

APRESENTAÇÃO

A espécie *Homo sapiens* – a mais adaptável da escala zoológica – encontrou, desde cedo, fontes alternativas ao leite humano para alimentar sua cria. Essa prática tem sido intensamente explorada, levando o homem a distanciar-se cada vez mais de sua condição de mamífero (Sokol, 1999). O leite materno, além de diminuir o risco de infecção e até mesmo de morte infantil, aumenta o vínculo mãe-filho, o que possibilita uma melhor qualidade de vida futura, entre outras vantagens. Nas capitais brasileiras, o tempo médio da amamentação é de 10 meses. No entanto, o tempo médio da amamentação exclusiva é de apenas 23 dias, havendo variações regionais (BRASIL, 2001b).

Conforme Mello (1966), a falta de leite tem se tornado regra quase absoluta, e rara é a mulher que amamenta seu filho durante meses, excepcionalmente durante anos. No entanto, a amamentação é uma função instintiva, sem qualquer necessidade de aprendizagem, tendo uma finalidade imperativa que garante a procriação da espécie.

Durante a gestação, a mulher encontra-se numa situação diferente da habitual, assediada por dúvidas, insegurança e medo. Isso a torna mais sensível e suscetível às pressões de familiares, profissionais de saúde e amigos quanto à sua capacidade de amamentar. Além disso, a mãe pode estar em conflito consigo mesma sobre a decisão de amamentar. Nesse contexto, ela perde sua confiança e auto-estima e fica propensa a oferecer mamadeira ao seu bebê.

Quando essa futura mãe-nutriz (mulher que amamenta) possui auto-estima assegurada, ela é capaz de resistir a pressões contra a amamentação. As seguintes recomendações da equipe multidisciplinar são particularmente úteis no acompanhamento pré-natal:

- * dar muita atenção aos sentimentos da mãe, respeitando sua opção na escolha do que é melhor para ela e seu filho e não induzindo preocupações ou dúvidas sobre sua capacidade de produzir leite;
- * deixar que a decisão final seja tomada pela mãe e mostrar que ela é capaz de optar sobre o que é melhor para ela e seu filho. Só cabe ao profissional dar sugestões e informações relevantes, com evidências científicas, numa linguagem simples e clara. A mãe sempre tem o seu saber; porém, cabe ainda, ao profissional compartilhar com ela seus conhecimentos sobre amamentação;
- * dar informações corretas de maneira positiva, sem que soem como críticas;
- * estar atenta ao comportamento verbal e não-verbal tanto da mãe quanto do profissional.

Segundo Nakano (1996), a amamentação depende do momento vivido pela mulher desde a gestação, de sua experiência com a maternidade e de sua bagagem cultural, constituída a partir de sua infância até o contato com os serviços de saúde. Isso sinaliza que a amamentação possui uma dimensão de ritual e socialização.

Antônio da Silva Mello (1966), médico e imortal da Academia Brasileira de Letras, reconhecia que a amamentação se processa de forma instintiva, sem qualquer necessidade de aprendizagem e, ainda, que a amamentação não é um simples ato mecânico de sugar, pois há interação com os fatores psíquicos, com a emoção materna e com o desejo de satisfazer o lactente.

Para a manutenção da amamentação, a mãe precisa receber apoio e ajuda nas dificuldades específicas ou nas suas crises de autoconfiança. A dinâmica de grupo antes das consultas oferece à mãe informações relevantes, deixando-a mais tranqüila e facilitando a comunicação com o profissional durante a assistência.

Conforme consta em BRASIL (2001a), a amamentação deve ser dividida em:

- amamentação exclusiva: quando a criança recebe apenas leite materno;
- amamentação quase exclusiva: quando a criança recebe, além do leite materno, vitaminas, chás, sucos e/ou água;

- amamentação parcial com predominância de leite materno: quando 80% ou mais da alimentação da criança (leite materno mais outros alimentos) são constituídas de leite materno;
- amamentação parcial com ingestão média de leite materno: quando 20 a 80% da dieta da criança são constituídas de leite materno;
- amamentação parcial com baixa ingestão de leite materno: a dieta da criança é predominantemente constituída de outros alimentos. O leite materno contribui com menos de 20%;
- amamentação “residual”: quando o seio é usado primariamente para consolo da criança, e não como fonte de nutrição. Nessa categoria, a criança suga menos de 15 minutos por dia ou menos de 2-3 mamadas curtas num período de 24 horas.

Vários estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países industrializados demonstram que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação das crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO/UNICEF, 1989).

Sob o ponto de vista nutricional, a introdução precoce dos alimentos complementares pode ser desvantajosa, pois estes, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é mantida, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite materno (Bachrach *et al.*, 2003). Uma menor duração da amamentação exclusiva não protege o crescimento da criança tão bem quanto a amamentação exclusiva por 6 meses e não melhora o crescimento da criança (BRASIL, 2001b). Após os 6 meses, a substituição de leite materno pelos alimentos complementares é menos importante.

Além disso, a introdução precoce dos alimentos complementares, diminuindo a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno. Segundo a WHO (1998), a alimentação complementar é definida como aqueles outros alimentos ou líquidos que são oferecidos à criança em adição ao leite materno. Os alimentos complementares podem ser preparados

especialmente para a criança ou podem ser os alimentos consumidos pelos demais membros da família, modificados para atender às habilidades e necessidades da criança. No primeiro caso, são chamados alimentos transicionais; no segundo, não há uma denominação específica.

Rotenberg e Vargas (2004) informam que desde a amamentação e a introdução de alimentos até o processo de alimentação na vida cotidiana da família são práticas sociais, constituídas em um processo de aprendizagem próprios de cada grupo social. Nesse sentido, o processo de amamentação é importante para estabelecer práticas alimentares que se iniciarão nesse momento. Segundo as autoras: “nutrir, amamentar, comer e oferecer comida são práticas sociais” (p. 64).

Para a compreensão do tema, necessário se faz entender o contexto histórico-social e antropológico da substituição da prática da amamentação instintiva pelas amas-de-leite e, conseqüentemente, pela mamadeira.

O aleitamento artificial ganhou aceitação em meados do século XVIII e com ele a responsabilidade de a mulher permanecer ao lado do filho diminuiu. Nesse momento, surgiu a concepção do leite fraco e as mulheres ficaram propensas a desistir da prática da amamentação, pois a mesma demandava tempo e implicações afetivas com outro ser.

No século XIX, a Medicina e o Estado unir-se-iam para que essa mulher retornasse aos melhores sentimentos maternos de afeto e carinho, incentivando o retorno ao seio como resultante da realização de tais sentimentos. A criação do binômio mãe-filho veio direcionar os sentimentos entre esses dois seres, que, anteriormente, segundo Forna (1999), não existiam, pois a criança não era considerada um ser necessário de atenção e de afeto.

Relevantes são as colocações de Klein (1991). Em sua obra, ela esclarece que o vínculo entre bebê e mãe durante o processo de amamentação é extremamente importante na influência da rede dos relacionamentos futuros desse indivíduo. Além disso, a partir do nascimento, o bebê perde sua vida intra-uterina e o seio vem

amenizar essa perda, pois a prática de mamar e sugar o seio é envolvida por gratificações de calor, de carinho e de aconchego. Considera, portanto, o ser humano como ser social, levando-nos ao entendimento de que o lugar em que vive interfere em sua formação e que ele interage com o meio para que haja transformações na realidade da qual faz parte.

Winnicott (2001) relata que a boa mãe é aquela que possui atitude sensível, porém instintiva, durante o processo de desenvolvimento do seu filho, visto a vulnerabilidade do bebê nesse período de sua existência. Na sua obra *Os Bebês e Suas Mães* (2002), o autor ainda enfatiza que a auto-realização da mãe é fundamental para o sucesso da prática de amamentar; portanto, a experiência da amamentação está intimamente ligada às suas próprias experiências.

Para relacionar a importância do profissional enfermeiro como educador, com a finalidade de esclarecer o planejamento educacional participativo como um dos métodos de trabalho desse profissional, utilizamos o estudo de Arango (2001), que nos informa sobre a relevância da educação informal, ou seja, os processos desenvolvidos sem a intenção de produzir a aprendizagem de algum conteúdo considerado valioso. O autor ainda esclarece sobre a importância do movimento participativo, que busca o envolvimento ativo dos indivíduos de uma comunidade.

As ciências da educação e da saúde interferem para que essa mulher, ser social e agente de transformação, possa amamentar com consciência dos seus atos perante esse outro ser diferente e ao mesmo tempo tão dependente dela.

Faz-se necessário, nesse momento, integrar a história da Educação no Brasil com a história da Enfermagem. Sabemos que, na trajetória da Educação brasileira, autores como Gadotti (2000) e Freire (2001) estiveram presentes para identificar a importância do agir transformador do sujeito na sociedade onde ele vive. Segundo Gadotti (2000), a educação popular é baseada no profundo respeito pelo senso comum. Com a participação de toda a comunidade, há a construção de um conhecimento do povo que tende a melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Na Enfermagem, nomes como Florence Nightingale e Ana Néri iniciaram a formação desse profissional, mediante a criação de escolas com embasamento teórico para realização da prática do cuidar. Anteriormente, a doença era um instrumento de provação para o doente e conseqüente salvação das almas para aqueles que assistiam aquele doente. Não existia a prática da promoção de saúde: o cuidado hospitalar realizado por irmãs de caridade tinha como objetivo a assistência espiritual àquele que estava em fase de morte iminente.

Segundo a Carta de Ottawa, saúde é recurso para os processos pessoal, econômico e social, considerados como conceito positivo, que transcendem o setor sanitário e que têm como requisitos para sua garantia a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça e a equidade (Organização Mundial de Saúde – OMS, 1986).

Nesse sentido, abordaremos os passos da construção de um sistema de saúde que vise aos princípios éticos da universalidade, da integralidade, da equidade e que se guiem pelos princípios organizacionais da descentralização, hierarquização e participação popular.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, afirma:

A saúde de todos é dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2003, p. 112).

Para tanto, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, visava ao atendimento a uma determinada comunidade, por uma equipe multiprofissional, com o intuito de serem facilitadores de informações, objetivando a melhoria dos indicadores de saúde daquela comunidade. Efetivamente, há uma integração equipe-comunidade, necessária para intervenções e para a visualização de quais serão os caminhos possíveis para essa mudança.

Ao falarmos sobre a promoção da saúde, citaremos a WHO/UNICEF (1995) e a ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1991) para tratar de assuntos pertinentes ao aleitamento materno como sendo um dos pilares na proteção e promoção da saúde das crianças. Além disso, a introdução precoce de alimentos à dieta da criança, durante o período do aleitamento materno exclusivo, traz prejuízos à saúde da mesma.

Segundo o responsável pela Rede Nacional de Banco de Leite Humano (BLH), João Aprígio Guerra de Almeida (2005), o Brasil é um dos poucos países a ter conseguido, mediante a implantação de ações estratégicas integradas, o feito de fazer frente ao marketing agressivo da indústria de leites para lactentes e a reverter a desastrosa tendência do desmame precoce. A Rede BLH, criada em 1985, através de uma ação conjunta realizada pela FIOCRUZ (Fundação Institucional Oswaldo Cruz) e pelo PNIAM (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno), é composta por 186 unidades operantes e 10 em estágio de implantação. Esse projeto visa a nortear a formulação e o acompanhamento da política estatal, no âmbito de atuação dos BLHs em todo o território nacional.

Em 1973, a ONU, através do Grupo de Conselho sobre Proteínas e Calorias (GAPC), declarou que a oferta de leites industrializados às mães em hospitais, logo depois do parto, era inapropriada. Estava criada, a partir daquele momento, a IBFAN (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar). A IBFAN, então, começou a crescer, enquanto outros grupos foram recrutados ou formados. Por intermédio dessa instituição, foi estabelecido o Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno.

Com a criação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 1979, a OMS e a UNICEF organizaram um encontro internacional sobre a alimentação de bebês e crianças novas. O encontro, que incluía representantes de governos, organizações de saúde, companhias e grupos de companhias, solicitou aos representantes do governo o desenvolvimento de um Código Internacional sobre marketing e, também, ação em outras áreas relevantes para melhorar as práticas de alimentação infantil.

Ocorreu, assim, a criação de vários projetos de relevância internacional, entre eles: Breastfeeding Initiatives Exchange (UNICEF), em 1990; International Society for in Human Milk and Lactation, em 1994; e Movimento Allattamento Materno Italiano (MAMI), em 1997.

A necessidade da interação do binômio educação-saúde nos faz refletir acerca da importância de serem os profissionais da saúde agentes transformadores da realidade, levando-nos à conscientização e ao envolvimento popular. O antropólogo Clifford Geertz (1989) diz que não existem homens não modificados pela cultura de um povo. Ele parte do princípio que, ao conviver com as pessoas e aceitar valores culturais, o homem os assimila e os utiliza em sua própria individualidade.

Para demonstrar essa interação, avaliaremos uma comunidade da região do Alto Paraopeba-MG, com aproximadamente 5.047 habitantes, que está inserida em uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. O PSF foi introduzido na comunidade citada em 2000 e as intervenções de promoção à saúde foram iniciadas com a participação local.

Após o término do curso de graduação em Enfermagem em 1996, pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, iniciei minhas atividades profissionais na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital conceituado em Belo Horizonte, onde já atuava como estagiária havia três anos. Por esse motivo, a especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva foi iniciada em 1998. Durante o curso de especialização, fui convidada a montar a primeira equipe de PSF na cidade de Lamim-MG. Como não seria necessário residir no local, aceitei o desafio. Foi nesse momento que passei a atuar no setor de Saúde Pública. A pequena experiência acadêmica nessa área da assistência, instigou-me a estudar mais e a procurar cursos relacionados com a implantação e funcionalidade do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que minha vivência era hospitalar, enfatizando o atendimento curativo em nível terciário. Não existia a visão e a prática da prevenção e da promoção da saúde. A partir do momento em que fui

conhecendo as necessidades da saúde pública, consegui perceber a importância da educação para a saúde.

Ao completar um ano e meio de implantação dessa equipe, fui convidada para trabalhar em uma cidade mais próxima e de fácil acesso situada na Região do Alto Paraopeba, interior do Estado de Minas Gerais. A equipe, intitulada “Sagrada Família”, iniciou seus trabalhos em março de 2000 e era composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS) específicos para cada microárea. As microáreas eram constituídas de aproximadamente 150 famílias e a cobertura do PSF na região girava em torno de 87%. O Programa Saúde da Família (PSF) buscava uma reestruturação da saúde básica em nível federal e teve apoio da Prefeitura Municipal. O objetivo seria realizar intervenções nos problemas de saúde pública, juntamente com líderes comunitários e a população interessada na melhoria das condições de vida da comunidade, como também a melhoria dos indicadores de saúde, tais como: mortalidade materna, mortalidade infantil, desnutrição e, ainda, melhoria significativa na qualidade de vida dessas pessoas.

As atividades pertinentes ao Programa foram desenvolvidas logo após um diagnóstico da população. Detectamos vários problemas, como: baixos índices de cobertura vacinal, pré-natal inadequado ou inexistente, gravidez na adolescência, inexistência de controle permanente do desenvolvimento das crianças até dois anos de idade, falta de saneamento básico em algumas regiões e baixo controle de prevenção do câncer de colo uterino e de mama.

Em agosto de 2000, iniciamos atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para a população assistida pelo PSF. Essas atividades eram: Grupo da Melhor Idade, Grupo de Puericultura (crianças de 0 a 2 anos de idade), Grupo de Gestantes e Grupo de Adolescentes, de Hipertensos e Diabéticos.

Após três meses de atividades, notou-se um dado interessante, as crianças na faixa etária de 0 a 4 meses apresentavam índices de aleitamento materno exclusivo inferiores a 30%, sendo que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde

(OMS) é o aleitamento materno exclusivo de 0 a 6 meses de idade para todas as crianças. Existia, ainda, o agravante de ser uma comunidade de baixo nível socioeconômico onde predominavam a desnutrição e doenças infecciosas advindas da baixa imunidade.

