acúmulo de tarefas, pois os afazeres do dia-a-dia, algumas vezes, causam o emagrecimento acentuado da mãe, o que desencadeia uma pressão da família para o desmame. Os conselhos de por familiares ou pessoas do convívio podem influenciar na decisão da nutriz e algumas delas apontaram que desmamaram seus filhos quando estava “na hora”, ou seja, pela idade em que se

encontrava a criança e/ou pelo fato de a mesma estar recebendo alimentação variada.

Outro elemento apontado pelo grupo para o desmame tem relação com o fato de mulheres trabalharem na zona rural.

Essa USF apresenta características diferenciadas por pertencer a zona rural, sendo que a subsistência da população é o trabalho rural.

A literatura aponta o valor inestimável do AM, discorrendo sobre seus benefícios biológico, imunológico, nutricional e psicológico conferidos ao tanto recém-nascido quanto à mãe (BRASIL, 2011b). Contudo, em todos os cinco grupos realizados, constata-se que estes benefícios não foram suficientes para “concorrer” com a sobrevivência da família, e com a necessidade de a mãe retornar ao trabalho materno.

Em especial na área rural, esse trabalho é representado pelo cultivo da lavoura. A grande maioria das mulheres trabalha na colheita de café e o contrato se dá como prestadoras de serviços, portanto as mesmas ganham por dias trabalhados e não têm os benefícios trabalhistas, como licença-maternidade. Por exercerem esse tipo de atividade profissional, a equipe reconhece que, mesmo sabendo dos benefícios do aleitamento materno, as mulheres desmamam seus filhos precocemente. O trabalho, para essas mães, foi mais importante do que amamentar, considerando que ele também oferece melhores condições de vida a seus filhos.

“Elas ficam preocupadas em trabalhar na panha de café, e como elas ganham por dia, deixam de amamentar os filhos muito cedo e dá leite de vaca.” (H3)

“Elas põem as crianças na creche com 4 meses para ir para a panha de café, mas muito antes elas já desmamaram.” (H3)

O feminismo da igualdade resultou em um distanciamento das feministas com as mulheres que realizavam as tarefas tradicionais em suas casas, causando um distanciamento exclusor e identificando o trabalho de mãe e dona de casa como opressor. Em outro aspecto, as feministas negavam a voz de todas as mulheres que continuavam assegurando um trabalho que é socialmente necessário (PUIGVERT, 2001) e, principalmente, negando o direito de escolhas e homogeneizando a realidade de todas as mulheres como única.

De acordo com o estudo apresentado por Scorzafave; Menezes-Filho (2001), o número de filhos e a idade deles influenciam na decisão em ingressar ou não no mercado de trabalho. No entanto, é preciso considerar os aspectos econômicos da mulher, como, por exemplo, a necessidade de ajudar o marido no sustento da casa, ou a necessidade de assumir o sustento da casa.

Evidências apontam que são escassas as estratégias como suporte e apoio à mulher para que esta continue a amamentar após o retorno ao trabalho, apresentando como principais dificuldades a precariedade da assistência em amamentação quando do retorno do trabalho, a falta de orientação sobre ordenha, armazenamento do leite humano ordenhado e quanto ao uso de copo, ao invés de mamadeira (MORAIS, *et al.* 2011).

Embora a ESF se esforce para realizar uma assistência à saúde pautada na integralidade de cada membro da família, em se tratando da amamentação, a postura dos profissionais de saúde se mantém em consonância com as relações de dominação e poder, ou seja, os profissionais exigem que a mulher amamente e não consideram suas queixas ou opções.

Além disso, há falhas técnicas na assistência à mulher quando do retorno ao trabalho, como apontado acima por MORAIS *et al.* (2011). Os profissionais de saúde do presente estudo não fazem orientação sobre ordenha, armazenamento do leite humano e oferecimento do leite humano no copo (ao invés da mamadeira). Assim, revela-se a complexidade do fenômeno desmame, trazendo à tona uma variedade de aspectos que o reproduzem, desde necessidades financeiras até a falta de preparo da equipe e da família para lidar com o desmame. Portanto, como apontado por Albert, *et al.* (2008), a educação tem função fundamental para a superação de desigualdades, visto que as pessoas, individual ou coletivamente, têm a capacidade de transformar-se. Portanto, a ausência de espaços dialógicos educativos alimenta as desigualdades.

O grupo reconhece que as orientações sobre amamentação apresentam falhas quando se abordam as mulheres trabalhadoras. Trata-se de situações diferenciadas, pelas quais os profissionais de saúde devem ter um olhar individualizado e integral, pois, mesmo em um grupo de mulheres trabalhadoras, as realidades por elas vivenciadas serão diferentes. Após essa reflexão, o grupo repensa sua prática e considera novas abordagens para essa realidade.

Segundo Flecha (1997) e Freire (2006), não somos seres de adaptação, mas sim de transformação, e esta ocorre todo o tempo através das relações intersubjetivas, propiciando ao sujeito reavaliar suas atitudes, assumir suas responsabilidades e buscar a felicidade.

Segundo Aubert, *et al.* (2008), quando a prática educativa tem como objetivo o desejo de transformar as dificuldades em possibilidades, as desigualdades em igualdades, os conflitos em solidariedade, a exclusão em inclusão, ter-se-á maior probabilidade de encontrar mais solução/ consenso do que obstáculos/ exclusão. A orientação transformadora ajuda na superação da cultura social que nos é imposta e oferece a oportunidade ao sujeito de ser e viver da forma que considera melhor, respeitando-se e respeitando as demais pessoas.

A seguir é apresentada a síntese dos cinco GDC dos elementos excludores e transformadores, segundo o mundo da vida e sistema.

Tabela II: A perspectiva dialógica dos Grupos de Discussão Comunicativo sob categorias de Sistema e de Mundo da Vida

	Promovendo e apoiando o AM	Experiências pessoais com o AM
E L E M E N T O T R A N S F O R M A D O R	<ul style="list-style-type: none"> • Postura dialógica: Aparece 3 vezes • As orientações sobre AM devem ser feitas para toda a família e não somente para a gestante: Aparece 2 vezes • Espaços de orientação sobre AM: Aparece 3 vezes • O conhecimento técnico científico: Aparece 4 vezes • Busca do conhecimento: Aparece 2 vezes • Postura realizativa do profissional: aparece 1 vez • Rompendo muros hierárquicos: Aparece 1 vez • Vínculo de confiança: Aparece 1 vez • Espaços dialógicos: Aparece 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar 6 meses ou mais: Aparece 18 vezes • ACS amamenta atualmente: aparece 2 vezes • Consenso sobre a importância de orientar o companheiro a ser um apoio para o AM: aparece 1 vez • Gostar de amamentar: aparece 1 vez • Querer amamentar: aparece 2 vezes • Manter o AM mesmo em condições desfavoráveis: aparece 1 vez • Estética apontando a favor do AM: Aparece 1 vez • Vínculo mãe/bebê via AM: aparece 1 vez • Compartilhando meu leite: aparece 1 vez

	<p>vez</p> <ul style="list-style-type: none"> • A responsabilidade de educar os filhos é da mãe e do pai: Aparece 1 vez 	
E L E M E N T O E X C L U S O R	<ul style="list-style-type: none"> • A falta de conhecimento leva ao desmame precoce: Aparece 4 vezes • Falta de conhecimento de leis trabalhistas: Aparece 3 vezes • Relações de poder/ Muros anti-dialógicos: Aparece 7 vezes • Mitos: Aparece 1 vez • Mecanização da assistência/ negação da subjetividade: Aparece 4 vezes • Relação conflituosa com companheiro por estar amamentando: Aparece 1 vez • Hiper-valorização daquele que vive o fenômeno: Aparece 1 vez 	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar menos de 6 meses: Aparece 6 vezes • Parar de amamentar em condições desfavoráveis: aparece 3 vezes • Desmame tardio: aparece 2 vezes • Sentimento de impotência por não conseguir amamentar: aparece 1 vez • A mãe não querer amamentar: Aparece 1 vez • A impotência frente a mãe que não quer amamentar: Aparece 1 vez • Leite fraco: Aparece 1 vez • Estética apontando contra o AM: Aparece 1 vez • Dificuldades da mãe trabalhadora: Aparece 1 vez

Tabela IV: Síntese sobre a perspectiva dialógica dos Grupos de Discussão Comunicativo sob categorias de Sistema e de Mundo da Vida

CATEGORIAS	Promovendo e apoiando o AM	Experiências pessoais com o AM
ELEMENTOS		
Elementos Excluídos	21	17

Elementos Transformadores	18	28
--------------------------------------	-----------	-----------

O COMEÇO DE UM FIM: ALGUMAS PALAVRAS

Neste capítulo, serão apresentadas algumas considerações acerca da investigação realizada cujo objetivo foi identificar, junto com a equipe da ESF, as dimensões exclusoras e transformadoras no processo de trabalho para o apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME).

Compreendendo que a investigação ocorreu nas ESF, faz-se necessário resgatar o primeiro contato com as equipes. Tudo o que nos é desconhecido causa, de início, estranhamento. Ao iniciar os primeiros grupos de discussão comunicativos, os participantes mostravam-se desconfiados. Essa postura manteve-se por pouco tempo, até perceberem que, sem eles, não seria possível atingir os objetivos propostos e, a partir desse entendimento, o diálogo foi se concretizando e permitindo que as pessoas expressassem suas opiniões. Evidenciou-se que todos, mesmo inconscientemente, apresentaram postura comunicativa/dialógica.

A realização da pesquisa teve como bases teóricas e metodológicas a aprendizagem dialógica, sob a perspectiva da metodologia comunicativa crítica e do feminismo dialógico. Foram com essas lentes que a pesquisadora pôde identificar o que é obstáculo e o que é potencializador na trajetória das equipes envolvidas com a prática da amamentação.

As equipes apresentaram identidades próprias, embora todas tivessem os mesmos objetivos. A condução das ações se apresentou, a cada participante, de forma individual, evidenciando a subjetividade de cada sujeito. O roteiro para o grupo de discussão comunicativo foi o mesmo utilizado para todas as equipes, no entanto, o foco do diálogo mostrou-se diferente em cada unidade.

Na USF1, o diálogo girou, principalmente, em torno do desmame tardio, já que uma das participantes amamenta a filha de três anos, e as discussões seguiram sobre os pontos positivos e negativos dessa ação.

Nesse contexto, identificou-se o quanto o mundo da vida reflete na maneira pela qual cada participante determina o que é um elemento transformador e exclusor para o aleitamento materno.

Entende-se que, mesmo com a racionalidade instrumental, o desmame tardio, por exemplo, está intrinsecamente relacionado com a subjetividade do indivíduo e de como ele entende o que é melhor para o binômio mãe-filho.

O grupo também apresentou grande conhecimento sobre a temática. No entanto, diante da análise realizada, foi constatado que o conhecimento técnico-científico é utilizado para as orientações realizadas pela equipe, mas são envolvidas pelas experiências de cada indivíduo. Como exemplo, o desmame tardio: o grupo mantém o consenso sobre desmamar os filhos quando completarem dois anos de idade e se já estiverem aceitando todos os tipos de alimentos, mas na prática, cada indivíduo vai conduzir sua ação (de desmamar) da maneira que achar a opção ideal.

Os elementos transformadores apresentam-se dentro de sistema, uma vez que a equipe apresenta racionalidade instrumental e, dentro de mundo da vida, ora surgem elementos transformadores, ora surgem elementos excludores. Quando o profissional impõe sua perspectiva como sendo a única, cria obstáculos quanto à oportunidade do outro de escolher o que é melhor para si.

Na USF2, a realização do grupo foi mais fácil, pois a pesquisadora já trabalhou nessa unidade e alguns dos componentes da equipe já eram conhecidos. Com relação ao diálogo, diferente da ESF1, não houve um assunto que gerou tanta discussão, mas dois elementos chamaram a atenção.

Um deles diz respeito a uma participante que desmamou precocemente sua filha, e que o fez por orientação médica. Nesse, e em outros grupos, surgiu a discordância entre os profissionais de saúde sobre o tempo ideal do AME e AM. Esse elemento mostrou que as relações de poder imperam nas organizações institucionais de saúde porque estão impregnadas da racionalidade instrumental e, neste contexto, a orientação médica ainda é inquestionável e irrevogável. A superioridade do discurso médico é um exemplo de como os elementos excludores estão inseridos nas instituições e criam obstáculos à eficácia das práticas educativas de saúde exitosas, pois nessas condições se prescreve e não se dialoga. Vale ressaltar que a mulher manifestou frustração por não ter conseguido amamentar sua filha, ou seja, um elemento excludor de mundo da vida consequente do sistema.