O problema delimitado na comunidade do Alto Paraopeba-MG diz respeito ao índice de aleitamento materno. Encontramos índices de 23,08% de aleitamento exclusivo, entre crianças de 0 a 4 meses de idade, o que evidenciava a baixa taxa de prática da amamentação, conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O objetivo principal foi relacionar e conscientizar os sujeitos da pesquisa sobre a importância das práticas educacionais e da promoção da saúde, visando a modificar o baixo índice de aleitamento materno na referida comunidade

Os objetivos específicos são:

- * avaliar as mudanças ocorridas na prática do aleitamento materno nos processos histórico, social, econômico e cultural, realizando uma revisão da literatura pertinente ao tema;
- * identificar as modificações ocorridas no índice de aleitamento materno exclusivo, na comunidade da região do Alto Paraopeba-MG, a partir da interface entre práticas educacionais e do indicador de saúde – aleitamento materno exclusivo.

Segundo Freire (2001), “o ser humano modifica seu meio social pelo interesse individual e coletivo” (p. 62). Com essa consciência, a equipe acrescentou saberes aos saberes da comunidade, às suas crenças e aos conceitos formulados pelos mesmos, transformando, assim, a realidade local.

CAPÍTULO 1

A HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA

No Brasil, a Educação só se organizou a partir da instalação do Governo Geral, em 1549, quando os jesuítas – ordem religiosa católica chamada Companhia de Jesus, fundada por Inácio de Loyola, em 1554 – desempenharam a dupla missão catequética e educacional. Após a chegada dos colonizadores, o Padre Leonardo Nunes, em São Vicente, já tinha formado um seminário para os meninos indígenas, onde lhes ensinava “com os mestiços da localidade e alguns órfãos vindos de Portugal a falar português, a ler e escrever, depois o latim aos mais hábeis; e acima de tudo os bons costumes e a doutrina cristã” (Relato do Padre Simão de Vasconcelos *apud* Almeida, 1989, p. 27, *in* BRASIL, 2003).

Conforme esse autor, ao recrutarem os indígenas, os jesuítas não levavam em consideração a vivência ou a cultura desse povo. O objetivo principal era educá-los no meio dos portugueses, ensinando-lhes as coisas da fé.

Em primeiro lugar, houve uma generalização, como se os índios formassem um coletivo idêntico, com a mesma maneira de agir e pensar. Em carta escrita, em 1554, o Padre Nóbrega (*apud* Neves, 1978) registra: “Já sabem muitas orações e as ensinam uns aos outros, de maneira que, dos que achamos mais seguros, batizamos já cem pessoas pouco mais ou menos, e começamos na festa do Espírito Santo, que é tempo ordenado pela igreja” (p. 53, *in* BRASIL, 2003).

Em um segundo momento, surgiu a distinção que rompeu com a unificação. Passaram a existir o índio que é índio e o índio que é converso; e também o índio que tem resistência ao invasor e o índio que adere aos portugueses. Houve, então, o reconhecimento das diferenças e das semelhanças, sobretudo na maneira como educar esse povo. Nota-se, portanto, a continuação do exercício de poder sobre os índios que, apesar de primitivos, conseguiam aprender o que lhes era ensinado.

A prática social educativa dos nativos era a junção dos mais velhos (guardiões da tradição oral dos usos e costumes da tribo) com os mais jovens (nova força de trabalho na caça, na pesca e no rudimentar plantio).

Começou, naquele momento, a institucionalização dos cuidados de saúde:

Os índios, primeiros habitantes deste território, mantinham uma organização social semelhante àquela dos povos primitivos e antigos. As práticas que mantinham em relação ao cuidado com a saúde também eram instintivas e mágicas. O pajé era o responsável por essa prática, enquanto às mulheres competia o cuidado doméstico.

Com a chegada dos jesuítas ao Brasil e a fundação das Santas Casas, o cuidado se institucionaliza, passando a ser responsabilidade dos religiosos. Nesse momento, o papel de cuidador de saúde era desenvolvido pelos jesuítas. Esses religiosos eram ajudados por voluntários selecionados para esse fim (Santos *et al.*, 2003, p. 41, *in* BRASIL, 2003).

A partir da segunda metade do século XVI, reforçou-se a independência do pensamento humano em relação à fé religiosa, estimulando a investigação científica. O movimento humanista foi buscar a transformação libertadora de uma situação que não mais servia aos homens daquele tempo, ou seja, foi em busca da superação da prática, do pensamento e da mentalidade medieval.

A busca dessas transformações foi feita nas obras da intelectualidade grega e romana, que mostrava indícios de criação de novos paradigmas, novos modelos de interpretação e de reconstrução do mundo. A influência do humanismo traduziu-se em uma mudança de mentalidade, em uma crise de transformação. Nesse clima de mudanças de concepções e valores, concretizou-se a Reforma Religiosa, no século XVI.

A importância do movimento reformador foi muito grande, seja do lado da Reforma (movimento iniciado na Alemanha, com a liderança de Lutero e caracterizado pela ruptura com a Igreja Romana), seja por parte da chamada Contra-Reforma ou Reforma Católica (movimento interno da própria Igreja Romana, que tinha por objetivo a educação dos fiéis, mas, sobretudo, dos membros do clero e da elite leiga).

A partir de 1808, a situação geral do Brasil e, portanto, a situação educacional sofreu significativa mudança com a instalação da Corte portuguesa:

Com a vinda da Família Real portuguesa para o Brasil, fugindo da invasão napoleônica, a preocupação educacional da monarquia portuguesa restringiu-se à formação das elites governantes e dos quadros militares. A principal medida tomada pelo governo, nessa época, foi a criação do curso de Cirurgia e Anatomia (1808), da Academia Real Marinha (1808), da Biblioteca Pública (1810), de cursos técnicos e de ensino de artes com a contratação de artistas franceses (Gadotti, 2000, p. 26).

Assim, o processo de nacionalidade ganhou impulso, as estruturas do governo desenvolveram-se e os atos de governo, diretamente voltados para o atendimento aos interesses da Corte, beneficiaram os colonizadores.

A verdade é que a abertura dos portos brasileiros marcou o fim do regime colonial, cuja oficialização só ocorreu em 1815, quando o Brasil foi elevado à categoria de reino.

É interessante notar, entre as preocupações educacionais, a especificidade de uma educação sistematizada para o exercício de determinadas atividades na sociedade, inscrevendo-se aí os primeiros passos para a organização do ensino superior na área de saúde; a introdução gradativa do ensino das ciências na educação secundária, como importante requisito de formação geral; o início da explicação do dever do poder público em promover a educação dos povos, embora sem uma formação clara da educação com o direito; e a gradual determinação das condições de competência técnica e moral para o exercício da atividade docente.

Tanto a Constituição outorgada em 1824 quanto a Lei sobre o ensino elementar de 15 de outubro de 1827 proclamaram o valor da instrução primária gratuita a todos os cidadãos como uma das garantias da inviolabilidade dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros. Porém, segundo Gadotti (2000), o ensino fundamental permaneceu em completo abandono, de tal forma que, ao final do Império, o país tinha cerca de 14 milhões de habitantes, dos quais 85% eram analfabetos.

A Educação, no período imperial, foi debatida, portanto, entre a ausência de vontade política de prover uma educação para todos e a presença de ações de fortalecimento de educação formadora da elite.

Fernando de Azevedo (1958), o mais eminente dos introdutores das Ciências Sociais no Brasil e um dos responsáveis pela reforma educacional no Distrito Federal, afirma:

Nessa sociedade, de economia baseada no latifúndio e na escravidão, e à qual, por isso, não interessava a educação popular, era para os ginásios e as escolas superiores, que afluíam os rapazes do tempo com possibilidades de fazer os estudos. As atividades públicas, administrativas e políticas, postas em grande realce pela vida da corte e pelo regime parlamentar, e os títulos concedidos pelo Imperador contribuía ainda mais para valorizar o letrado, o bacharel e o doutor, constituindo, com as profissões liberais, o principal consumidor das elites intelectuais forjadas nas escolas superiores do país. Esse contraste entre a quase ausência de educação popular e o desenvolvimento de formação de elites tinha de forçosamente estabelecer, como estabeleceu, uma enorme desigualdade entre a cultura da classe dirigida, de nível extremamente baixo, e a classe dirigente, elevando sobre uma grande massa de analfabetos, – a nebulosa humana despreendida do colonato –, uma pequena elite em que figuravam homens de cultura requisitada e que, segundo ainda, em 1890, observava Max Leclerc, não destoaria entre as elites das mais cultas sociedades européias (p. 81-82).

A Proclamação da República ocorreu em um momento de grande desgaste político do Governo Parlamentar, no Regime Monárquico Constitucional. Ao cair o Poder Executivo, representado pelo Governo formado pelo Visconde de Ouro Preto, caiu com ele o Regime Monárquico e foi proclamada a República. A Educação não foi mencionada durante as mudanças do Regime Monárquico para o Republicano.

Aranha (2000) afirma que: “na Constituição de 1891, é instaurado o governo representativo, federal e presidencial. O federalismo dá autonomia aos estados, com o crescimento desigual que favorece São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais” (p. 194). A Constituição fez referência ao ensino público, que manteve a instrução primária sob a responsabilidade exclusiva dos Estados, atribuindo-lhes também a organização geral do ensino em suas órbitas, bem como reservando à União a possibilidade de criar estabelecimentos de ensino secundário e superior nesses lugares:

Nos primeiros 20 anos deste século, inspirados nos ideais liberais, na crença do poder da educação, considerando a ignorância do povo como causa de todas as crises do País, os sucessivos governos criaram numerosas Escolas Normais de formação de professoras primárias. Nesse período, surgiu o movimento cívico-patriótico, associado ao nome de Olavo Bilac, que postulava o combate ao analfabetismo (Gadotti, 2000, p. 26).

O positivismo de Augusto Comte (1798-1857), entendido como uma entre as várias manifestações do pensamento sobre o desenvolvimento científico, representou, na primeira metade do século XIX, um esforço de superação do conflito entre humanismo e progresso científico.

É evidente a influência positivista na reforma republicana de 1891, reforçando, assim, o viés elitista, enquanto a educação fundamental continuou sem receber qualquer atenção. Há um sistema dual de ensino: de um lado, a influência do positivismo e, de outro, os ideais humanistas.

Na visão de Moacir Gadotti (2000):

A expressão do positivismo no Brasil inspirou a Velha República e o golpe militar de 1964. Segundo essa ideologia da ordem, o país não seria mais governado pelas paixões políticas, mas pela racionalidade dos cientistas desinteressados e eficientes: os tecnocratas. A tecnocracia instaurada a partir de 1964 nos oferece um exemplo prático do ideal social positivista, preocupado apenas com a manutenção dos fatos sociais, entre eles a existência concreta das classes. Essa doutrina serviu muito às elites brasileiras quando sentiram seus privilégios ameaçados pela organização crescente da classe trabalhadora. Daí terem recorrido aos dirigentes militares, que são as elites “ordeiras” vislumbradas por Comte (p. 110).

No período republicano, muitas foram as discussões e constantes as proclamações de valores e intenções educacionais que não se tornaram realidade.

Entretanto, um processo significativo de industrialização foi ocorrendo, e a sociedade começou a contar com a influência de novas forças e movimentos sociais. Cresceram as aspirações que logo se tornaram exigências por uma melhor educação. A classe operária exigiu o mínimo de escolarização, pois o índice de analfabetismo atingiu os 80%, começando o movimento por expansão da oferta de ensino.

Alguns dos movimentos sociais dividiram-se; enquanto uns cobravam do governo uma educação oficial e pública para todos (socialistas e comunistas) e disputavam recursos públicos para suas iniciativas educacionais, os anarquistas partiram para a ação direta, criando as Escolas Modernas ou Racionalistas.

Nesse contexto, foi criada, em 1924, a ABE (Associação Brasileira de Educação), que reuniu nomes como Fernando de Azevedo e Paschoal Lemme. Essa entidade impulsionou o movimento renovador da educação, que culminou, em 1932, com o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova. Com esse pensamento liberal democrático, defendendo a escola pública e igualitária para todos, o objetivo principal dos educadores foi a construção de uma sociedade sem privilégios, em que a educação chegasse a todas as classes sociais sem distinção. Nesse momento, foi notável a contribuição do filósofo Anísio Teixeira (1900-1971) e do sociólogo Fernando de Azevedo (1897-1970), que participaram dos movimentos de reforma do ensino.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação. O primeiro Ministro da Educação, Francisco Campos, formulou o Estatuto das Universidades Brasileiras, sendo criada, naquela época, a Universidade de São Paulo (1934).

O Ministério da Educação e Cultura, além de centralizar as políticas do ensino secundário, profissional e superior, viveu o momento da longa e conflituosa gestação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB).

Após 15 anos de tramitação, em 20 de dezembro de 1961, foi aprovada a nossa primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, como comenta Anísio Teixeira (1969):

Não se pode dizer que esta Lei de Diretrizes e Bases seja uma lei à altura das circunstâncias em que se acha o país em sua evolução para constituir-se a grande nação moderna que todos esperamos. Se isto não é, não deixa, por outro lado, de ser um retrato das perplexidades e contradições em que nos lança este próprio desenvolvimento do Brasil. Afinal, é na escola que se trava a última batalha contra as resistências de um país à mudança (p. 226).

Movimentos de educação popular surgiram; por exemplo, as campanhas mais ou menos frustradas de alfabetização de massa e as ações mais duradouras de educação de base para trabalhadores urbanos e rurais.

Conforme Gadotti (2000), o “governo criou, em 1967, o MOBRAL (Movimento Brasileiro de Alfabetização), que começou a funcionar em 1970, para acabar com o analfabetismo em dez anos” (p. 27). O objetivo desse projeto seria encontrar sua base na cultura do sujeito que se educa, estimulando-o a assumir a consciência de sua realidade, na construção de uma vontade de um agir transformador.

Nesse momento, ganhou visibilidade nacional o educador Paulo Freire, que se exilou depois do golpe militar de 1964, passando a viver no Chile por 14 anos. Segundo Aranha (2000), “no projeto MOBRAL, o método Paulo Freire é aplicado de maneira deformada, apenas com fichas de leitura, sem processo de conscientização” (p. 207).

A LDB possibilitou, no campo da enfermagem, a criação de muitos cursos de nível técnico; porém, o Golpe de 64 inibiu as ações dos movimentos sociais de educação popular, sob a alegação de ameaça de subversão.

Privilegiou-se uma mentalidade tecnicista, sendo promovidas as reformas do ensino: em 1968, para o ensino superior e, em 1971, para os ensinos de 1º e 2º graus.

O acelerado desenvolvimento científico e tecnológico, que repercutiu em todos os campos da atividade humana, desafiou os processos de formação profissional em geral. No setor da saúde, uma elevação de custos, correspondendo à sofisticação e ampliação de possibilidades terapêuticas, teve, como contrapartida, a diminuição do acesso da população aos serviços.

Registrou-se uma crise que levou a novas propostas para a reorientação dos serviços de saúde. Internacionalmente, ocorreram eventos significativos: a Quarta Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (1977) e a Conferência

Internacional de Alma-Ata (1978), que elaborou um documento sobre cuidados básicos de saúde.

1.1 As Políticas e a Promoção da Saúde no Brasil: uma visão histórica

As políticas de saúde no Brasil caracterizam-se pelo seu vínculo estreito com as políticas de Previdência Social, sobretudo no que diz respeito à sua forma de financiamento. No entanto, a organização dos serviços de saúde no país apresenta um processo de privatização dos serviços de assistência médica extremamente precoce, com as conseqüências que disso derivam, e que teve início com o credenciamento dos serviços médicos privados pela previdência social na década de 20.

A partir da constituição de 1988, a história da Previdência Social no país se configura em um sistema de proteção social excludente, centralizado, oneroso e injusto. Mesmo porque a política de saúde, sobretudo das últimas duas décadas, constitui um sistema público de saúde sucitado com baixo nível de resolutividade. Para reverter essa situação, é necessário um investimento do Estado – nos níveis federal, estadual e municipal – no setor e uma reversão das prioridades. Mais do que isso, a ampliação do acesso dos direitos sociais ocorreu nesta Constituição, avaliada como generosa, sem vinculá-la às respectivas fontes de financiamento.

Nesse momento, a proteção social, até então praticamente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário, foi estendida à população em geral, embora com alguma variação quanto ao conjunto de benefícios a serem cobertos, bem como se viu afirmada a universalização dos serviços de saúde e de assistência social.

No início da década de 30, as referências educacionais no campo da enfermagem avançaram. A partir de cursos realizados nos Estados Unidos, alguns médicos sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde Pública conheceram o modelo de assistência à saúde por meio de visitas domiciliares de enfermeiras visitadoras distribuídas em distritos de saúde, as quais se tornaram responsáveis pelos seus moradores:

Carlos Chagas trouxe, então, Ethel Parsons e um grupo de enfermeiras norte-americanas para realizar um estudo da situação brasileira. Sua missão teve o financiamento do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller. A recomendação desse estudo foi a criação de um serviço de enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública e de uma escola de enfermeiras a ele ligada. Em 1923, é criada a Escola Ana Nery (Geovanini *et al.*, 2002, p. 74).

Com a criação do Departamento de Saúde Pública, por Carlos Chagas, foram dados novos rumos às atividades da Saúde Pública, direcionadas à higiene preventiva. Com Oswaldo Cruz no Departamento Nacional de Saúde Pública, o curso de Higiene e Saúde Pública foi instituído na Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A Escola de Enfermeiras Ana Néri, reconhecida como escola padrão, tornou-se critério de reconhecimento das demais, que começaram a surgir em atendimento ao crescimento da demanda por profissionais enfermeiros nos vários Estados brasileiros. As enfermeiras, formadas pela Escola Ana Néri, passaram a chefiar os serviços ou a dedicar-se ao ensino. Surgiram várias iniciativas para a preparação de pessoal auxiliar: as visitadoras sanitárias. O primeiro curso para auxiliar de enfermagem foi criado em 1936, na Escola de Enfermagem Carlos Chagas (atual Escola de Enfermagem da UFMG), em Belo Horizonte.

De certa forma, cresceu a consciência da população quanto às responsabilidades da esfera pública nas áreas da Saúde e da Educação. Um desenvolvimento que acompanhou em ambos os campos a demanda por crescente profissionalização e formalização da preparação dos professores e dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

O Ministério da Educação e da Saúde, criado em 1941, se dividiu em dois, em 1953, devendo-se anotar que o Ministério da Saúde, no primeiro momento, pareceu simples elevação de *status* do Departamento Nacional de Saúde Pública, que inspirou a sua estrutura.

Em 1950, o sistema de saúde foi baseado no controle de grandes epidemias, sendo que a fiscalização realizada foi vista como proteção da elite, e não como um meio de estabelecer e legitimar a saúde para todos. Nesse momento, houve a formação dos grupos marginalizados socialmente e a construção de periferias, onde não se encontravam condições mínimas e básicas de higiene.

Nos anos 70, a atenção do sistema de saúde voltou-se para a prática da atenção primária, surgindo, a partir de então, os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária:

Em 1986, uma Conferência em Ottawa, no Canadá, lançou o movimento das cidades saudáveis, que pretendia abarcar a dimensão global, integralizante da saúde não apenas como ausência de doença, mas como componente da qualidade de vida, como possibilidade de acesso não só aos serviços de saúde, quando necessários, mas também à promoção da saúde, no sentido de promover condições de vida, habitação, saneamento básico e educação. Esse conceito está ligado à concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que está ligado ao bem-estar (Cordeiro, 2004, p. 64).

Uma nova orientação para a política pública de saúde no Brasil começou a surgir com a Nova República. O processo de descentralização surgiu fortemente influenciado pelo movimento de redemocratização do país. Coube ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas para proteção da saúde pública e da assistência médica do trabalhador afiliado ao regime previdenciário, que, no entanto, não garantia ao cidadão o direito à saúde.

Essa crise do Estado brasileiro criou as condições para novos projetos que iriam impulsionar mudanças no setor da saúde, que teve a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) como marco de uma nova etapa. Dessa Conferência, resultaram um consenso crítico a respeito do sistema de saúde e “uma agenda de mudanças, que ficou conhecida como a Agenda Sanitária” (Carvalho, 1998, p. 16), resumida pelo autor nos seguintes pontos básicos: as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e seu atendimento é um dever do Estado; a assistência médico-integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo

parâmetros técnicos, e sua gestão descentralizada; o sistema deve ser custeado por recursos governamentais originários da União; e serão consagradas a descentralização político-administrativa e a participação popular.

Conforme Mendes (1999), a saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado e como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1988, foi criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde, que é regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de seus recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (Carvalho e Santos, 2002).

O SUS é norteado pelos princípios éticos da universalidade, da integralidade da assistência e da equidade. A universalidade diz respeito ao acesso aos serviços de saúde que, anteriormente, só estavam garantidos às pessoas que contribuíam para o sistema de previdência e assistência social; as demais não tinham acesso aos serviços públicos. A integralidade da assistência estabelece o atendimento integral à saúde de forma igualitária, tendo acesso às ações e aos serviços de saúde preventivos como os assistenciais. E a equidade estabelece tratamento igual para todos.

Conforme Carvalho (1998), “a transformação do sistema de saúde não se viabilizaria apenas com intenções emanadas da conferência ou mesmo expressas na Constituição” (p. 24). Por isso, passou a ser necessário superar a fragmentação institucional com os princípios organizacionais da descentralização, hierarquização e participação social.

No entanto, o modelo assistencial predominante no Brasil se caracteriza, nos últimos anos, pela prática médica quase que exclusivamente biológica, individualista e hospitalar, apresentando uma cobertura de alto custo financeiro para a população. Tiveram início, na década de 90, movimentos tanto do setor público como privado ligados à universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e integralidade da assistência, entendida como ações de promoção, preventivas e curativas de saúde, seja no campo individual ou coletivo. Com essas exigências,

acelera-se a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas e criam-se incentivos às mudanças na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes (como o Programa de Agente Comunitário de Saúde) e as práticas fundadas numa nova lógica assistencial (como o Programa de Saúde da Família) (p. 35).

No dizer desse autor, a atenção à saúde compreende todo o conjunto de ações desenvolvidas pelo SUS, e as ações de atenção à saúde passam pela promoção, proteção e recuperação da saúde, devendo priorizar o caráter preventivo.

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi criado em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. A proposta do PSF é de inversão do modelo assistencial e a consolidação do SUS. As bases do programa destacam-se, ao contrário do tradicional, centradas na doença e no hospital. O PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família.

Importante ressaltar a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde que foi realizada em Ottawa, em 21 de novembro de 1986, sendo, antes de tudo, uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de Saúde Pública no mundo.

A seguir, citamos alguns dos tópicos da Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde (1986):

- a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma.
- Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente.
- A saúde, então, não vem como um objetivo, mas como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas. Portanto, dado que o conceito de saúde como o de bem-estar transcendem a idéia de formas de vida sadias, a promoção da saúde não concerne, exclusivamente, ao setor sanitário.
- As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade. Qualquer melhora da saúde há de ter como base, necessariamente, esses pré-requisitos.
- A promoção da saúde consiste em alcançar a equidade sanitária. Sua ação tem o objetivo de assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam à toda a população desenvolver ao máximo sua saúde potencial. Isso implica uma base sólida em um meio que a apóie, acesso à informação e possuir as aptidões e oportunidades que a levem a fazer suas opções em termos de saúde. As pessoas não poderão alcançar sua plena saúde potencial, a menos que sejam capazes de assumir o controle de tudo, o que determina seu estado de saúde. Isso se aplica igualmente a homens e mulheres.
- O setor sanitário não pode, por si mesmo, proporcionar as condições prévias nem assegurar as perspectivas favoráveis para a saúde, além do que a promoção da saúde exige a ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação. As pessoas de todos os meios sociais estão implicadas tanto com os indivíduos quanto com as famílias e comunidades. Aos grupos sociais e profissionais e ao pessoal do grupo sanitário corresponde, especialmente,

assumir a responsabilidade de atuar como mediadores entre os interesses antagônicos e a favor da saúde.

- As estratégias e programas de promoção da saúde devem adaptar-se às necessidades locais e às possibilidades específicas de cada país e região e ter em conta os diversos sistemas sociais, culturais e econômicos.
- A promoção da saúde começa na participação efetiva e concreta da comunidade na eleição de prioridades, na tomada de decisões e na elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar melhor nível de saúde. A força motriz desse processo provém do real poder das comunidades, da posse e controle que tenham sobre seus próprios esforços e destinos.
- O desenvolvimento da comunidade baseia-se nos recursos humanos e materiais com que conta a própria comunidade para estimular a independência e o apoio social, assim como para desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação pública e o controle das questões sanitárias. Isso requer um total e constante acesso à informação e à instrução sanitária, assim como à ajuda financeira.

Conforme Mendes (1999) e Buss *et al.* (1998), pensar em Promoção de Saúde implica pensar em interdisciplinaridade e intersetorialidade:¹

A interdisciplinaridade deverá ser desenvolvida a partir da verdadeira cooperação entre os saberes e isso só será possível se as pessoas que detêm diferentes conhecimentos trabalharem integradas. As ciências da educação são “parceiras históricas” da saúde, materializadas amplamente na Educação em Saúde (BRASIL, 2003, p. 17).

Para que haja envolvimento e apreensão do conceito da promoção da saúde, necessário se faz articular a dimensão social e integrar os saberes técnicos com os saberes populares, buscando incorporá-los à realidade de uma determinada comunidade, caminhando para a interlocução saúde-interseccionalidade e interdisciplinaridade. Nesse sentido, os problemas, oriundos da realidade vivenciada,

¹ Interseccionalidade: processo em que os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos sobre os objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (BUSS *et al.*, 1998, p. 36).

auxiliam na compreensão de atos que serão transformadores da realidade e que, conseqüentemente, se transformarão em condições concretas para a promoção da saúde.

1.2 A Filosofia da Educação e o Planejamento Educacional Participativo

Não resta a menor dúvida de que uma das primeiras e mais importantes tarefas da Filosofia da Educação é a análise e a conceituação do que é Educação. Segundo Anísio Teixeira (1996), questiona-se muito sobre a Educação: “Educação é direito de todos”, “Educação é investimento” e “a Educação é o caminho do desenvolvimento”, entre outros. É a Educação transmissão de conhecimentos? É a Educação preparação para a cidadania democrática responsável? É a Educação o desenvolvimento das potencialidades do indivíduo? É a Educação adestramento para o exercício de uma profissão? As várias respostas, em sua maioria conflitantes, dadas a essas perguntas, são indicativas da adoção de conceitos de Educação diferentes. Esse fato, por si só, já aponta para a necessidade de uma reflexão sistemática e profunda sobre o que seja a Educação, isto é, sobre o conceito de educação.

Filosofia, segundo Rios (2001), caracteriza-se por:

uma reflexão que busca compreender o sentido da realidade do homem em sua relação com a natureza e com os outros, do trabalho do homem e seus produtos: a cultura e a história... Não é pelo objeto que a filosofia se define. Ela tem sempre como objeto os problemas que a realidade apresenta, sejam quais forem seus problemas e o lugar em que se situam (p. 18).

Assim, a Filosofia torna-se parte da transformação deste mundo, pois ela faz o homem questionar e tentar encontrar respostas para suas dúvidas. À medida que o homem interroga o mundo à sua volta, busca compreendê-lo.

Ainda afirma que “o homem é um ser simbólico e que sua relação com o mundo é sempre revestida de uma significação” (p. 20). A verdade é que a linguagem, os

mitos, a religião e outras manifestações são revestidas de conteúdo simbólico para que o ser humano consiga compreender o mundo no qual vive e transforma. O ser humano, portanto, transforma-se em ser social.

Importante também ressaltar a importância da Ética na construção desse ser humano e, conseqüentemente, na construção da sociedade na qual está inserido. Reportando à mesma autora:

o domínio do *ethos* é o da moralidade, do estabelecimento de deveres, a partir da reiteração das ações e da significação a elas atribuída e a moral é um conjunto de normas e regras destinadas a regularizar as relações dos indivíduos numa comunidade social (p. 22).

O papel social que esse ser humano desempenha representa, portanto, sua relação do *ethos* com os outros indivíduos daquela mesma comunidade. Ou seja, existem indicativos de comportamentos bons ou maus (moral) que são norteados a partir de valores (ética).

Como a Educação certamente parece ser algo que transcende os limites da escola, devemos levar em conta o que diz respeito à transmissão de valores. Conforme Rios (2001), significa observar o “fenômeno educativo do ponto de vista da totalidade, procurando vê-lo em todos os seus componentes – econômico, político e ético” (p. 26).

A Filosofia da Educação tem como principal tarefa examinar os princípios básicos, os objetivos e os valores que prevalecem em nossa cultura e que norteiam a Educação em nosso país. A reflexão crítica da realidade social, econômica e cultural que envolve o processo educacional e a necessidade da proposta de novos princípios, objetivos e valores para a nossa cultura e para a nossa educação é que competem ao educador atual. Portanto, a Educação deve recorrer não só à Filosofia da Educação, mas também à Sociologia da Educação, à Psicologia da Educação, à Economia da Educação, à Medicina Preventiva e Social, ou seja, a áreas que, de alguma forma, poderão acrescentar saberes a esse ser social, para que o mesmo modifique sua realidade, se necessário for.

Segundo Arango (2001), poderemos encontrar dois tipos de educação (formal e informal), cuja importância é de imprescindível valor. A educação formal seria aquela que se realiza através de atividades de ensino e que se caracteriza, portanto, por ser intencional, ou melhor ainda, por ter a intenção de produzir a aprendizagem de conteúdos considerados valiosos. Educação informal, por outro lado, seria aquela que se realiza não-intencionalmente (ou, pelo menos, sem a intenção de educar), quando, em decorrência de atividades ou processos desenvolvidos sem a intenção de produzir a aprendizagem de algum conteúdo considerado valioso, as pessoas vêm a aprender e compreender certos conteúdos considerados valiosos – às vezes considerados de altíssimo valor. Essas atividades e esses processos podem ocorrer fora da escola, em outras instituições ou de maneira inteiramente não institucionalizada, como também podem ocorrer dentro da própria escola.

O movimento participativo busca o envolvimento ativo dos indivíduos de uma comunidade. Participar é fazer política e esta depende das relações de poder percebidas. Participar é uma prática social na qual os interlocutores detêm conhecimentos que, apesar de diferentes, devem ser integrados. Que o conhecimento não pertence somente a quem passou pelo processo de educação formal, sendo ele inerente a todo ser humano. Que, se uma pessoa é capaz de pensar a sua experiência, ela também é capaz de pensar e produzir conhecimento. Que participar é repensar o seu saber em confronto com outros saberes. Participar é fazer “com” e não “para” (Arango, 2001, p. 4).

Para interagir Filosofia da Educação e educação informal, necessário se faz o entendimento do que seja planejamento participativo. Evidencia-se, portanto, a participação do homem como ser social capaz de modificações em sua realidade.

Envolver é a palavra chave do planejamento participativo. Nesse envolvimento está constituído não somente o processo educacional, como também o processo político que o ser humano tem como potencialidade para educar-se.

Segundo Paulo Freire (2001):

quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias (p. 30).

O homem não é um ser passivo, possui experiências, desejos, valores, realidades, às vezes diferentes daqueles do educador. Este, por sua vez, não é sabedor de todo o conhecimento. Conforme Arango (2001), as reflexões e atitudes do educador, que se propõe a um trabalho participativo, são as de seu compromisso, como ser humano e como profissional. Nesse caso, é importante saber lidar com a incompletude de outros seres humanos e sua própria incompletude, ou seja, todos nós precisamos nos relacionar com os outros para que assimilamos o conhecimento que nos falta. A incompletude de nosso saber, ao contrário de nos isolar, deverá ser um desafio. O desafio do desejo do saber.