Também é importante ressaltar que a racionalidade instrumental, quando compartilhada com a racionalidade comunicativa, gera transformação. O grupo de gestantes se mostrou um espaço enriquecedor no qual os profissionais trazem para o diálogo os conhecimentos técnicos-científicos e também abrem espaço para a manifestação de experiências pessoais, tanto dos profissionais como das gestantes. O ambiente de confiança criado no grupo de gestantes possibilita o esclarecimento

de dúvidas e a revelação de medos e anseios. Esse é um exemplo de elemento transformador dentro de sistema e mundo da vida apresentado pela equipe.

Na USF3 foi imensamente prazeroso poder compartilhar com a equipe saberes e dúvidas, pois a equipe foi acolhedora e colaborativa. O diálogo atendeu a todo o roteiro, mas o que chamou a atenção foi a relação de causa/efeito do desmame precoce com o retorno da mulher ao trabalho, sendo este apontado como elemento exclutor. Os participantes discutiram que as leis trabalhistas não se aplicam a todas as situações, o que gera exclusão, como é o caso da população que tem como atividade o trabalho rural.

Chama atenção o comprometimento da equipe com a educação em saúde. Eles relatam que não são profissionais de saúde somente no horário de trabalho, mas também em sua vida pessoal. Esse compromisso denota a responsabilidade de cada um no auxílio da superação dos obstáculos, o que pode fazer a diferença na vida das pessoas.

Nesse grupo se evidencia que os elementos transformadores apresentam-se tanto dentro de sistema como em mundo da vida.

Na USF4, os participantes dialogam sobre as hierarquias existentes dentro da unidade e sobre como as mulheres/nutrizes acatam as orientações, dependendo do grau de formação do profissional, explicitando que primeiro as mulheres aceitam orientações vindas dos médicos, depois da enfermeira e por último reconhecem os ACS. Estabelece-se aqui um elemento exclutor dentro de sistema.

Contudo, este tema não foi consensuado, uma vez que algumas participantes ACS, dizem que reconhecem a aceitação da população em ouvir suas orientações e enfatizam esse argumento a partir do vínculo que conseguiram criar com as famílias que visitam.

Percebe-se, a partir desta análise, que o mundo da vida se manifesta no mundo do trabalho, inclusive na forma como se posiciona diante dele, ou seja, pessoas da mesma classe social, com o mesmo poder aquisitivo, se veem de forma diferente. Enquanto um indivíduo questiona se o seu conhecimento é significativo para gerar a transformação, o outro confia que tem esse potencial e que o fato de acreditar nesse potencial é o que gera a transformação dos indivíduos por ele orientados. Parafraseando Freire, fé nos homens e fé no mundo, e a crença no poder de transformação que todos os indivíduos possuem.

Embora essa equipe demonstre o conhecimento técnico-científico, os elementos excludores apresentam-se intensamente dentro de sistema, contudo, como consequência de mundo da vida.

O grupo realizado na USF5 foi o mais inusitado, inclusive pelo fato de se tratar de uma unidade de saúde na área rural. As participantes estavam cientes da pesquisa e todas foram bastante comunicativas. Nesse grupo, embora se percorresse todo o roteiro, o diálogo teve como foco os mitos que envolvem o AM e o desmame precoce gerado pelo trabalho rural.

A população adscrita nessa unidade supervaloriza mitos e crenças. O grupo relata que as mães/nutrizes acreditam em credices populares e nas experiências transmitidas de geração em geração. Foram discutidos vários mitos: o mal do sétimo dia (relacionado às mortes infantis por tétano neonatal) determina que as mães não recebam visitas e não saiam com as crianças até que completem sete dias de vida. A crença de que a puérpera tem que comer canjica para produzir leite (sabe-se que a canjica aumenta a concentração de gordura no leite, por isso as crianças ganham peso mais rápido). Outra crença é relacionada à alimentação da puérpera, as famílias acreditam que dietas leves como canjas durante a “quarentena” ajudam na cicatrização da cesárea, dentre outros mitos e crenças. A discussão sobre estes temas, em especial aqueles relacionados ao período puerperal evidenciou que nem sempre são obstáculos e muitas vezes podem facilitar a adesão ao AM, na medida em que fortalece a autoestima da mulher na sua capacidade de amamentar. Isso demonstra a necessidade de respeito aos saberes populares. Com relação à mulher trabalhadora rural, novamente surge como elemento excludor o trabalho profissional da mãe para a continuidade do AM.

Concluindo, a análise dos grupos de discussão comunicativos apontam que, dentro da categoria “Experiências pessoais com o AM” os elementos transformadores estão mais presentes em mundo da vida, evidenciando que a grande maioria dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa faz referência ao fato de que amamentarem mais de seis meses proporcionou segurança para o fortalecimento nas orientações para a promoção e apoio ao AM.

Em relação à categoria “Promovendo e apoiando o AM”, os elementos excludores foram mais evidentes demonstrando que a ESF é uma referência de apoio ao AM, contudo está invadida da racionalidade instrumental, o que repercute

em práticas assistenciais de pouco êxito. Assim impregnada, criam obstáculos a práticas educativas dialógicas que exercitem a transformação.

A responsabilidade do profissional de saúde que acredita em uma educação dialógica, igualitária, humanizada e qualificada diz respeito ao comprometimento com diálogo. Ele é um dos caminhos para se chegar ao entendimento e para a superação dos obstáculos. Por meio do diálogo é possível acreditar na força dos elementos transformadores ligados ao mundo da vida.

A dimensão do sistema, neste estudo, não foi negada, mas valorizada quando articulada com a dimensão comunicativa, pois dessa forma fornece elementos para a argumentação. Os saberes científicos são o alicerce para a educação, que deve ter suas bases em posturas igualitárias, democráticas e dialógicas.

É uma exigência da escolha metodológica a apresentação de recomendações para a melhoria da temática estudada. Estão apresentadas abaixo, sendo que algumas foram construídas, conjuntamente com os participantes dos grupos.

- Promover ambientes acolhedores para gestantes e nutrizes, nos quais possam esclarecer dúvidas e receber orientação sobre cuidados das mamas no pós-parto e sobre a prática de amamentação, e apontar suas necessidades;
- Ao formar grupo de gestantes, a equipe deve assumir uma postura comunicativa, para que as orientações não caiam no vazio, e proporcionar um ambiente acolhedor ao mesmo tempo em que cada uma se sinta responsável pelo grupo;
- Criar espaços dialógicos onde os profissionais de saúde possam se capacitar e compartilhar com a equipe sua rotina de trabalho, suas vitórias e derrotas, em um ambiente de confiança, de forma que a equipe se sinta acolhida e ouvida;
- Elaborar roteiros para as visitas às gestantes e puérperas, especificando as ações e elencando as principais informações que previamente foram validadas pelo grupo, por exemplo, roteiro prático para a amamentação, roteiro prático para a amamentação de mães trabalhadoras, manejo das principais dificuldades nos primeiros dias pós-parto, entre outros.

- Proporcionar uma discussão mais aprofundada sobre amamentação e trabalho materno de forma a identificar os obstáculos quanto à prática do AME quando da volta ao trabalho da mãe.

As recomendações apontam estratégias de melhoria para a promoção do AME e do AM. No decorrer deste estudo se pôde compreender a importância do compromisso social com a promoção e apoio ao AM. Contudo, esse compromisso social não significa imposição de condutas e ações. O presente estudo demonstrou a necessidade e urgência de uma postura dialógica, executando-se ações em plano de igualdade, partindo das premissas de humanização, e na responsabilização da transformação de um mundo melhor e com menos diferenças.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, E.S.V. **Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: “dividindo-se em ser mãe e mulher”** [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2005.

AKRÉ, J. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**. 2ª ed. São Paulo: IBFAN; 1997.

ALMEIDA, J. A. G. e NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (supl.), p. 119-25, 2004. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br>>. Acesso em: 10 de março de 2011.

ARANTES, I.S. Amamentação-visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro. v. 71, n.4. p. 195-202, 1995. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/95-71-04-195/port.pdf>>. Acesso em: 27 jan.2013.

ARAÚJO, M. F. M. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M. R. D.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. 2a ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.269-281.

ARAUJO, Raquel Maria Amaral; ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutr.** [online]. v. 20, n.4, pp. 431-438, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732007000400010>. Acesso em: 07 mar. 2011.

ARAÚJO, O.D. et al. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.61, n.4, p. 488-492, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/15.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2013

AUBERT, A.; FLECHA, A; GARCÍA, C; FLECHA, R; RACIONERO, S. Aprendizaje dialógico en la sociedad de información, 3.ed. Barcelona: Hipatia Editorial, 2010.

BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. 5. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. Hucitec, 1993.

BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. V. 1, n.1, p. 17-25, 2005. **Rev. ESP.** Disponível em: http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1_1688.pdf. Acesso em 27 jan. 2013.

BRAGA, F. M.; GABASSA, V; MELLO, R. R. de; **Aprendizagem dialógica: ações e reflexões de uma prática educativa de êxito**. São Carlos: EdUFSCar, 2010. 81p. (Coleção UAB-UFSCar. Pedagogia)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Política da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de capacitação de esquipas de unidades básicas de saúde na iniciativa unidade básica amiga da amamentação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003b. 248 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 82 p.:il – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Brasília 2009b, 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nos Municípios Brasileiros**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.- Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 63p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.- Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 58p.:il- (Série I. História da Saúde).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benefícios para a nutrição e a saúde de mães e crianças**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.- Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 50p.:il- (Série F: Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Conselho Nacional de secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde.- Brasília: CONASS, 2011c. 197p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, 3).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011d. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011,1).

BRASILEIRO, A. A. *et al.* Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cad. Saúde Pública.** v.26, n.9, p. 1705-1713, Rio de Janeiro, set. 2010.

BRITO, R.S.; OLIVEIRA, E.M.F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Rev. Gaúcha de Enfermagem.** v. 27, n. 2, p. 193-202, 2006.

CALDEIRA, A.P. *et al.* Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.23, n.8, p.1965-1970, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n8/23.pdf>>. Acesso em: 27 jan.2013.

CAMISÓN, M.G. Feminismo dialógico. In: **Recreate:** Revista Internacional de Creatividad Aplicada Total, Ano 2008, Barcelona: Grupo IACAT. www.iacat.com

CHAVES, M.M.N. *et al.* Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev. Esc Enferm USP.** v.45, n.1, p. 199-205, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/28.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

CHERFEM, C. O. **Mulheres marceneiras e autogestão na economia solidária:** aspectos transformadores e obstáculos a serem transpostos na incubação em assentamento rural. 235 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

CHERFEM, C. O. ; SANTOS, R. A. ; MELLO, R. R. de. Grupo de Mulheres: ações educativas, preventivas e de reflexões pela igualdade de gênero. IV Congresso Brasileiro de Extensão Universitária - CBEU, 2009, Dourados/MS. **Anais do IV Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, 2009.

CICONI, R.C.V; VENANCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação dos conhecimentos de equipe do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife,** v.2, n.2, p. 193-202. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/21006.pdf>> Acesso em: 07 mar. 2011.

COSTA NETO, M.M. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. **Rev. Bras. Saúde Fam.,** v. 2, p. 46-51, 2000.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.D.; MENDES,I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para Enfermagem: Parte 2: Desenho de Pesquisa Qualitativa. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v.15, n.4, 2007.

DUSSEL, Enrique. Filosofia de la liberación desde la praxis de los oprimidos. In: **Revista Liberación - Libertação**, Campo Grande, v.2., p. 33-49, 1991.

ESCOBAR, A.M.U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. v.2, n.3, p. 253-261, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000300006>>. Acesso em: 27 jan.2013.

FIORI, E. M. Conscientização e Educação. **Educação e Realidade**. Porto Alegre: UFRGS. 11(1): 3-10. Jan. Jun, 1986.

FLECHA, R. **Compartiendo palabras**: el aprendizaje de las personas adultas a través Del diálogo. Barcelona: Paidós, 1997.

FLECHA, R.; GÓMEZ, J. Y.; PUIGVERT, L. **Teoría sociológica contemporánea**. Barcelona: Paidós, 2001.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.13, n.2, p. 262-268, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0104-11692005000200020&caller=www.scielo.br&lang=en>>. Acesso em: 27 jan.2013.

FREITAS, W.M.F.; COELHO, E.A.C.; SILVA, A.T.M.O. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar do gênero. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.1, p. 137-145, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100015>. Acesso em: 27 jan.2013.

FREIRE, G. **Casa grande e senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal: Rio de Janeiro, José Olímpio, 1978.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

GALVÃO, M.T.G.; VASCONCELOS, S.G.; PAIVA, S.S. Mulheres Doadoras de Leite Humano. **Acta Paul Enferm.** v.19, n.2, p. 157-61, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a06v19n2.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2013

GIUGLIANI, E.R.J. et al. Are fathers prepared to encourage their partners to breastfeed? A study about father's knowledge of breastfeeding. **Acta Paediatric**. v 83, n.11, p. 484-487, 1994.