É evidente que transformar a realidade com o trabalho participativo não é tarefa simples. Desse modo, a função do planejamento é contínua, pois visa a possibilitar uma postura ativa dos membros da comunidade. O diálogo constante com os indivíduos envolvidos na situação visa a que o planejamento e as ações sejam responsivos com a realidade. Para Kurcgant (2005):

O planejamento tem se tornado um tema cada vez mais importante na vida do homem contemporâneo, em três situações: como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, tendo em vista que nessas ocorrem diferentes processos de trabalho que precisam ser articulados; como impulsionador de práticas sociais transformadoras, vislumbrando a determinação de novas relações sociais alternativas à lógica reguladora do mercado; e como método de ação governamental (p. 40).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), no campo das políticas públicas, surge a partir da rejeição da idéia de uma só racionalidade – a econômica – para a solução de questões políticas e sociais e também do reconhecimento da pluralidade de atores sociais em conflito numa realidade complexa e dinâmica.

Essa metodologia, que tem como precursores Carlos Matus e Mário Testa, parte do princípio de que o planejamento é a ferramenta que o homem tem para viabilizar a possibilidade de exercer governabilidade diante do próprio futuro.

Testa (1995) e Matus (1996) afirmam que, para a promoção de mudanças e conseqüentemente para que o processo decisório ocorra, é necessário aos diferentes atores, envolvidos em uma situação, acumular poder, pois sem ele são ínfimas ou inexistentes as possibilidades de promover mudanças.

No planejamento participativo, deparamo-nos com o momento do diagnóstico, que não surge com dados disponíveis já preexistentes. O diagnóstico é realizado com a sensibilidade de apreender a realidade das pessoas, com as quais estamos convivendo. Não é indesejável que os dados do planejamento participativo sejam apresentados de forma objetiva; porém, o que é inadmissível é ater-se somente ao rigor da objetividade que se coloca como um filtro, que esconde ou descarta todo o valor do subjetivo que, por requerer maior refinamento de percepção e análise, acaba sendo desprezado.

1.3 O Enfermeiro como Educador e a transformação dos contextos sociais

Na Antiguidade, a sociedade era dividida entre senhores e escravos, e o trabalho social estava dividido em intelectual, realizado pelos senhores, e manual, realizado pelos escravos. O cuidado do doente era exercido no lar, executado pelos familiares que prestavam auxílio e conforto. Esse cuidado associava-se à mulher, devido à sua experiência em cuidados com a parturiente e as crianças, estando também associado às atividades domésticas, como preparo de alimentos e cuidados com a casa.

A Idade Média foi marcada pelas concepções religiosas e cristãs. O exército cristão da caridade prescrevia de maneira geral a assistência ao doente, ao desvalido e ao próximo carente. A doença era um instrumento de provação para o doente e de conseqüente salvação para as almas que assistiam aquele doente.

A função dos primeiros hospitais não era de cuidar, mas, sim, de assistir espiritualmente aquele que estava em fase de morte iminente. A tarefa dessa assistência era facultada às diaconisas, através de uma congregação de mulheres que trabalhavam para a Igreja com o objetivo de ajudar os enfermos. No século XVI,

durante a reforma protestante, ocorreu a dissolução das ordens religiosas na Inglaterra, determinando, assim, o colapso do sistema monástico de filantropia e, conseqüentemente, dos hospitais. As religiosas foram retiradas dos seus postos e a sociedade e o poder público não estavam preparados para assumir os doentes. A responsabilidade do serviço de assistência foi, então, transferida para pessoas leigas e analfabetas.

As profundas mudanças, oriundas da Revolução Industrial e do capitalismo, geraram uma nova concepção do objeto da saúde. O desenvolvimento da indústria requer cidadãos saudáveis para o processo produtivo, assim como os exercícios renascentistas necessitavam de homens saudáveis para as guerras de unificação nacional. O capitalismo necessitava de produtividade social do trabalho e especialização da mão-de-obra, com o intuito de adequação e reformulação para fornecimento de força braçal.

O ser humano passa, então, a ser visualizado por partes. A ciência inicia seu caminho para a especialização, havendo uma perda da visão totalitária do sujeito para uma visão fragmentada que a ciência faz do mesmo.

A saúde incorpora as exigências da nova ordem social. A enfermagem, então, necessita de disciplina, hierarquia e organização para o seu funcionamento.

A partir de 1860, surge, na Inglaterra, a enfermagem moderna sob a liderança de Florence Nightingale. A enfermagem estava dividida em duas categorias: as “ladies-nurses”, provenientes das classes altas, que custeavam seus estudos e tinham a tarefa de supervisão, ensino e difusão dos princípios “nightingalianos” de enfermagem; e as “nurses”, de nível socioeconômico baixo e que recebiam ensino gratuito.

Florence Nightingale pertencia a uma família tradicional da aristocracia inglesa, com formação religiosa, política, filosófica e conhecimentos gerais. Formada no Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, estabelecimento germânico, dirigiu um pequeno

hospital, mas foi na guerra da Criméia que pôde desenvolver e habilitar-se na arte da enfermagem.

Para Florence (*apud* Almeida e Rocha, 1996),

a enfermagem é uma arte e, para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso como a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo do espírito de Deus? É uma das artes e, eu quase diria, a mais bela das Belas-Artes (p. 48).

Dessa forma, foi evidenciada a enfermagem mais como uma vocação do que uma profissão, sendo o cuidar seu objeto de trabalho.

No Brasil, a Monarquia e os governos do Império não investiram recursos no campo das profissões da área de saúde, excluindo os cursos de Medicina e de Cirurgia. Cabe apenas mencionar que existiam os cursos de parteira, vinculados à Faculdade de Medicina. Segundo Geovanini (2002), esses cursos poderiam ser identificados como o início do movimento de organização da enfermagem brasileira. Os mesmos autores consideram o Hospital de Alienados, que passou ao controle do Governo Republicano em 1890, denominando-se a partir de então Hospital Nacional de Alienados, onde estava inserida a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), o primeiro espaço institucional em que podiam ser identificados trabalhadores desenvolvendo atividades em prol do cuidar de enfermagem.

Com a criação da Escola de Enfermagem Ana Néri, Geovanini (2002) ressalta que “houve um redimensionamento do modelo da Enfermagem profissional no Brasil” (p. 27). Ao selecionar para seus quadros moças das camadas sociais mais elevadas, houve um atendimento a projetos, estabelecidos pela esfera dominante, da divisão social do trabalho. Nesse momento, as novas enfermeiras eram preparadas para executarem tarefas com maior complexidade intelectual.

Com a redução de mão-de-obra, criou-se em 2 de abril de 1941, a antiga Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, que passou a ser denominada “Escola de Enfermagem Alfredo Pinto” (atual Escola de Enfermagem da UNIRIO) segundo o

modelo de Paris, com as seguintes características: formação de dois anos de duração para pessoas de ambos os sexos, que iriam trabalhar nos hospitais civis e militares; exigência de conhecimento de aritmética elementar por parte do aluno, além de ter de saber ler e escrever; ensino ministrado pelos internos inspetores; e fiscalização feita pelo médico, sob a superintendência do diretor geral.

A Cruz Vermelha, em 1914, criou um curso para voluntárias, preparando senhoras da sociedade para servir ao país em tempos de guerra e de paz. Funcionava sob supervisão médica e era de curta duração. Dois anos mais tarde, em 1916, foi criada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, filial do Rio de Janeiro. Sua finalidade era formar socorristas voluntários para situações de emergência. Após a formação da primeira turma, a partir de 1917, o curso passou a ter dois anos de duração. Entre os critérios de ingresso no curso, o candidato devia apresentar o certificado do curso primário. Nessa mesma instituição, em 1920, foi criado um curso de visitadoras sanitárias.

O discurso atual, longe de ser tecnicista, torna-se humanista, no momento em que a enfermagem passa a ser vista sob a ótica da educação e da cidadania. Nesse sentido, para que a educação seja realizada, a liberdade se faz necessária. Por um lado, a liberdade não é alguma coisa que é dada, mas uma conquista do homem ao longo do seu amadurecimento, de modo que ele aprende a ser livre. Por outro lado, a educação autêntica só pode ser a educação para a liberdade – e por meio dela –, a fim de não se tornar adestramento ou dominação.

Educar, portanto, não é condicionar para um ponto que se escolheu, mas dar condições aos educandos para que encontrem as suas condições e façam seu caminho. Se o homem é livre, não poderemos obrigá-lo a não errar.

O homem é um ser cultural, pois vive num meio humanizado, isto é, transformado pelo homem. Ao nascer, já encontra uma língua, costumes, moral, religião, organização econômica e política, uma história. É a isso que chamamos historicidade, ou seja, o homem encontra-se sempre situado numa determinada época, numa certa cultura (Aranha e Martins, 1986, p. 320).

No momento em que o homem é capaz de produzir e reproduzir sua condição de existência no mundo, torna-se um ser social, capaz de intervir na sua realidade, desenvolver, criticar, estabelecer e restabelecer políticas públicas. Só uma educação preocupada com a cidadania pode ajudar na construção de cidadãos.

É preciso considerar que “a promoção da saúde seja uma necessária intervenção sobre os determinantes e os fatores de risco, e não apenas aos danos à saúde, evidenciando a sua produção social, e não apenas biológica” (BRASIL, 2003, p. 17).

É de conhecimento geral que a enfermagem profissional é algo recente, havendo forte tendência em caracterizá-la como um desdobramento das práticas médicas. Todavia, como ação humana, pode ser considerada tão antiga quanto o aparecimento do homem. A partir do momento em que um ser humano precisou de “cuidado” e outro ser humano prontificou-se a “cuidar”, podemos estabelecer o nascimento da enfermagem. Quanto à dimensão educativa dessa prática, podemos entendê-la empiricamente aderida a toda e qualquer expressão de cuidado.

A enfermagem, que tem como principal objetivo o cuidar;² não pode ser tratada como uma profissão excessivamente técnica ou sedimentada em ações mecânicas. Ela engloba o cuidar como responsabilidade social, com qualidade e justiça.

Conforme se encontra em BRASIL (2003, p. 47), a formação do enfermeiro em nosso país se baseava somente na análise dos currículos oficiais. Verificamos que somente a partir de 1949, através da Lei nº 775, de 6 de agosto, se uniformiza o ensino de enfermagem. O Decreto nº 27.426, de 14 de novembro, do mesmo ano, estabeleceu o currículo obrigatório. Temos, então, uma orientação única para todas as escolas e cursos. Até aí, cada escola criada tinha o seu modelo curricular, geralmente incluído no decreto de sua criação.

A natureza multidimensional da enfermagem exige profissionais que sejam competentes não somente nos aspectos técnicos específicos do seu fazer, mas

também na capacidade de apropriação e reelaboração de conhecimentos originários de outras áreas, que lhes capacitem interferir na realidade com a compreensão das várias possibilidades disponíveis. O adequado preparo do enfermeiro inclui a competência pedagógica, e a competência pedagógica é um caminho que amplia os horizontes, tanto da compreensão quanto da capacidade de intervenção na realidade.

Segundo o que consta no documento BRASIL (2003), “A pedagogia na qualidade de prática educativa não existe previamente como conjunto de fórmulas a serem aplicadas à realidade, mas se constitui como ciência na própria práxis educativa” (p. 47). Portanto, o educador é aquele que exercita continuamente esse processo de busca e de sistematização teórico-prática.

Nesse sentido, o Parecer nº 16/99 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação menciona que o educador precisa formar pessoas:

- para lidar com situações esperadas e inesperadas, previsíveis e imprevisíveis, rotineiras e inusitadas;
- em condições de responder aos novos desafios, propostos diariamente ao cidadão trabalhador, de modo criativo e original, de forma inovadora, eficiente no processo e eficaz nos resultados.

O enfermeiro, como educador, necessita, portanto, refletir sobre a realidade e a prática e defrontar-se com alguns desafios. O primeiro deles é a sua responsabilidade formadora, que exige o suporte do embasamento teórico estruturado. Essa responsabilidade exige que o profissional estabeleça mediação entre a situação real e a ideal, com o objetivo de que o ser humano possa apropriar-se da realidade, para nela interferir, como agente da práxis transformadora. Inevitavelmente, será necessário entender a realidade na qual vivemos, da qual aproximamos, como interrogá-la para melhor conhecê-la e como agir sobre ela.

² Cuidar: do latim *cogitare* – significa pensar, meditar. Tratar de, zelar. É também o que se opõe ao descuido e ao descaso. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1994, p. 34).

A realidade é vista pelo senso comum. A característica do senso comum é não explicar a realidade cientificamente, ou seja, as explicações já estão prontas e foram repassadas de geração em geração.

A realidade também é entendida conforme a ideologia. Na visão de Marilena Chauí (1984):

A ideologia consiste precisamente na transformação das idéias da classe dominante em idéias dominantes, para a sociedade como um todo, de modo que a classe que domina no plano material (econômico, social e político) também domina no plano espiritual (das idéias) (p. 93).

Quando a reflexão se volta para a intercessão entre senso comum e ideologia é que observamos que a ideologia produz os pensamentos de um grupo que representa a sociedade como um todo; depois ela se difunde, tornando-se senso comum, passando suas idéias e valores para serem internalizados por todos os que compõem a sociedade. Finalmente, ela permanece, interiorizada como senso comum, mesmo quando as idéias e valores se realizam, ou só se realizam para os dominantes (p. 108-109).

A responsabilidade do profissional enfermeiro educador exige uma permanente compreensão da ideologia e do senso comum, buscando um possível entendimento crítico do que é a realidade do grupo em que está inserido como profissional. É necessário permanecer ciente dos significados das explicações estratificadas, estabelecendo critérios de intervenções no processo saúde-doença, ampliando o acesso aos cuidados necessários à saúde e à qualidade desses cuidados, garantindo também a qualidade de vida aos indivíduos pertencentes a essa comunidade.

CAPÍTULO 2

IMPLICAÇÕES HISTÓRICO-SOCIAIS E ANTROPOLÓGICAS DO ALEITAMENTO MATERNO

Considerar o ser humano como ser social nos leva ao entendimento de como o lugar em que vivemos interfere na formação de sua personalidade, na constituição deste ser humano que permanece envolvido com a sociedade na qual está inserido, pois o mesmo interage com ela.

Necessário se faz conceituar o que é personalidade para que possamos continuar com as idéias.

Personalidade é o nível de desenvolvimento psíquico que permite ao indivíduo orientar-se no sistema de relações sociais, controlar suas relações com os demais, tomar decisões, atuar de acordo com um sistema de princípios ou referente moral, organizar hierarquicamente o funcionamento de sua conduta e avaliar, numa perspectiva histórica, seu próprio comportamento (Paredes, 2000, p. 30).

Assim, compreende-se que, para a formação de um sujeito capaz de intervenções em sua realidade social e para que as mesmas sejam realmente efetivas, é necessária a informação crítica dessa mesma realidade, através do desenvolvimento de uma personalidade que permanece inserida no processo histórico e social daquele ambiente.

Para conseguirmos aprender não somente sobre a realidade do meio social ao qual pertencemos, mas também aprender informações que funcionarão como ferramentas para o crescimento individual, será necessário colocar o desejo no processo de aprendizagem. Desejamos apenas o que realmente queremos.

Imprescindível também é o uso da linguagem e o entendimento da cultura, para que esse ser social consiga expressar-se e, conseqüentemente, interferir no ambiente para benefício próprio e do próximo. A linguagem é o símbolo utilizado entre os

grupos humanos e representa um salto na evolução das espécies. Através da linguagem, expressamos o que efetivamente sentimos, relatamos o que é real, organizamos as diferentes estruturas mentais que produzimos, ou seja, segundo Vygotsky (*apud* Paredes, 2000), “o desenvolvimento das funções mentais superiores está diretamente ligado a fatores sociais e históricos da espécie humana e a linguagem constitui o elemento mediador³ nesse desenvolvimento” (p. 15).

Outro autor que evoca a importância dos processos sociais e individuais é o sociólogo Peter Berger, tendo este forte ligação com a Antropologia. Segundo Goulart (1990), Berger analisa como a realidade é constituída socialmente e como essa realidade é interiorizada pelo homem, resultando, assim, no conhecimento.