GOMÉZ, J; FLÉCHA, R; LATORRE, A; SÁNCHEZ, M. **Metodologia Comunicativa Crítica**. El Roure Editorial: Barcelona, 2006.

GOUVÊA, L.C. Como conduzir o aleitamento materno, superando as dificuldades da fase inicial da lactação. **Sinopse de Pediatria** [Internet], 2001. Disponível em:

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1550&fase=imprime>. Acesso em: 27 jan.2013

GRASSI, G.A.J., *et al.* **Fatores imunológicos do leite humano.** Pediatria: São Paulo, v. 23, cap. 3, p. 258-263, 2001.

HAQUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1990.

HABERMAS. J. **Teoria de la Acción Comunicativa.**Vol 1. Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus, 1987a.

_____. **Teoria de la Acción Comunicativa.**Vol 2. Critica de la Razón Funcionalista.Madrid: Taurus, 1987b.

HORTA, B. L. *et al.*, **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses.** Geneva: World Health Organization, 2007.

HRC – Hospital Regional de Cascavel. **Leite Materno Vida em Abundância.** Cascavel, 2000.

ICHISATO, S.M.T; SHIMO, A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.10, n.4, p. 578-585, julho-agosto 2002.

ISERHARD, A.R.M.; BUDÓ, M.L.D., NEVES, E.T. BADKE, M.R. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco no sul do Brasil. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.1, p.116-122, 2009.

JONES, G. *et al.* **How many child deaths can we prevent this year?** Lancet, [S.l.], v. 362, p. 65-71, 2003.

LANA, A. P. B. **O Livro de Estímulo à Amamentação.** São Paulo: Atheneu, 2001.

LEITE, A.M. **Aconselhamento em amamentação na perspectiva da comunicação humana.** 2000. 149f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MARQUES, R.F.S.V.et al. Fatores relacionados às dificuldades no aleitamento materno entre mães adolescentes da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Rev. Para. Med.** [online]. v.22, n.1, p. 57-62, 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan.2013.

MARQUES, E. S. *et al.* A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.15, suppl.1, pp. 1391-1400, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700049>.

MENEZES, I.H.C.F.; DOMINGUES, M.H.M.S. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Rev Nutr.** v.17, n.2, p. 185-194. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000200005&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 27 jan.2013

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed., São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 269-273.

MONTEIRO, J.C.S. **Análise sobre a percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante o aleitamento materno exclusivo.** 2008. 120f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2008.

MORAIS, A.C.; QUIRINO, M.D. ALMEIDA, M.S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a04v22n1.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2011.

MORAIS, M.B.M. *et al.* Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 66-71, Brasília, 2011.

MÜLLER, A. C. **Econologia do aleitamento materno.** Aspectos ecológicos e econômicos do aleitamento. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Pró-Reitoria Comunitária e de Extensão. 2003. Disponível em: <http://www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/arquivos/aleitamentecologico.pdf> Acesso em: 05 maio 2012.

MUNHOZ, G.M.A.; SCOCHI, C.G.S. The communication between the team and parents at a neonatal intensive care unit of a university hospital. An. 8. **Simp. Bras. Comun. Enferm.** May. 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100048&lng=en&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 27 jan. 2013.

NAKANO, A.M.S. **O aleitamento materno no cotidiano.** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Doutorado de Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem USP; 1996.

OLIVEIRA, E.M.F.; BRITO. R.S. Ações de cuidados desempenhados pelo pai no puerpério. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** v.13, n.3, p. 595-601, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a20.pdf>>. Acesso em: 27 jan.2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde (Brasil). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno.** Brasília: OPAS; 2001.

PEREIRA, R.S.V. et al. Fatores Associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.** v.26, n.12, p. 2343-2354, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/13.pdf>> Acesso em: 07 mar. 2011.

PEREIRA, S. Amamentação e sexualidade. **Estudos Feministas**. v.11, n.2, p. 467-491, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v11n2/19132.pdf>>. Acesso em: 27 jan.2013.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. sd. Disponível em; <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf#search=%22Marcus%20Vin%C3%ADcius%20Polignano%22>. Acesso em: 03 de março de 2011.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope,C.; MAYS,N. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 33-43.

PUIGVERT, L. **Las otras mujeres**. Barcelona: El Roure editorial, 2001.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Rev Eletrônica Enferm**. [internet]. v.9, n.1. p. 200-13, 2007. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 27 jan.2013.

SCORZAFAVE, L.G.D.S.; MENEZES-FILHO, N.A. Participação feminina no mercado de trabalho brasileiro: evolução e determinantes. **Pesq Plan Econ**. v.31, n.3, p. 441-78, 2001. Disponível em: <<http://www.memoria.nemesis.org.br/index.php/ppe/article/viewFile/151/86>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Mulher e realidade**: mulher e educação. Porto Alegre: Vozes, V. 16, nº 2, jul/dez de 1990.

SEMINÁRIO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM ALEITAMENTO MATERNO, 3. 2009, Brasília, **Anais**. Brasília: MS, 2009.

SILVA, A.A.M. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico social dos deveres e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; 1990.

SILVA, I.A. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.3, n.1, p.7-14, jan./jun, 2001. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/refased/article/view/4951/3767>>. Acesso em: 27 jan.2013.

SILVA, M.B.C., MOURA, M.E.B., SILVA, A.O. Desmame precoce: representações sociais de mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial online]. v.9, n. 1, p: 31-50, 2007. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a03.htm>> Acesso em: 27 abril, 2011.

SONEGO, J. *et al*. Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.38, n.1, p. 341-349, 2004.

SOUZA, K.V.; TESIN, R.R.; ALVES, V.H. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. **Acta Paul Enferm.** v.23, n.5, p. 608-13, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/04.pdf>>. Acesso em: 27 jan.2013.

STRIKER, G. A. J., CASANOVA L. D., NAGAO A. T. Influência do tipo de parto sobre a concentração de imunoglobulinas A, G e M no colostro materno. **Jornal de Pediatria.** v.80, n.2, p.123-127, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2/v80n2a09.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2012.

SUSIN, L.R.O. **Influência do pai e das avós no aleitamento materno** [tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Rio Grande do Sul, 2004.

TOMA, T.S.; REA, M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.24, n.2, p. 235-246, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>> Acesso em: 07 mar. 2011.

VAUCHER, A.L.I.; DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.7, n.2, p. 207-214. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 27 jan. 2013

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem Obstétrica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Journal of Clinical Nutrition**, [S.l.], v. 75, p. 975-81, 2000. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere**, Geneva, January, 2011.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Dimensões exclusoras e transformadoras no processo de trabalho dos profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família no apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo”. Você foi selecionado (a) para essa pesquisa por fazer parte de Equipes de Saúde da Família de um município no interior do estado de Minas Gerais, onde executa assistência à mulher no período gravídico-puerperal. Sua participação não é obrigatória. Os objetivos deste estudo são: analisar obstáculos e aspectos transformadores no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família para o apoio ao aleitamento materno exclusivo; compartilhar significados e interpretações sobre o que os profissionais entendem como deve ser o acompanhamento no pós- parto, com foco na amamentação e gerar, conjuntamente com os profissionais, estratégias que possam ajudá-los em uma melhor eficácia no apoio ao aleitamento materno. Os benefícios da realização da pesquisa estão fundamentados nos objetivos do projeto e na necessidade de conhecer e auxiliar no trabalho ofertado pelas Equipes de Saúde da Família no apoio ao aleitamento materno. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar do grupo de discussão comunicativa que é uma estratégia que visa o diálogo igualitário entre as pessoas pertencentes ao grupo e o pesquisador, no qual o pesquisador faz uma comparação com as informações advindas do grupo interpretando-as. Trata-se de discussões previamente planejadas, em um ambiente tranquilo, para a obtenção de relatos sobre o tema aleitamento materno; o grupo é constituído por poucas pessoas, guiado por um moderador, em um clima descontraído para se conhecer a opinião e sentimentos sobre o tema do estudo. Durante a reunião do grupo, será utilizado um gravador, isso se deve ao fato de que é muito difícil anotar rapidamente todas as informações referidas pelo grupo e tudo o que for dito é muito importante para a pesquisa. Você não é obrigado (a) a responder perguntas que, do seu ponto de vista, possam causar constrangimento ou desconforto e não será repreendido (a) por isso. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, tanto nos aspectos físicos, psíquicos, quanto morais. Dessa forma, em caso de cansaço ou indisposição, as discussões em grupo ou a observação participante serão imediatamente suspensas e havendo concordância será remarcada para outro momento oportuno, para que não haja prejuízos a sua participação. A pesquisa será executada por uma pesquisadora principal, Daniela Aparecida Salgado Targino (Enfermeira), e acompanhada pela sua orientadora, Prof. Dr. Márcia Regina Cangiani Fabbro do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Em qualquer etapa da pesquisa você terá direito ao acesso ao pesquisador, para esclarecimentos de eventuais dúvidas. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e periódicos científicos da área, mantendo em sigilo a sua identidade. Você não receberá qualquer tipo de vantagem, dinheiro ou qualquer espécie de gratificação por sua participação. Não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo para a sua participação. Você receberá uma cópia deste termo na qual constam o telefone e o endereço do pesquisador principal e do orientador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Daniela Aparecida Salgado Targino - pesquisador principal

Rua: Dom Ranulfo, 710 – Guaxupé/MG. Telefone: (35)35512494

Aluna do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos

Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro

Rua 12 nº 2202. Rio Claro/SP. CEP: 13500-250. Telefone (16)33518334

Profa. do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem/UFSCar

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, _____ de _____ de 20____.

Sujeito da pesquisa

ANEXO 2

ROTEIRO PARA O GRUPO DE DISCUSSÃO COMUNICATIVO

Tempo estimado: de 5 minutos

Apresentação inicial:

- Apresentação da pesquisadora;
- Apresentação da pesquisa (tema e objetivo);
- Apresentação da metodologia adotada para conduzir o grupo (técnica);
- Pedido de autorização para a gravação do diálogo;
- Comentar sobre o retorno ao grupo para revisar os resultados;

Tempo estimado: de 2 minutos

Combinados:

- Se em algum momento da gravação, o grupo se sentir desconfortável, ficar à vontade para desligar o gravador;
- Ficar à vontade para não responder o que não quiser, pode perguntar se não entender alguma coisa;
- Garantia do sigilo dos dados e da identidade dos participantes no grupo;
- Combinar o tempo, que será de aproximadamente 1 hora e 30 minutos de encontro e se querem fazer um intervalo.
- Combinar as inscrições, orientar que as falas devem ser respeitadas à partir das inscrições, dando o direito a todos de falar e falar um de cada vez.

Tempo estimado: de 5 minutos

Retomada do objetivo da pesquisa

Embora se fale em AM na televisão, na internet, nas USF, UBS..., estudos demonstram que, no Brasil, as metas de prevalência em AM são abaixo do desejado pela Organização Mundial de Saúde, e como enfermeira penso em como contribuir para a mudança desse quadro.

Como ex-enfermeira da ESF, visualizo o potencial dessa estratégia para a promoção do AM, pois acredito que o vínculo que é gerado entre a comunidade e o agente comunitário de saúde e a confiabilidade que a mesma deposita nas USFs podem ser uma ferramenta para a promoção e apoio ao AM. Por isso, gostaria de dialogar sobre as essas ações, o que vocês fazem, quais as dificuldades que vocês encontram e como podemos superá-la juntos encontrarmos soluções. O objetivo da pesquisa é: “Analisar dimensões exclusoras e transformadores no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família para o apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME).”

Desejo que eu possa contribuir para o processo de trabalho da equipe no fortalecimento do AME, apontando que o saber científico agregado ao saber popular possibilitam uma orientação eficaz e esclarecedora. Para entender os meus objetivos procuro analisar as ações efetuadas pela equipe da ESF no apoio ao AM, bem como suas concepções pessoais e profissionais, para juntos refletirmos sobre o que são aspectos transformadores e o que são aspectos excludores no apoio ao AM.

Explicar sobre o Feminismo Dialógico, que é uma metodologia que tem como conceito a superação das relações de opressão pelas mulheres e entre as mulheres.