Ao analisar a interiorização da sociedade pelo indivíduo (a sociedade como realidade subjetiva), Berger realça o papel dos outros significativos e da estrutura social na construção de uma identidade coerente e plausível. Constrói, deste modo, uma teoria da identidade, na qual é inegável uma relação dialética entre indivíduo e seu mundo. Abordando os processos de socialização primária e secundária, Berger avalia, como os demais interacionistas simbólicos, o papel da linguagem nos processos sociais e analisa a influência da estrutura social no processo de socialização (Goulart e Bregunci, 1990, p. 56).

Para Geertz (1989), o homem é o único animal que é “amarrado em teias de significados que ele mesmo teceu” (p. 4). A cultura é, portanto, o conjunto dessas teias que modificam comportamento e visão de mundo, conforme ótica específica do local em que se vive. A Antropologia moderna afirma que não existem homens não modificados pela cultura de um povo. Parte-se do princípio de que, ao conviver com pessoas e aceitar atitudes, comportamentos, idéias e valores, o homem estará assimilando-os e utilizando-os em sua própria individualidade:

³ Mediação: em termos genéricos, é o processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação; a relação deixa, então, de ser direta e passa a ser mediada por esse elemento; e como sujeito do conhecimento, o homem não tem acesso direto aos objetos, mas mediado, através de recortes do real, operados pelos sistemas simbólicos de que dispõe; portanto, ele enfatiza a construção do conhecimento como uma interação mediada por várias relações, ou seja, o conhecimento não está sendo visto como uma ação do sujeito sobre a realidade, e, sim, pela mediação feita por outros sujeitos (Oliveira, 2002, p. 26).

Entre o que o nosso corpo nos diz e o que devemos saber a fim de funcionar há um vácuo que nós mesmos devemos preencher, e nós o preenchemos com a informação (ou desinformação) fornecida pela nossa cultura (p. 36).

Somos constituídos não apenas de compostos químicos e biológicos. Existem fatores psicológicos, sociológicos e culturais que interferem nas nossas ações e atitudes. O caminho para tornar-se humano depende das relações culturais que fazemos, isto é, a existência de cada ser, socialmente inserido na comunidade em que faz parte, depende de como ele vai assimilar os padrões culturais daquela mesma comunidade e como irá utilizá-los no seu dia-a-dia. Nesse sentido, o aleitamento materno também passa por uma condição cultural.

Infelizmente, no Brasil, a tendência de visualizar as questões referentes à má alimentação e à fome passa não somente pelas condições econômicas (ou a falta destas), mas também pelas questões alimentares (disponibilidade de alimentos) ou biológicas (estado nutricional). O ato de se alimentar e alimentar os outros (família, amigos, vizinhos) é uma atividade de riqueza histórico-cultural, faz parte, inclusive, da constituição e da formação do sujeito social e suas relações com o meio, permanecendo o hábito alimentar vinculado à identidade cultural de cada povo ou grupo social.

O direito humano à alimentação adequada está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Artigo XXV – 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família a saúde e o bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948).

A adequação da alimentação, segundo a mesma Declaração, incorpora aspectos relacionados à diversificação e à adequação nutricional e cultural da dieta. Inclui a promoção do aleitamento materno: a necessidade de estar livre de substâncias nocivas, a proteção contra a contaminação, a existência de informação sobre a adequação de dietas e os conteúdos nutricionais dos alimentos.

Nesse sentido, o direito humano à alimentação adequada depende muito mais do que somente da disponibilidade de alimentos, depende do respeito aos hábitos alimentares de cada cultura, do estado de saúde das pessoas, da existência ou não em uma comunidade de grupos de risco para desnutrição; por exemplo: crianças, gestantes, lactentes e idosos, portadores de necessidades especiais; além da condição física e econômica de alimentar a si mesmo e a sua família.

Ao falar do direito ao alimento, remetemo-nos ao aleitamento materno e à seguinte questão: a prática de amamentar, que anteriormente era um fenômeno natural e instintivo, com a evolução da humanidade, tornou-se um ritual rodeado de mitos, sendo seu manejo assumido pelos profissionais da saúde, que o entendem como método de trabalho. Embasados em conhecimento técnico, estabelecem orientações e instrumentalizam as futuras nutrizes com orientações diversas, garantindo, assim, que seu conhecimento tecnicista continue a perdurar.

O conceito de História feito por Jaques Le Goff (1996):

A palavra “história” (em todas as línguas românicas e em inglês) vem do grego antigo *historie*, em dialeto jônico [Keuck, 1934]. Esta forma deriva da raiz indo-européia *wid, weid, ver*. Daí o sânscrito *vetas* “testemunha” e o grego *histor* “testemunha” no sentido de “aquele que vê”. Esta concepção da visão como fonte essencial de conhecimento leva-nos à idéia que *histor* “aquele que vê” é também aquele que sabe; *historrein* em grego antigo é “procurar saber”, “informar-se”. *Historie* significa “procurar”. É este o sentido da palavra em Heródoto, no início das suas Histórias, que são “investigações”, “procurar” [cf. Benveniste, 1969, t. II, p. 173-74; Hartog, 1980]. Ver, logo saber, é um primeiro problema (p. 17).

O aleitamento materno entre os índios era prática estabelecida até a chegada dos europeus no Brasil. O hábito do desmame entre as mulheres com níveis socioeconômicos abastados era comum, pois essa classe possuía a ama-de-leite, que amamentava os filhos das senhoras da aristocracia, para que estas não perdessem a beleza física; além disso, existiam valores e crenças que cercavam esse costume: o carinho era considerado um sentimento ridículo, a amamentação enfraquecia a mãe e não era uma tarefa nobre para as damas. Citando Badinter (1985):

Em nome do bom-tom, declarou-se a amamentação ridícula e repugnante... Mães, sogras e parteiras desaconselhavam a jovem mãe a amamentar, pois a tarefa não é nobre o bastante para uma dama superior. Não ficava bem tirar o seio a cada instante para alimentar o bebê. Além de dar uma imagem animalizada da mulher “vaca leiteira”, é um gesto despuadorado (p. 97).

Prevalecia o pudor ao mostrar o seio para outras pessoas, sendo as crianças amamentadas pela mulher no isolamento do quarto, deixando ela, conseqüentemente, de participar da vida social. Os maridos, por sua vez, reforçavam a prática do não-aleitamento, relatando que o cheiro do leite dificultava a vida sexual e que era sinônimo de sujeira:

os médicos e os moralistas da época estão sempre de acordo em proibir as relações sexuais, não só durante a gravidez como durante toda a duração do aleitamento. O esperma, dizem, estraga o leite e o faz azedar. Portanto, põe a vida da criança em perigo (p. 97).

No século XVIII, a criança não era considerada um ser com necessidade de atenção: recebia apenas o sustento alimentar que necessitava para sua sobrevivência, visto que o afeto raramente existia. Como as crianças eram consideradas como gente pequena, eram tratadas como tal, mesmo porque, segundo Forna (1999) “acreditava-se que o homem nascia em pecado e era obrigação dos pais inculcar-lhes o senso moral (geralmente à força de pancadas)” (p. 22). A morte de uma criança era um evento extremamente comum, que não cabia lamentações, já que as mesmas eram consideradas sementes do mal e maltratadas para que fosse possível sua evolução para o bem.

Na família, a criança era o ser que menos necessitava de cuidados. Como a maioria não sobreviveria, as famílias mais abastadas retiravam seus filhos da convivência do lar para entregá-los às amas-de-leite, que cobravam para tal função.

Momentos depois do nascimento, o bebê era retirado, sem que a mãe o tivesse amamentado uma vez sequer, e levado para casa de uma mulher da classe baixa a quilômetros de distância, geralmente no campo ou na periferia da cidade. As amas-de-leite eram mulheres que geralmente viviam em extrema pobreza e se dispunham a alimentar e a cuidar dos bebês de outras mulheres em troca de uma pequena remuneração, à custa da privação dos próprios filhos. Era freqüente a ama-de-leite aceitar vários bebês, mais do que poderia alimentar, ainda que sua reserva de leite fosse boa. Era também claramente de seu interesse desmamar a criança o mais rápido possível para dar o lugar a outro e há inúmeros relatos de amas que forçavam os bebês a aceitar alimentação sólida antes que o sistema digestivo estivesse preparado (p. 37-38).

Com tais amas-de-leite, as crianças permaneciam por mais ou menos dois anos, perdendo os pais o interesse por seus filhos, visto que era natural a morte dessas crianças nessa fase da vida, pois, possivelmente, eram espancadas, imobilizadas nos cueiros, silenciadas com álcool. Algumas mulheres charlatãs fingiam ter leite para receber pelo serviço. Não era incomum que as mães só reencontrassem seus filhos após longos períodos de exílio. A prática das amas-de-leite se difundiu na Europa e na América do Norte, visto que, para algumas mulheres da aristocracia, era mais importante permanecer ao lado do marido e da sociedade à qual pertencia do que dispensar seu tempo com os cuidados que um bebê requer.

A maternidade não era considerada um estado especial. Por isso, não havia a expectativa de que uma mulher fosse amar seu filho ou que dele cuidasse.

Os moralistas não hesitavam em dizer que o leite materno era um líquido essencial para a vida da mulher. Assim, se amamentassem seus filhos, desperdiçariam esse líquido precioso. Acreditava-se que ao amamentar ela seria excluída da sociedade da qual fazia parte, pois, para tanto, teria que relegar a vida noturna em detrimento ao trabalho de dedicar-se a um filho nem sempre desejado.

A origem do patriarcado se deu no século XIX, que se caracterizava, em primeiro lugar, pela divisão sexual do trabalho. Conforme Muraro (1993),

nesta época, o sexo feminino é também dominado e a mulher fica reduzida ao âmbito privado, a fim de fornecer o maior número possível de filhos para arar a terra e defender a terra e o Estado. A competição, pois, pelas mulheres, pelos excedentes e pela propriedade foi, pouco a pouco, dando origem à supremacia masculina e a uma cultura competitiva (p. 62).

A autora diz ainda que havia nas propriedades patriarcais um medo oculto dessas mulheres no que se referia à possibilidade de gerar uma vida dentro de si. Ao gerar outro ser, as relações de afetividade estreitavam-se, sendo estas responsáveis por vínculos fortes. Por causa desse processo reprodutivo, era necessário reprimir os laços afetivos entre mães e filhos, para “não transformá-los em poder ou supremacia do sexo feminino” (p. 63).

Nas civilizações antigas, o homem invejava o útero, a representação da procriação, devendo ser o filho de sexo masculino afastado da mãe, na puberdade, através de um ritual que o introduzia no mundo dos homens adultos. Na maioria dos rituais, a iniciação era uma imitação do processo do parto, representando a ruptura com o mundo da mulher, ou o mundo afetivo. Do ritual também fazia parte o processo da *couvade*, descrito por Mello (1966) dessa maneira:

Quando uma mulher tinha um filho, depois de lavá-lo e embrulhá-lo, saía da cama para a qual ia o marido, que aí ficava durante quarenta dias, tratando da criança. Os parentes vinham visitá-lo e cumprimentá-lo, enquanto a mulher se ocupava dos afazeres da casa, trazendo comida e bebida para o marido na cama e amamentando ao seu lado a criança (p. 28).

Na sociedade patriarcal, a mulher, que anteriormente representava a fecundidade, passou a ser excluída da comunidade durante os dias em que permanecia menstruada. Era a forma encontrada de diminuir o poder feminino; poder esse vinculado à sedução e à traição, por encaminhar os homens para a derrota e para a morte.

A história reflete a mulher sendo marginalizada, excluída do convívio com outras pessoas, introjetada no ambiente doméstico e na reprodução. Por esse motivo, era comum encontrar filhas e mães cuidando dos filhos. Em certo momento, nas culturas matricêntricas, as mulheres foram arrancadas de sua família para a casa do marido, entrando numa família desconhecida, em geral para servir sob ordens de uma sogra e cunhados.

A personalidade da mulher foi sendo remodelada, percebendo-se um ser inferior. Nesse sentido, o laço mais forte que o advento do patriarcado tentou romper é o laço afetivo entre mãe e filho.

No início do século XIX, a Medicina e o Estado uniram-se por interesses comuns: persuadir as mulheres ao retorno dos melhores sentimentos maternos e a dar novamente o seio em benefício desse sentimento. Nesse momento, é criado o binômio mãe-filho, que coloca a mulher no alicerce da criação dos filhos e da família.

A Europa deu uma guinada colossal na maneira de pensar. Foi a mudança mais significativa desde que Lutero repudiou a noção de pecado original na Reforma e a renascença italiana elevou a arte, a música, a poesia e o mais belo da sensibilidade humana. Estas serviram como pano de fundo para outra mudança de valor não tão grande, mas, a seu modo (certamente no que diz respeito à história da maternidade), igualmente importante, foi a revolução no sentimento, que teve como catalisador o movimento do Iluminismo, escola filosófica que ressalta o direito do homem à felicidade, o caráter verdadeiramente nobre do homem, o amor romântico, a liberdade e a natureza. Essa mudança viria a tornar o amor (mais que o *status* ou da obrigação social) a razão principal para o casamento e para o filho ser considerado o fruto ou um dom desse amor. O amor materno surgiu de tudo isso (Forna, 1999, p. 45).

A ama-de-leite negra, que geralmente vivia nas casas da burguesia e que não cobrava pelos serviços, foi destituída de sua tarefa, pois, segundo alguns higienistas, “o negro foi alinhado com os miasmas, insetos, maus ares e maus hábitos, transformado em um verdadeiro veneno social para a família e para seus filhos” (Costa, 1983, p. 33). Por esse motivo, as negras deixaram de ser amas-de-leite e passaram a ser responsabilizadas pela infelicidade e pela doença dos filhos de suas donas.

Nesse mesmo século, surgiram as primeiras regras normalizadoras da amamentação: horário preestabelecido para as mamadas, amamentação em ambos os seios, chupeta para acalmar o bebê e restrições alimentares para a mãe do lactente.

A idéia do “leite fraco” foi conseqüência dessas normas. Com esse lema, a mulher sentiu-se culpada e responsável por não conseguir sustentar seu filho, aumentando, assim, os índices do desmame e introduzindo o aleitamento artificial.

Ao introduzir a concepção de leite fraco, as mulheres ficaram propensas a desistir da prática da amamentação, visto que a amamentação demandava tempo e implicações de envolvimento afetivo com outro ser. Com a introdução da mamadeira, esse contato foi restringido e a mulher ganhou tempo para cuidar de outros afazeres, enquanto a fome da criança foi apaziguada facilmente.

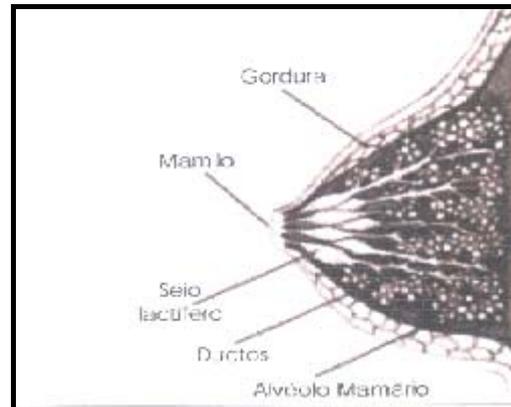
Nos dias atuais, a mãe não encontra tempo, paciência e encorajamento para amamentar, seja pelo fato de estar vinculada a empregos que não possibilitam o direito à maternidade, seja pelo desencorajamento do ato por pessoas próximas, seja pela insistência excessiva de profissionais de saúde, seja por tabus e mitos ainda existentes. Conforme Mello (1966): “Amamentar representa uma manifestação de amor materno, não a causa desse amor” (p. 251).

Entende-se que existem numerosas vantagens trazidas pelo ato de amamentar; porém, nenhuma mais relevante que as vantagens psicológicas e emocionais desse tipo de amor, que proporciona carinho, atenção e aproximação de um ser com outro. No entanto, vivemos a modernidade, em que o tempo ou a falta de tempo representam a domesticação dos instintos, e dois processos antes instintivos, como o parto e a amamentação, a partir de então, passaram a ser vivenciados na perspectiva do sofrimento e da dificuldade.

2.1 A Constituição Fisiológica do Leite Materno

As mamas das mulheres adultas são formadas por tecido glandular e em parte por tecido conjuntivo e gordura. O tecido glandular produz o leite que, posteriormente, é conduzido ao mamilo através de pequenos canais ou dutos. Antes de atingir os mamilos, os dutos se tornam mais largos e formam os seios lactíferos, nos quais o leite é armazenado. Aproximadamente, 10-20 dutos muito finos ligam os seios lactíferos ao exterior através da ponta do mamilo. O mamilo é muito sensível, pois possui várias terminações nervosas. Isso é importante fator para o desencadeamento dos reflexos que auxiliam a “descida” do leite.

Ao redor do mamilo há um círculo de pele mais escura chamado auréola, onde existem pequenas elevações. São as glândulas que produzem um líquido oleoso, que ajuda a manter a pele do mamilo macia e em boas condições. Logo abaixo da auréola estão os seios lactíferos (Figura 1):

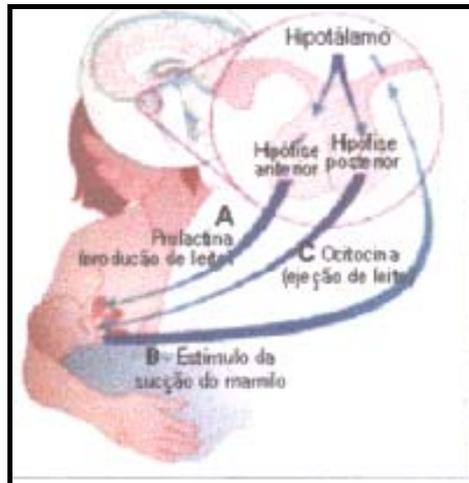
Figura 1 – Anatomia da Mama

Fonte: <http://www.aleitamento.org.br>.

O leite materno é produzido pela ação de hormônios e reflexos. Durante a gravidez, os hormônios presentes são: estrógeno, responsável pela ramificação dos ductos; progesterona, responsável pela formação dos lóbulos; e lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica, que contribuem para a aceleração do crescimento mamário (Anexo IV). A secreção de prolactina aumenta de 10 a 20 vezes na gravidez. No entanto, a prolactina é inibida pelo lactogênio placentário, não permitindo que a mama secrete leite durante a gravidez.

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, a mama passa a produzir leite sob a ação da prolactina. A prolactina é produzida pela hipófise, localizada na base do cérebro. É a prolactina que estimula as células glandulares da mama a produzirem leite. Cada vez que a criança suga, estimula as terminações nervosas do mamilo (Figura 2). Esses nervos levam estímulo para a parte anterior da hipófise, que produz prolactina e, através da circulação sanguínea, atinge as mamas que produzem leite. Essas etapas, desde a estimulação do mamilo até a secreção do leite, são chamadas reflexo de produção ou reflexo da prolactina.

Figura 2 – Representação diagramática dos aspectos fisiológicos básicos da produção de leite



Fonte: Modificada de Mahan LK, Escott-Stump S. Krause's Food, Nutrition, and Diet Therapy, USA: Copyright, 1999.

É muito importante entender o efeito da sucção na produção de leite. Quanto mais sucção, maior a quantidade de leite produzido. Se a criança pára completamente de sugar ou se nunca começa, as mamas param de produzir leite. Isso é chamado oferta e procura. As mamas produzem tanto leite quanto a criança precisa.

Outro importante hormônio é a ocitocina, que age na contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, provocando a saída do leite. A prolactina e a ocitocina são reguladas por dois importantes reflexos maternos: o da produção do leite (prolactina) e o da ejeção do leite (ocitocina). Tais reflexos são ativados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção. A ocitocina é produzida na parte posterior da hipófise e vai pela corrente sanguínea para as mamas. Esse hormônio atua quando a criança está sugando e faz o leite descer para essa mamada. Essa etapa é conhecida como reflexo da ejeção do leite ou o reflexo da ocitocina (Figura 2).

O reflexo de ejeção do leite também responde a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a

ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação.

Além desses efeitos, a ocitocina faz com que o útero se contraia, o que auxilia na eliminação da placenta. O aleitamento materno pode ajudar a parar o sangramento após o parto e reduzir o tempo em que a mulher perde lóquios.⁴

O leite é produzido nos alvéolos, em células epiteliais altamente diferenciadas. A maioria do leite é produzida durante a mamada, sob o estímulo da prolactina. A secreção de leite aumenta de 50ml no segundo dia pós-parto para, em média, 500ml no quarto dia. O volume de leite produzido na lactação já estabelecida varia de acordo com a demanda da criança. Em média, é de 850ml por dia na amamentação exclusiva.

O leite dito “maduro” só é secretado por volta do 10º dia pós-parto. O colostro, produzido nos primeiros dias, contém mais proteínas e menos gorduras e lactose que o leite maduro. É rico em imunoglobulinas,⁵ em especial IgA. A Tabela 1 apresenta os principais componentes do leite materno maduro e do colostro, bem como do leite de mães de recém-nascidos pré-termo, cuja composição é diferente do leite de mães de bebês a termo.

⁴ Lóquios: material originado na cavidade uterina, vinculado à produção e à eliminação de exsudato e transudato, os quais se misturam com elementos celulares descamados do sangue (Rezende, 1995, p. 305).

⁵ Imunoglobulinas: proteínas intimamente relacionadas capazes de atuar como anticorpos (Smeltzer e Bare, 2005, p. 1321).

Tabela 1 – Composição do colostro, do leite materno maduro e do leite de mães de crianças pré-termo

Nutrientes	Colostro (1-5 dias)	Leite Maduro (>30 dias)
Calorias (Kcal)	58	70
Carboidratos (g)	5,3	7,3
Proteínas (g)	2,3	0,9
Gorduras (g)	2,9	4,2
Cálcio (g)	23	28
Fósforo (g)	14	15
Magnésio (mg)	3,4	3
Sódio (mg)	48	15
Potássio (mg)	74	58
Cloro (mg)	91	40
Ferro (mg)	0,08	0,08
Zinco (mcg)	540	166
Cobre (mcg)	46	35
Vitamina A (mcg)	89	47
Vitamina C (mcg)	4,4	4
Vitamina D (mcg)	0	0,04
Vitamina K (mcg)	0,23	0,21
Tiamina (mcg)	15	16
Riboflavina (mcg)	25	35
Niacina (mcg)	75	200
Vitamina B6 (mcg)	12	28
Vitamina B12 (mg)	0	200
Ácido Fólico (mcg)	0	5,2
Ácido Pantotênico (mg)	225	184

Fonte: Warthinton (1988, p. 187).

O colostro é amarelo e mais grosso que o leite maduro e é secretado apenas em pequenas quantidades. No entanto, é suficiente para uma criança manter-se viva nos primeiros dias após o nascimento. Além disso, tem outras vantagens: contém mais anticorpos que o leite maduro, realiza a primeira imunização que protege a

criança contra a maior parte de bactérias e vírus; é rico em fatores que estimulam o intestino imaturo da criança a se desenvolver, impedindo a absorção de proteínas não digeridas; e é laxativo e auxilia na eliminação do mecônio (primeiras fezes escuras), o que ajuda a evitar a icterícia fisiológica.⁶

Em uma ou duas semanas, o leite aumenta em quantidade e muda seu aspecto e composição. O leite maduro contém todos os nutrientes que a criança precisa para crescer. Por ter um aspecto aguado, muitas mães pensam que é mais fraco. No entanto, o leite materno fornece todos os nutrientes necessários para aquela criança.

A composição desse leite se modifica durante a mamada. O leite do começo surge no início da mamada, com aparência aguada, mas rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água. O leite do fim surge no final da mamada, mais branco que o leite do começo, pois contém mais gordura. A gordura torna o leite do fim mais rico em calorias.

Outro fator importante para realizar a amamentação é entender como se realiza o processo de sucção. É mais fácil entender o ato da sucção como duas ações:

- tração do tecido mamário para formar um bico: a criança não pega na boca o mamilo. Ela abocanha a auréola e o tecido mamário, situado logo abaixo, que contém os seios lactíferos;
- pressão da auréola tracionada contra o palato com a língua: os movimentos percorrem a língua da ponta até a base. Esses movimentos pressionam o leite para fora dos seios lactíferos, para a boca da criança, de modo que ela possa engolir.

⁶ Icterícia fisiológica é o aumento sérico da bilirrubina indireta, quando acomete a criança nos primeiros dias de vida. No recém-nascido existe uma sobrecarga de bilirrubina no hepatócito (células do fígado) e uma menor depuração da bilirrubina no plasma, aumentando, assim, seu nível sérico (Prado, 1995, p. 960).

Às vezes, a criança não pega a quantidade suficiente da mama na boca e suga somente o mamilo. Isso é chamado “sucção do mamilo” (BRASIL, 1996, p. 15) e é a causa mais comum de problemas de aleitamento materno. Se a criança suga apenas o mamilo, a mãe sente dor, o leite não é retirado adequadamente, a pele do mamilo pode ficar com feridas – fissuras –, a criança pode ficar frustrada e a mãe pode pensar que não tem leite suficiente.

2.2 Possíveis Causas do Desmame Precoce

A amamentação é uma função que se processa de maneira instintiva, sem qualquer necessidade de aprendizagem, tendo uma finalidade imperativa, que garante a propagação da espécie, qualquer que seja, sobrevivendo o mamífero recém-nascido graças ao leite que pode mamar (Mello, 1966, p. 169).

Na década de 70, em decorrência do aumento da morbimortalidade infantil, ocorrida principalmente nos países pobres, devido ao “desmame comerciogênico”, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) iniciaram uma mobilização em todo o mundo, com a finalidade de retomar a valorização do ato da amamentação natural.

A saúde volta sua atenção para o novo modelo: a amamentação como meio de sobrevivência infantil. Entra a figura do aleitamento materno misto, em que a mulher possuidora do leite fraco poderia lançar mão de mamadeiras e farinhas lácteas (importadas da Suíça). A indústria remete suas estratégias sobre o profissional médico, para que, mudando sua percepção, este comece a apologia ao desmame precoce, com conseqüente valorização do leite em pó.

Na década de 80, houve uma mobilização em prol da amamentação, sabendo-se que o leite humano é um fator primordial para o desenvolvimento da criança e tendo as principais características epidemiológicas:

- redução da mortalidade infantil: atribui-se ao aleitamento materno a prevenção de mais mortes em crianças menores de 12 meses a cada ano no mundo inteiro.

Quanto menor a idade da criança e maior o período de amamentação, mais importante é a contribuição do leite materno para a sobrevivência. As crianças de baixo nível socioeconômico são as que mais se beneficiam com o aleitamento materno, sobretudo se exclusivo;

- redução de mortalidade pela diarreia: há fortes evidências epidemiológicas da proteção do leite materno contra a diarreia, sobretudo em crianças de baixo nível socioeconômico;
- melhor nutrição: por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites artificiais;
- mais econômico: amamentar uma criança ao seio é mais barato que alimentá-la com leite de vaca ou fórmulas, mesmo levando-se em consideração os alimentos extras que a mãe deve ingerir durante a lactação;
- promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho: o impacto do aleitamento materno no desenvolvimento emocional da criança e no relacionamento mãe-filho, a longo prazo, é difícil de avaliar, uma vez que existem inúmeras variáveis envolvidas. O ato de amamentar e ser amamentado pode ser muito prazerosos para a mãe e para a criança, o que favorece uma ligação afetiva mais forte entre eles. É uma oportunidade ímpar de afeto e intimidade, gerando sentimentos de segurança e de proteção na criança e autoconfiança e realização na mulher.

A propaganda oficial veiculava mensagens que induziam a mãe a amamentar. O resultado dessa política foi um aumento de 7% para 30% de amamentação exclusiva na primeira metade da década de 80.

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e a proteção da saúde das crianças em todo o mundo. A superioridade do leite humano como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto faz com que especialistas do mundo inteiro recomendem a amamentação exclusiva por 4-6 meses de vida do bebê e complementado até pelo menos o final do primeiro ano de vida (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1997; WHO, 1995). A ausência de amamentação ou sua interrupção precoce (antes dos 4 meses) e a introdução de

outros alimentos à dieta da criança, durante esse período, são freqüentes, com conseqüências importantes para a saúde do bebê, como exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo da digestão e assimilação de elementos nutritivos, entre outras (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1991). No último levantamento feito sobre a situação do aleitamento materno no Brasil, realizado em 1996, o tempo médio de amamentação exclusiva foi de um mês, variando conforme o nível educacional das mães. Ao final do primeiro ano, apenas 40,8% das crianças continuavam sendo amamentadas.

Nos dias atuais, a taxa média de aleitamento materno persiste com variações diferenciadas em determinados locais do país. Os aspectos abordados para o “fracasso” do ato de amamentar são: a mulher, muitas vezes, depara-se com o reducionismo biológico que o ato carrega, por entender que a mãe torna-se nutriz; espera-se um processo fácil, natural e instintivo; no entanto, a prática de amamentar tem que ser aprendida e orientada; embora a sociedade não ofereça um amparo ao exercício de amamentar; existem problemas secundários ao erro dessa prática, como: mastites, ingurgitamento mamário e fissuras com conseqüente desestimulação da mulher; há, ainda, a cultura do leite fraco; porém, fisiologicamente, a mulher é apta a produzir o leite na quantidade ideal para sua criança, independentemente dos valores e crenças específicas de cada comunidade.

Especificando cada um dos itens que ocasionam o fracasso na prática de amamentar, é preciso entender que o ciclo gravídico-puerperal consiste em um momento ímpar na vida da mulher, repleto de ansiedade e temores, em que durante os nove meses ela foi considerada como o “centro das atenções” e, nesse momento, necessitaria de orientações e cuidados específicos; porém, muitas vezes, não é orientada para as mudanças que a gravidez acarreta em seu estado emocional e físico. A mulher-mãe vê-se obrigada a cuidar do bebê, zelando por sua integridade física e entendendo que o ato de amamentar é obrigação para que seu filho tenha uma saúde perfeita. No entanto, a vivência da mulher demonstra que o processo de amamentação é complicado e demanda aprendizado. Independente da gravidez anterior, a mulher vive um momento singular a cada processo. Cabe salientar que alguns dos profissionais de saúde que assistem essa gestante, na instância pública

ou particular, não são orientados sobre esse tipo de abordagem com o sujeito gestante-puérpera-nutriz. O visível descompasso entre a teoria e a prática traduz perdas irreparáveis no que condiz à promoção e ao apoio do ato de amamentar.

Outro problema enfrentado pela falta de informação é a dificuldade no aleitamento, levando a conseqüências como fissuras ou rachaduras na região mamilo-aureolar, o que é conseqüência da “pega” errada do bebê ao seio, mamas ingurgitadas ou empedradas que levam à dor, febre e edema (inchaço) e a mastite, que é a inflamação das mamas pela entrada de microorganismos, ocasionando a proliferação destes e a conseqüente suspensão da amamentação pela introdução de antibióticos e desestímulo da nutriz ao amamentar.

A mulher, fisiologicamente, é apta à produção de leite. O leite maduro é rico em imunoglobulinas, em especial IgA-secretora, que representa uma resposta à imaturidade do sistema imunológico do recém-nascido; além disso, tem outras vantagens, como: baixo poder tamponante, que realiza um ajuste à necessidade gástrica; a presença de fatores de crescimento no leite que estimulam os sistemas vitais do bebê; os ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa favorecem o desenvolvimento do sistema nervoso central e o processo de mielinização;⁷ e a composição balanceada não permite a ocorrência de sobrecarga para os rins imaturos, entre outros.

Todavia, em muitos casos, a cultura da comunidade em que essa mãe-nutriz está inserida traz saberes populares que interferem na prática do aleitamento. As mulheres ligadas àquela nutriz carregam orientações repassadas pela família e pelos amigos. Todos têm uma receita de poção, medicamento ou reza para validar o ato da amamentação. Muitas vezes, são introduzidos antecipadamente água, chás, alimentos e leite modificado, com o intuito de alimentar o bebê que “parece” estar com fome.

⁷ Mielinização: processo de revestimento do axônio (parte constituinte de um neurônio). Neurônio é a unidade funcional básica do cérebro. Ele é composto por um corpo celular, um dendrito e um axônio. (Brunner e Suddarth, 2005, p. 1538).