Contudo, faz-se necessário ressaltar a posição das mulheres nessa dialética, na medida em que, apesar dos avanços, ainda são as maiores prejudicadas pela ideologia sexista e sofrem consequências profundas de limitação de oportunidades. São exemplos os dados de violência contra as mulheres no Brasil, a forma como a divisão sexual do trabalho reserva trabalhos precarizados às mulheres de baixa renda e baixa escolaridade ou a ausência de mulheres nos espaços de poder e decisão, em especial no caso brasileiro (CHERFEM; MELLO; SANTOS, 2009). Explicar que, eu estou aqui como pesquisadora, mas também estou aqui enquanto mulher, portanto tudo o que vocês falarem servirá não só para a minha pesquisa como também para o meu crescimento pessoal.

Os elementos excludores são os que fazem referência às barreiras que impedem a transformação, por exemplo, se o grupo identificar que as experiências pessoais com o AM podem influenciar de maneira negativa na comunicação com a mulher-nutriz na promoção e apoio ao AM, esse é um elemento excludor. Ao contrário, os elementos transformadores mostram as formas de superar tais barreiras, por exemplo, fazer das dificuldades pessoais com o processo de

amamentar uma oportunidade de dialogar com outras mulheres a fim de compartilhar saberes e vivências para tentar evitar os mesmos problemas.

Tempo estimado: de 60 minutos

O diálogo inicia-se com a pergunta: Quem amamentou, quantos filhos e por quanto tempo?

Após as respostas dos participantes, iniciam-se os apontamentos da pesquisadora.

A partir das experiências em ter amamentado, o profissional pode com propriedade dizer sobre seus sentimentos, anseios, dificuldades, colocando-se em posição igualitária à mãe que está recebendo as orientações. O feminismo dialógico reflete sobre um diálogo intersubjetivo igualitário, incluindo a participação de todas as mulheres, eliminando as barreiras entre classes e culturas, respeitando o igual direito que as pessoas têm de serem e viverem de formas diferentes, tratando as mulheres como protagonistas de suas histórias (Puigvert, 2001).

- Fazer uma reflexão sobre: o igual direito que as pessoas têm de serem e viverem de formas diferentes.

Enquanto profissionais de saúde temos que orientar sobre AM, retratando suas vantagens para a mãe, criança, família, comunidade, ensinando como fazê-lo de maneira eficaz, os cuidados que a mãe deve ter desde o período gestacional. No entanto, mesmo com todas as orientações, sabendo de todos os benefícios, existem mulheres que não querem amamentar. Como vocês veem a situação de uma mulher que se recusa amamentar?

CONSENSO

Conforme o referencial teórico adotado (PUIGVERT, 2001), o Feminismo Dialógico explicita que tenho que aceitar o direito **consciente** da mulher de aleitar ou não, ou seja, a mulher tem que estar plenamente orientada e se for seu desejo não amamentar, também devo auxiliá-la com o meu apoio, oferecendo orientações sobre os cuidados com a alimentação da criança, entre outras.

Segundo a metodologia utilizada por esta pesquisa, a Metodologia Comunicativa Crítica, o grupo de discussão comunicativo, é uma técnica que privilegia o diálogo igualitário entre todos os participantes e a pesquisadora. Sendo assim, faremos um confronto entre o saber de experiência de vocês e o saber

acadêmico. A aprendizagem mútua, decorrente do confronto e da reflexão de todos os assuntos abordados, pode gerar consenso ou não, sendo o primeiro a chave para a transformação das ações (Gómez et al, 2006).

➤ Conceituar AME.

O que vocês compreendem sobre o conceito de Aleitamento Materno Exclusivo?

Segundo a OMS (2001) e Brasil/MS (2009), considera-se aleitamento materno exclusivo (AME) quando a criança recebe apenas o leite materno direto da mama ou ordenhado, como também de outras fontes maternas, com a ausência de outros alimentos, sejam eles sólidos ou líquidos, com a exceção de xaropes, contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. A OMS (2001) declara que é fundamental o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, após esse período, as crianças devem continuar sendo amamentadas no peito até dois anos ou mais, sendo nessa fase acrescentados alimentos complementares. É considerado um alimento qualitativamente completo para a criança até seis meses de idade, visto que é equilibrado, adequado e suficiente (BRASIL, 2003).

Acredito que esses conceitos devam ser bem esclarecidos entre os profissionais de saúde, visto que percebemos a introdução de alimentos cada vez mais cedo na vida das crianças, muitas vezes por orientação de familiares, amigos e até de profissionais de saúde. As mães devem ser orientadas quanto aos riscos que a criança está exposta frente à introdução precoce de alimentos, como a exposição a patógenos, preparo em água não filtrada, dificuldade de digestão, perda da possibilidade de proteção imunológica proporcionada pelo leite materno, ou seja, a promoção do AM inicia-se com a discussão das vantagens do AM para a mãe, bebê, família e sociedade, e deve começar muito cedo, principalmente com gestantes, precisando ser tema do pré-natal.

Sendo assim, o próximo passo é discutir as vantagens oferecidas pelo AM que vocês reconhecem:

Mas, em primeiro lugar, gostaria de perguntar: Em uma palestra sobre as vantagens do AM, quem fala? o profissional de saúde ou a mãe? Esperar o grupo refletir e falar. A primeira coisa importante quando estamos atendendo a uma mãe

com dificuldades de amamentação é ouvir, sempre, atentamente, atenciosamente, demonstrando interesse no que ela está dizendo. Isto faz com que ela perceba que você valoriza o que ela diz e o que está acontecendo com ela. Portanto, todos nós, independente de termos ou não vivenciado o AM, temos algo a dizer das experiências que vimos com a família, vizinhos, amigos, etc. Portanto, sabemos algo, não é que não sabemos nada, somente sabemos coisas diferentes.

Assim, nossa abordagem com as mães, antes de “enchê-las” com nossas orientações deve ser orientada para ouvi-las, porque a mulher que está na terceira gestação e amamentou os dois primeiros filhos, pode saber muito mais sobre AM do que eu, que nunca amamentei ou que tive muita dificuldade em amamentar. A partir do que a mãe/ mulher vai nos falar, é que vamos fazer nossas considerações. Sendo assim, se ela relata que vai amamentar, relata sobre as experiências que teve, como superou dificuldades encontradas, podemos complementar o seu conhecimento, no entanto, vamos **complementar**, não será preciso fazer toda a orientação, porque ela já sabe. Essa abordagem é interessante, uma vez que considera a mulher como protagonista de sua história e também porque, se houver alguma informação errada e, isso for um elemento exclutor para o AM, é nessa vertente que vamos intervir.

CONSENSO

Trago, ao grupo, estudos científicos que citam as vantagens do AM para a criança, mulher, família e sociedade.