Na intenção de proporcionar um período para que o vínculo mãe-filho seja efetivamente vivenciado, as mulheres formalmente engajadas no mercado de trabalho têm direito à licença-maternidade de 120 dias. No entanto, esse mesmo mercado de trabalho induz as mães que amamentam exclusivamente no peito a iniciarem a introdução precoce de alimentos aos bebês antes de sua volta ao trabalho. Existem casos de mulheres que, apesar de terem o direito à licença, vêm-se motivadas a retornar ao trabalho, impulsionadas pelo benefício financeiro que receberão.

É importante ressaltar que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a amamentação exclusiva no peito estabelece uma diferença de crescimento ponderal expressiva na população de crianças de baixo nível socioeconômico. Contudo, o aleitamento materno deve estar associado a outros fatores, como cita a autora:

Vários estudos demonstram que, nestes países, a amamentação exclusiva ou quase exclusiva no primeiro semestre garante um crescimento adequado (mesmo em países de baixo nível socioeconômico), semelhante ao de crianças amamentadas nos países industrializados. No entanto, é comum que as crianças amamentadas no peito em países pobres mostrem um crescimento insuficiente a partir dos 3 meses de idade. Acredita-se que outros fatores, além da amamentação, estejam envolvidos neste atraso de crescimento, como baixo peso de nascimento, introdução precoce de alimentos de baixo valor nutritivo na dieta da criança e uma maior exposição a infecções (Giugliani, 1994, p. 98).

Na realidade, o impacto da amamentação sobre a vida da criança é cientificamente comprovado. Em países em desenvolvimento, as crianças amamentadas ao seio têm, em geral, um melhor estado nutricional nos primeiros seis meses de vida, quando comparadas com as alimentadas artificialmente. Contudo, apenas a prática de aleitamento materno exclusivo não é suficiente para estabelecer esse critério. Importante se faz a manutenção do aleitamento materno por tempo prolongado, evitando, assim, a introdução de outros alimentos.

CAPÍTULO 3

O SEIO NA FORMAÇÃO DO SUJEITO SOCIAL

O seio e o leite humanos possuem maior significado do que a sobrevivência para a espécie. A sobrevivência do homem depende também da relação mãe-filho, fortalecida durante o ato de amamentar, quando este é envolto de afeto, emoção e cumplicidade. O ser humano necessita desse momento para estruturar suas relações individuais e suas relações com os outros. Retomando Mello (1966):

A mamadura não é um simples ato mecânico de sugar, pois nele entram fatores psíquicos, a emoção materna, o desejo de satisfazer o lactente, a aproximação mãe-filho, todo um conjunto que, pelo auxílio mútuo do amor e da afeição, liga profundamente dois seres vivos (p. 192).

Reportando a Winnicott (2001), que relata: “Só na presença de uma mãe suficientemente boa, pode a criança iniciar um processo de desenvolvimento pessoal e real” (p. 24). Essa referência denuncia que a mãe boa é aquela que possui uma atitude sensível, porém instintiva, durante o processo de desenvolvimento do seu filho, tendo em vista a vulnerabilidade do bebê nesse período de sua existência. Para que o ego dessa criança seja de fato forte, a parceria mãe-filho tem que funcionar, a integração entre os dois há de ser necessária.

Winnicott ainda classifica três funções maternas, citadas a seguir: a capacidade da mãe de ligar-se ao seu bebê (*Holding*);⁸ a necessidade de manipulação do bebê pela mãe, para contribuir com a formação do sentido do “real”; e a apresentação dos objetos, ou seja, “conseguir tornar real o impulso criativo da criança dá início à capacidade do bebê de relacionar-se com objetos” (p. 27).

⁸ *Holding* é descrito por Winnicott (1983) como uma fase em que a mãe ou substituta: protege da agressão fisiológica; leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente... e a falta de conhecimento por parte deste da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo; inclui a rotina completa do cuidado do dia e noite adequada a cada bebê; seguem também as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico quanto psicológico (p. 27).

Considerando que o ato de amamentar é um dos contatos mais afetivos entre mãe e bebê, observa-se que durante esse momento as trocas de carinho são importantes para a formação do sujeito. No início, o bebê é dependente dessa mãe que o alimenta, de comida e de afeto; porém, essa relação física e emocional avança no sentido de concretizar a personalidade individual daquele ser.

Ao nascer, o bebê perde a relação simbiótica pré-natal que possuía com a mãe e a satisfação plena da vida intra-uterina. Com o corte do cordão, a separação é irreversível, e a criança deve iniciar sua adaptação ao meio. (Rappaport *et al.*, 1981, p. 35).

Após o nascimento, a estrutura que possui maior desenvolvimento é a boca. Pela boca, o bebê se alimenta; pela boca, ele conhece o mundo e tem acesso a sua primeira descoberta afetiva: o seio. Segundo Freud, a criança sente prazer no ato de mamar. O reflexo da sucção está presente ao sugar no peito ou a mamadeira, a chupeta ou o dedo quando vai dormir. O prazer oral, em que consiste essa fase inicial da vida do bebê, traz consigo a formação da afetividade. Nesse sentido, entende-se que o prazer oral é ligado ao prazer alimentar e que este formará a base da complexa rede de afetividade do ser humano com os outros. No entanto, a criança criada com o amor materno tem a capacidade afetiva estruturalmente bem desenvolvida, o que não é realidade para aquela criança que é separada de tal convívio.

Este processo de progressivas ligações emocionais, que denominamos de desenvolvimento das relações objetais, começa com o amor que a criança inicialmente dirige ao seio. Posteriormente, o afeto reconhecerá a mãe, o pai, as pessoas e os objetos do mundo, até a futura constituição de afetividade genital adulta (p. 37).

Entende-se, portanto, que o amor materno ou o laço afetivo mãe-filho traz consigo uma rede de inter-relacionamentos entre dois seres. Essa relação, portanto, não é linear. A mãe não é o sujeito que apenas alimenta ou transfere afeto. Segundo a psicologia do desenvolvimento, quando a criança fantasia a imagem do seio para sua saciação não é apenas a fome que é trabalhada, mas também a ligação afetiva com o seio, a construção da figura da mãe, as relações de bom e mau estabelecidas, a adequação do processo mãe-criança, a confiança no mundo exterior.

Segundo Melanie Klein (1991):

O estreito vínculo entre um bebezinho e sua mãe centra-se na relação com o seio. Embora, já desde os primeiros dias, o bebê também responda a outros aspectos da mãe – sua voz, seu rosto, suas mãos –, as experiências fundamentais de felicidade e amor, de frustração e ódio estão inexplicavelmente ligadas ao seio da mãe (p. 125).

Conforme a mesma autora, este vínculo de segurança com o mundo interior, que é iniciado durante o processo de amamentação, é extremamente importante na influência da rede dos relacionamentos futuros desse indivíduo. “Este vínculo fundamenta a capacidade para formar toda a ligação profunda e intensa com uma pessoa” (p. 125).

A partir do nascimento, o bebê perde sua vida intra-uterina e o seio vem amenizar essa perda, pois a prática de mamar e sugar o seio é envolvida por gratificações de calor, de carinho, de aconchego.

Nesse sentido, ao pesquisarmos a prática exclusiva do aleitamento materno, estamos cientes da importância dessa ligação entre dois seres, entendendo quão necessária se faz a mesma para ambos.

Reportando novamente a Winnicott (2002), o mesmo denomina de identificação primária o começo de tudo, ou seja, desse vínculo entre mãe e filho, pois, no início, nada existe para o bebê senão a mãe. Ela é inicialmente parte dele.

A mãe tem um tipo de identificação extremamente sofisticada com o bebê, na qual ela se sente muito identificada com ele, embora naturalmente permaneça adulta. O bebê, por outro lado, identifica-se com a mãe nos momentos calmos de contato, que é menos uma realização do bebê que um resultado do relacionamento que a mãe possibilita (p. 9).

Todavia, mesmo com todos os argumentos citados, deparamo-nos com a prática do aleitamento artificial. Sabe-se que o aleitamento artificial ganhou aceitação em meados do século XVIII e, com ele, a responsabilidade de a mulher permanecer ao lado do filho diminuiu. As fórmulas industrializadas são de fácil acesso e ainda há a garantia subtendida de um peito firme e o fim de noites maldormidas. Importante ressaltar que em alguns casos específicos – por exemplo: mães portadoras do vírus

HIV –, necessário se faz substituir o leite de peito pela mamadeira. Contudo, as condições para o contato afetivo entre mãe e filho permanecem.

Ignoramos as conseqüências que a amamentação artificial trará para nossos descendentes. Nesse sentido, é preciso considerar essas repercussões não somente no corpo físico, como também na formação intelectual, emocional e psíquica.

Vale enfatizar que existem mulheres que optam por não amamentar no seio e que preferem utilizar a mamadeira. Provavelmente, elas passam por todo tipo de dificuldades no intuito de desempenhar bem suas funções de mãe (mesmo que lhes escape do controle consciente), pois existe o conhecimento pregresso da importância do aleitamento no seio e essas informações também são ressaltadas pelos profissionais de saúde. Essa insistência, para uma mulher que não quer amamentar, faz sofrer o bebê, a família e a própria mãe.

O fato de ter alguém que possa apoiar a mãe emocionalmente e estimular a confiança nela mesma é muito importante. A auto-realização é fundamental para o sucesso da prática de amamentar. Segundo Winnicot (2002), a “experiência com a amamentação está ligada às suas próprias experiências como bebê” (p. 25).

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada nessa comunidade, da região do Alto Paraopeba-MG, que possui 5.047 habitantes. Dentre estes, cerca de 20% são mulheres na idade de 15 a 49 anos, em idade reprodutiva.

Optamos por um tipo de pesquisa qualitativa, que, segundo Cervo e Bervian (2002, p. 66), busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política e econômica da comunidade, como também os demais aspectos do comportamento humano tanto do ponto de vista do indivíduo tomado isoladamente como quando comparado com membros de grupos e comunidades mais complexas. Nesta pesquisa, foram observados, registrados e analisados os dados, além de terem sido correlacionados fatos ou fenômenos, sem, entretanto, manipulá-los. Foi utilizada a pesquisa descritiva, tipo Estudo de Caso, que, segundo Triviños (1987), “na pesquisa qualitativa seja o mais relevante; pois o objeto do Estudo de Caso é uma unidade que se analisa aprofundadamente” (p. 133). É, pois, a pesquisa sobre um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo do seu universo, para examinar aspectos variados de sua vida.

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada, realizada em dezembro de 2005, que, conforme esse autor, “mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância na situação do ator (p. 152)”. A entrevista em questão, favorece, além da descrição dos fenômenos sociais, as explicações e a compreensão de sua totalidade. As mesmas foram aplicadas pelo pesquisador e todos os sujeitos da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I).

No mês das entrevistas, participavam do Grupo de Gestantes 15 mulheres. No entanto, cinco desses sujeitos eram múltiparas, ou seja, não eram sujeitos da

pesquisa. Oito entrevistas foram realizadas no próprio PSF, onde as mulheres participavam das reuniões de gestantes daquele mês, e duas entrevistas foram realizadas no domicílio das puérperas, por ser mais cômodo para elas. Está apresentado em anexo o roteiro de entrevistas (Anexos V, VI e VII). Ressalto que as perguntas não foram gravadas e foram readaptadas para o entendimento do sujeito, utilizando palavras de fácil compreensão para as mesmas, e que duas das entrevistadas ainda não haviam participado das reuniões do Grupo de Gestantes. Portanto, não obtiveram as orientações técnicas sobre o aleitamento materno.

As entrevistas foram realizadas no Programa de Saúde da Família, anterior à consulta médica, em dezembro de 2005, respeitando o agendamento do serviço. Foi reservado um consultório para esse procedimento na intenção de manter o ambiente tranqüilo. As puérperas foram entrevistadas em sua residência, visto que eram somente duas mulheres.

Os sujeitos da pesquisa foram as primigestas (mulheres que estão gestando pela primeira vez) que obtiveram orientações sobre o aleitamento materno e que fazem parte do Grupo de Gestantes, primigestas que não obtiveram orientações prévias sobre o aleitamento materno e que fazem parte do Grupo de Gestantes, como também as mulheres nutrizas (mulheres que estão amamentando) de primeiro trimestre, que já passaram pelo Grupo de Gestantes e receberam informações pertinentes ao aleitamento materno.

Ensinar é um ato vivo, ético, que necessita de generosidade e humildade, principalmente quando esse ensinamento proporciona orientações para a promoção da saúde do indivíduo.

Questões pertinentes à forma de interação com esses sujeitos foram levantadas pela equipe. Os profissionais de saúde começavam a conhecer a realidade sociocultural e econômica desses indivíduos. Após algumas tentativas frustradas, percebemos que seria interessante conhecer o que aquelas pessoas queriam que mudasse antes de nossas intervenções. Escutá-las era o que elas queriam.

A estratégia da equipe, para uma tentativa de conscientização, foi reunir todas as grávidas da comunidade e deixar que as mesmas conversassem e trocassem experiências, formando, assim, um grupo de gestantes, em que o assunto principal seria tirar dúvidas existentes durante a gestação. Participavam desse mesmo grupo as mulheres intimamente ligadas a cada uma das gestantes, pois exerciam influência sobre elas. O Grupo de Gestantes foi intermediado pela enfermeira e pela médica do Programa, que respondiam às dúvidas apresentadas; por exemplo: existe leite fraco? Como amamentar meu filho sem ter ferimentos no seio? Durante o tempo em que estarei amamentando, poderei engravidar novamente?

Os encontros eram realizados uma vez por mês durante os nove meses da gestação da futura mãe. A cada mês, o assunto do encontro era preestabelecido pelos profissionais da saúde, mas com intervenções das participantes. O grupo, então, tornava-se o espelho para as dúvidas, indagações e experiências daquela realidade.

Ao término do período gestacional, a mulher, que é considerada a nutriz, ou seja, aquela que amamenta, teria informações sobre todas as técnicas de como amamentar seu filho, incluindo as vantagens da amamentação e as técnicas de como preparar a mama. Após os encontros e anterior ao nascimento do bebê, a mulher-nutriz seria capaz de escolher qual caminho seguir e porque segui-lo.

Após o nascimento do bebê, a mãe e a criança eram acompanhadas mensalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde e pela enfermeira do PSF. Os dois profissionais realizavam orientações no domicílio da puérpera (mulher que está no período de pós-parto), tendo como participantes das orientações o pai da criança, os avós e a irmã. Nesse momento, falava-se novamente sobre possíveis problemas durante a prática da amamentação, reforçando todas as vantagens que a prática poderia acarretar.

Ao término de 40 dias após o parto, era agendada uma consulta médica, para avaliação clínica da mulher e de desenvolvimento e crescimento do recém-nascido.

Com as orientações nos Grupos de Gestantes, o índice de aleitamento materno exclusivo melhorou para 37,7% no final do ano de 2000.

Para visualização das mudanças ocorridas na comunidade, no indicador de saúde – aleitamento materno exclusivo – foi realizada uma leitura e decodificação do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) do município, no período de janeiro de 2000 a novembro de 2004, com o intuito de mostrar a melhoria no índice de aleitamento materno exclusivo na faixa etária de 0 a 4 meses de idade. Importante ressaltar que, apesar da preconização do Ministério da Saúde de amamentação exclusiva até os 6 meses de vida, os dados relativos a esse tipo de aleitamento, no sistema de informação, é de até 4 meses de vida.

Uma das fichas avaliadas foi a Ficha B-GES (ficha para acompanhamento das gestantes), que mostra o estado de saúde das gestantes (Anexo II). A cada visita, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), orientado pelo enfermeiro da equipe, obtinha dados importantes como: data da vacina antitetânica; estado nutricional; marcação da data da consulta pré-natal; fatores de risco, como idade materna igual ou superior aos 36 anos, idade materna igual ou inferior a 20 anos, qualquer sangramento vaginal durante a gestação; presença de doenças, como diabetes e hipertensão arterial; ocorrência de pelo menos uma gestação anterior que resultou em natimorto ou aborto; e mulher com seis ou mais gestações. Esse acompanhamento foi monitorado pelo enfermeiro do PSF, anterior e após a visita domiciliar do ACS, com o objetivo de priorizar e antecipar o atendimento para a promoção da saúde da futura mãe e do recém-nascido. A importância dessa ficha consistia no reconhecimento de gestantes que existiam no município, visando às orientações corretas para cada caso e para, a partir desse momento, elas serem encaminhadas ou ingressadas no Grupo de Gestantes.