Quais as vantagens que vocês reconhecem oferecidas pelo AM?

Depois que o grupo se posicionou, trazer os estudos para complementar as ideias.

Vantagens para a criança:

O contato pele a pele é benéfico para mãe e bebê, o leite materno é de graça, apresenta-se apropriado para a regulação da temperatura corporal do recém-nascido sadio, como também tem benefícios a longo prazo para a criança e para a mãe. Para a mãe é um tranquilizante natural, pois através desse contato, desencadeia-se uma série de fatores, o odor e o toque estimulam o nervo vago, o qual faz com que a mãe libere ocitocina, hormônio que, dentre várias funções, é

responsável pela ejeção de leite, conseqüentemente reduzindo a ansiedade materna e aumentando sua tranquilidade (TOMA; REA, 2008).

Vantagens para a mulher:

Sobre as vantagens do aleitamento materno para a mulher, no aspecto fisiológico: rápida involução uterina: a ocitocina é também responsável pela contração uterina, o que diminui o sangramento pós-parto e protege contra anemia. Outros estudos apontam proteção contra câncer de mama e ovário e contra doenças degenerativas. Um estudo, demonstrado por Ravelli (2000) citado por Brasil (2003), aponta o efeito protetor do AME para doenças cardiovasculares. O AME tem um efeito contraceptivo, se a mulher está em amenorréia e o bebê tem menos de seis meses e se alimenta exclusivamente do leite do peito, a proteção contra gravidez nas primeiras oito semanas é de 100% e de 98% até o bebê completar seis meses, segundo Labbok (1991) citado por Brasil (2003). Vocês conhecem alguma outra vantagem para a mulher? Vocês acham que as mulheres sabem dessas vantagens?

Vantagens para a família e sociedade:

As vantagens do aleitamento materno para a família se reflete no aspecto econômico. Vale ressaltar que uma nutriz produz em média 600 a 800 ml de leite materno por dia, o qual é considerado um alimento qualitativamente completo para a criança até seis meses de idade, visto que é equilibrado, adequado e suficiente. O leite materno está sempre na temperatura ideal para ser servido e há praticidade em servi-lo. Portanto, é um alimento que não tem custo financeiro e que, além dessas economias, devido à imunidade adquirida pelo leite materno, há também economia com tratamentos médicos derivados de diarreias, otites, dentre outros (BRASIL, 2003).

Incitar o grupo a se manifestar se existe desvantagens no AM ou se o termo mais adequado seria dificuldade?

CONSENSO

Não existem desvantagens no aleitamento materno. Desvantagem, segundo o Michaelis, é falta de vantagem, algo que tem inferioridade, é inconveniente ou cause prejuízo ou dano. Será que existem desvantagens no AM ou estamos falando de dificuldades que podem ser encontradas? Mesmo as dificuldades devem ser

individualizadas, cada mulher sente uma dor. Algo que incomoda a uma pode não incomodar a outra.

Depois da discussão, colocar que amamentar é um ato que deve ser aprendido pela mãe e pelo filho e que a mulher deve estar em um local calmo e deve ter o apoio dos familiares, para que a amamentação seja eficiente para ambos.

Estudos comprovam que uma das dificuldades que as mães têm para continuar amamentando é quando voltam ao trabalho, pois tem que desmamar seus filhos precocemente. Vocês conhecem os direitos trabalhistas?

- A licença maternidade, segundo a Constituição de 1988 garante para todas as mulheres trabalhadoras sob regime CLT o direito a 120 dias de licença;
- No entanto, de acordo com a OMS, o AME é de 6 meses; diante desta necessidade em reduzir o índice do desmame precoce que vem aumentando gradualmente, o Presidente da República sancionou a Lei 11.770 de 09 de setembro de 2008, no Programa Empresa Cidadão, destinado à prorrogação da licença-maternidade por mais 60 dias, mediante concessão de incentivo fiscal, alterando a Lei 8.212, de 24 de julho de 1991, de 120 para 180 dias para beneficiar as mães e bebês no aleitamento materno;
- Atentar que a empresa deve aderir ao Programa Empresa Cidadão;
- Somente a mulher empregada com contrato de trabalho formal (carteira assinada) tem direito aos benefícios da legislação, as demais (trabalhadoras sem registro em carteira de trabalho) devem provar a relação permanente de trabalho na Justiça para tentar conseguir os benefícios;
- A mulher tem o direito de, até os seis meses de idade do filho, a dois descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, que não se confundirão com os intervalos normais para repouso e alimentação;
- Atenção: Pela Constituição Federal, fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

Embora existam esses benefícios, acredito que o retorno ao trabalho ainda é um fator do desmame precoce, uma vez que, nesse município, a base de emprego é de trabalhadoras rurais, os contratos de trabalho são temporários, portanto não gozam desses benefícios. O que vocês pensam sobre isso? Como podemos

incentivar e ajudar as mulheres a continuar amamentando, depois que voltam ao trabalho?

CONSENSO

Perguntar aos participantes do grupo em que momento, em suas rotinas de trabalho, vocês orientam sobre AM?

Observar se as orientações são feitas nas consultas de pré-natal, se nas USF tem grupo de gestante, se fazem consulta de puerpério, se os ACS orientam AM nas visitas, se quando as crianças já estão maiores é orientado o AM, em que momento orienta-se.

A maternidade necessita ser rodeada por uma complexa rede de apoio, a mulher precisa do apoio do companheiro, de sua mãe, de uma amiga, ou seja, a mulher precisa, nesse momento de apoio, esse apoio pode auxiliar ou não o AM, uma vez que, se a pessoa que auxilia a nova mãe nos cuidados com o recém-nascido amamentou, e conhecem todos os benefícios do AM, ela será um apoio positivo, ao contrário, se o AM não for compreendido como algo significativo, esse apoio será negativo. De que maneira, nós enquanto profissionais de saúde, sendo também apoio a essas mulheres podemos intervir para que esses apoios negativos não influenciem a mulher a não amamentar?

CONSENSO

Tempo estimado: de 5 a 10 minutos

Momento de Reflexão: Nesse momento perguntar ao grupo se tem alguma consideração a ser feita e que deixamos de dizer, se existem pontos em nosso diálogo que não foi compreendido,... (período de reflexão por todo o grupo).

Tempo estimado: de 5 minutos

Encerramento:

Agradecimentos...

Informar que retornarei a USF com a análise dos resultados para compartilhar com o grupo.