A gestante era convidada a fazer parte do Grupo de Gestantes assim que era descoberta a gravidez. Nesse Grupo, as gestantes receberam orientações, como: a importância do aleitamento materno, a composição do leite materno, a introdução de alimentos para o bebê, o processo de desmame, o esquema de vacinação do bebê, como cuidar do coto umbilical, a importância do esquema nutricional no período da

gestação, os tipos de partos mais utilizados e suas conseqüências, a saúde física e mental da futura mãe e os cuidados com o corpo e suas modificações no período gestacional, entre outros.

Nos primeiros cinco dias após o nascimento da criança, a enfermeira do PSF visitou os recém-nascidos, com o objetivo de reforçar os cuidados que a mãe-nutriz deveria ter com o bebê. Era importante reforçar sobre o curativo do coto umbilical, banhos diários, massagens nas mamas, descida do leite, posicionamento para amamentar, esquema de vacinação, alimentação da nutriz e observar como o ato de amamentar estava sendo realizado, indicando possíveis melhorias.

O acompanhamento e o fechamento dos dados mensais era feito com a Ficha SSA2 (relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias na área/equipe) – ficha que seria importante para o acompanhamento das crianças (Anexo III). Dentro desse instrumento, é importante ressaltar para a nossa pesquisa a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. O ACS deveria registrar mensalmente se a criança estava amamentada, de acordo com os seguintes critérios: Aleitamento Exclusivo (AE) e Aleitamento Misto (AM) no Cartão-Sombra da Criança.⁹ Esses dados, além do acompanhamento da curva de crescimento e de desenvolvimento, deveriam ser repassados ao enfermeiro após cada visita domiciliar.

Ao final de cada mês, os dados citados seriam repassados ao SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), e este seria encaminhado juntamente com outras informações à Gerência Regional de Saúde (GRS), em Barbacena.

⁹ Cartão da Criança: instrumento utilizado para o acompanhamento da criança, padronizado pelo Ministério da Saúde. Esse cartão é produzido em dois modelos distintos: um para a criança do sexo masculino e outro para a criança do sexo feminino. Para as crianças menores de 2 anos, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), deve utilizar, como base de coleta de dados, o Cartão da Criança, que está de posse da família, transcrevendo para seu Cartão-Sombra os dados registrados no Cartão da Criança.

A análise de resultados foi realizada com a decodificação dos dados do fechamento do SIAB e das entrevistas, no período compreendido entre janeiro de 2000 e novembro de 2004. Apresentamos, nas considerações finais, os dados em forma de tabelas e gráficos para a melhor visualização das modificações no indicador de saúde delimitado pela pesquisa.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS DADOS

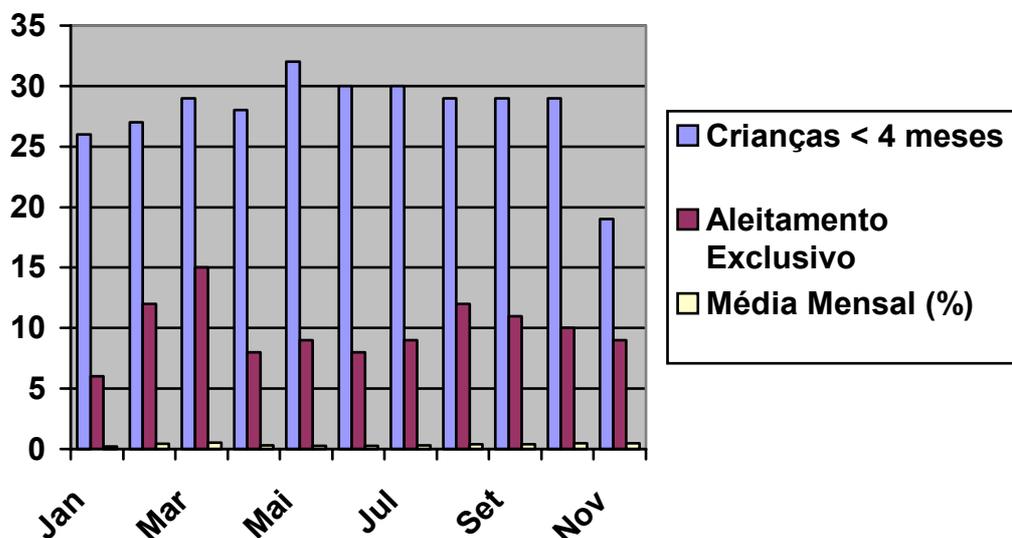
No primeiro ano de trabalho, obtivemos dados interessantes sobre o índice de aleitamento materno. A média mensal, anterior à inserção da equipe do PSF, girava em torno de 23% de aleitamento materno exclusivo. Após os primeiros encontros do Grupo de Gestantes, esse índice oscilava entre 28% e 47%. No entanto, a média anual foi de 37,79%, observados na Tabela 1 e no Gráfico 1.

Tabela 1 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2000 a dez. 2000.

Ano 2000	jan.	fev.	mar.	abr.	maio	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.
crianças < de 4 meses	26	27	29	28	32	30	30	29	29	29	19	19
Aleitamento Exclusivo	6	12	15	8	9	8	9	12	11	10	9	9
Média Mensal (%)	23,08%	44,44%	51,72%	28,57%	28,13%	26,67%	30%	41,31%	37,48%	47,37%	47,36%	47,36%
Média Anual (%)	37,79%											

Fonte: www.datasus.gov.br.

Gráfico 1 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2000 a dez. 2000.



Fonte: www.datasus.gov.br.

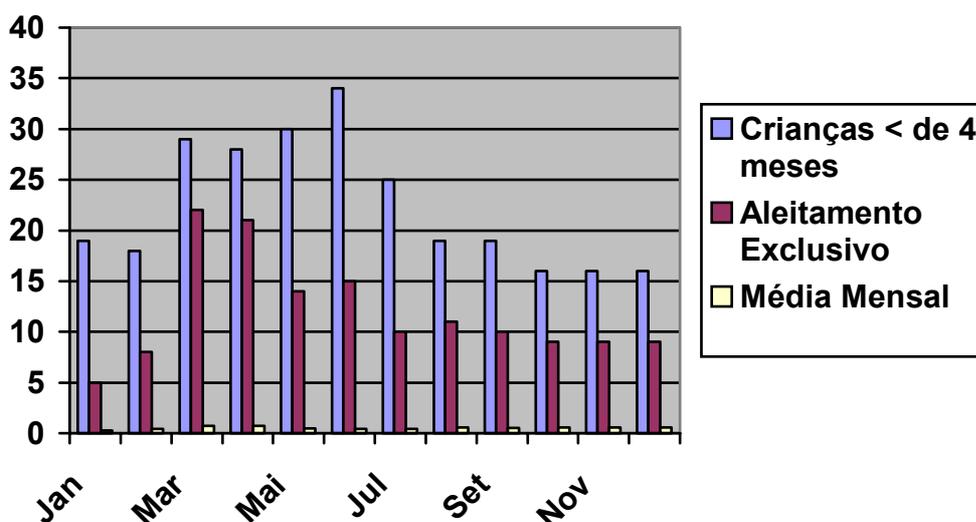
Observa-se que, após um ano de trabalho do PSF no Município, o aleitamento materno exclusivo, que permanecia na média de 37%, obteve um aumento percentual, chegando a 52,64% no ano subsequente. A credibilidade da equipe e a necessidade de informações em prol da saúde fizeram com que as gestantes aderissem ao Grupo e iniciassem o processo de mudanças.

Tabela 2 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2001 a dez. 2001.

Ano 2001	jan.	fev.	mar.	abr.	maio	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.
crianças < de 4 meses	19	18	29	28	30	34	25	19	19	16	16	16
Aleitamento Exclusivo	5	8	22	21	14	15	10	11	10	9	9	9
Média Mensal	26,32%	44,44%	75,86%	75%	46,67%	44,17%	40%	57,89%	52,63%	56,25%	56,25%	56,25%
Média Anual	52,64%											

Fonte: www.datasus.gov.br.

Gráfico 2 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2001 a dez. 2001.



Fonte: www.datasus.gov.br.

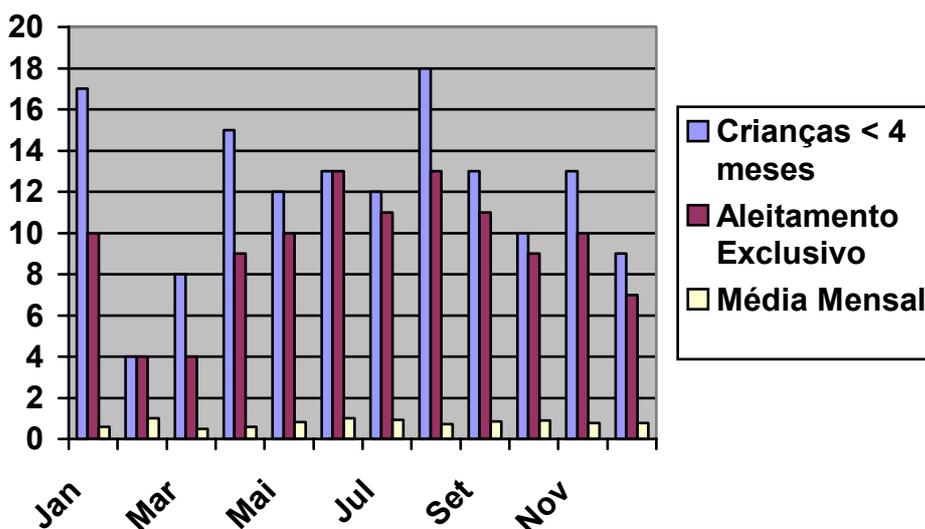
No ano de 2002, foi conseguida a média de 78,79% de aleitamento exclusivo. Vale ressaltar que o Grupo de Gestantes obteve uma interação visível e começaram a fazer parte do mesmo outras pessoas importantes para a gestante (pais dos bebês, avós, tias e até amigas das mesmas). Ressalto que esse foi um momento importante da pesquisa, pois, ao introduzir no Grupo as mulheres que indiretamente interferiam no processo da amamentação, elas começaram a perceber e a aceitar as informações científicas e aconteceram desmistificações de algumas crenças que haviam sido repassadas por ancestrais.

Tabela 3 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2002 a dez. 2002.

Ano 2002	jan.	fev.	mar.	abr.	maio	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.
crianças < de 4 meses	17	4	8	15	12	13	12	18	13	10	13	9
Aleitamento Exclusivo	10	4	4	9	10	13	11	13	11	9	10	7
Média Mensal	58,82%	100%	50%	60%	83,33%	100%	91,66%	72,22%	84,82%	90,00%	76,92%	77,78%
Média Anual	78,79%											

Fonte: www.datasus.gov.br.

Gráfico 3 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2002 a dez. 2002.



Fonte: www.datasus.gov.br.

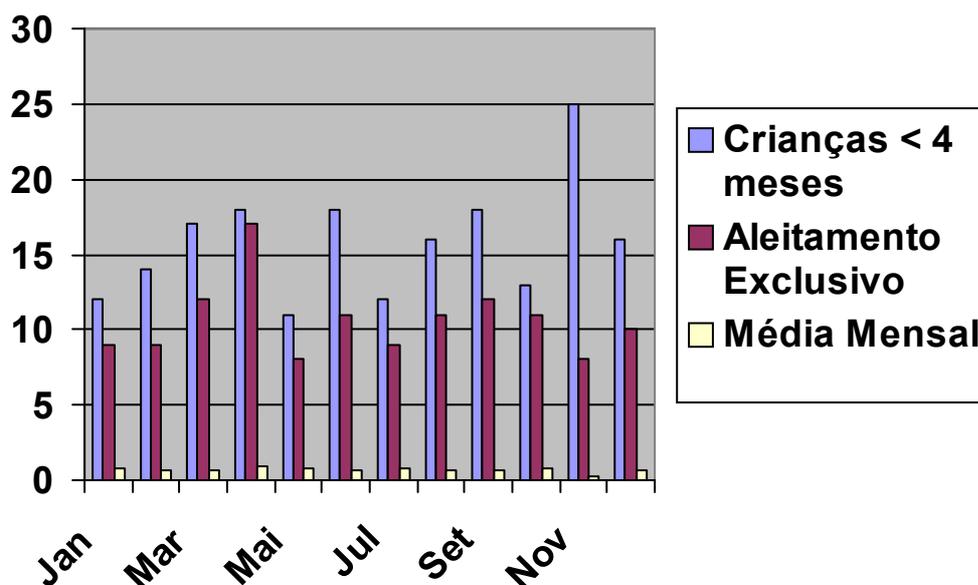
Em 2003, houve uma queda no índice. Entende-se que esse foi o período em que participou do Grupo um maior número de gestantes adolescentes e que não aderiram à amamentação exclusiva.

Tabela 4 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2003 a dez. 2003.

Ano 2003	jan.	fev.	mar.	abr.	maio	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.
crianças < de 4 meses	12	14	17	18	11	18	12	16	18	13	25	16
Aleitamento Exclusivo	9	9	12	17	8	11	9	11	12	11	8	10
Média Mensal	75%	64,29%	70,59%	94,44%	72,73%	61,11%	75%	68,65%	66,67%	84,62%	32%	62,50%
Média Anual	69%											

Fonte: www.datasus.gov.br.

Gráfico 4 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2003 a dez. 2003.



Fonte: www.datasus.gov.br.

A partir de 2004, o índice de aleitamento materno exclusivo manteve-se em 70%. O Grupo de Gestantes fazia parte da rotina do pré-natal. O vínculo entre equipe, mulheres e núcleo familiar estreitava-se a cada mês. Podíamos perceber a importância do papel da educação para a saúde através da presença e dos questionamentos das mesmas.

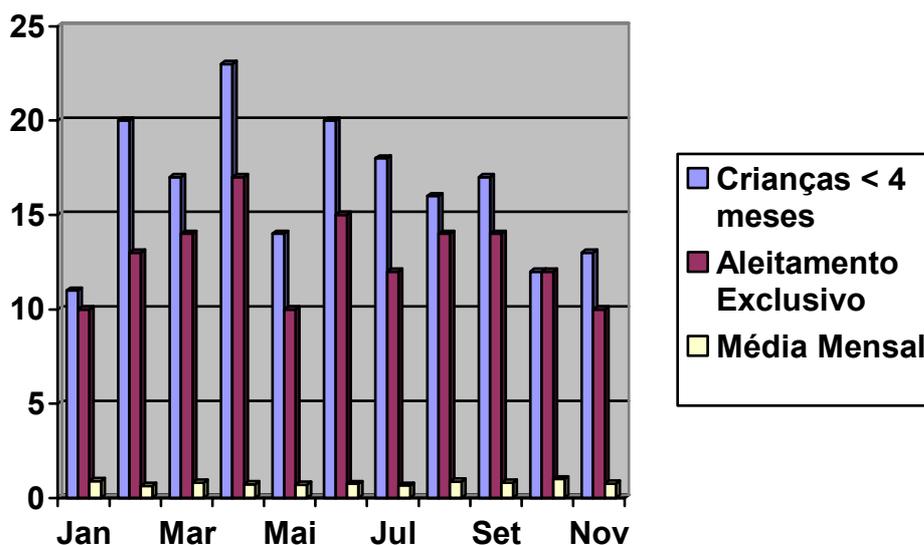
Tabela 5 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2004 a ago. 2004.

Ano 2004	jan.	fev.	mar.	abr.	maio	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.
crianças < de 4 meses	11	20	17	23	14	20	18	16	17	12	13
Aleitamento Exclusivo	10	13	14	17	10	15	12	14	14	12	10
Média Mensal	90,90%	65%	82,35%	73,91%	71,42%	75%	66,66%	87,50%	82,35%	100%	76,92%

Média Anual 72,66%

Fonte: www.datasus.gov.br.

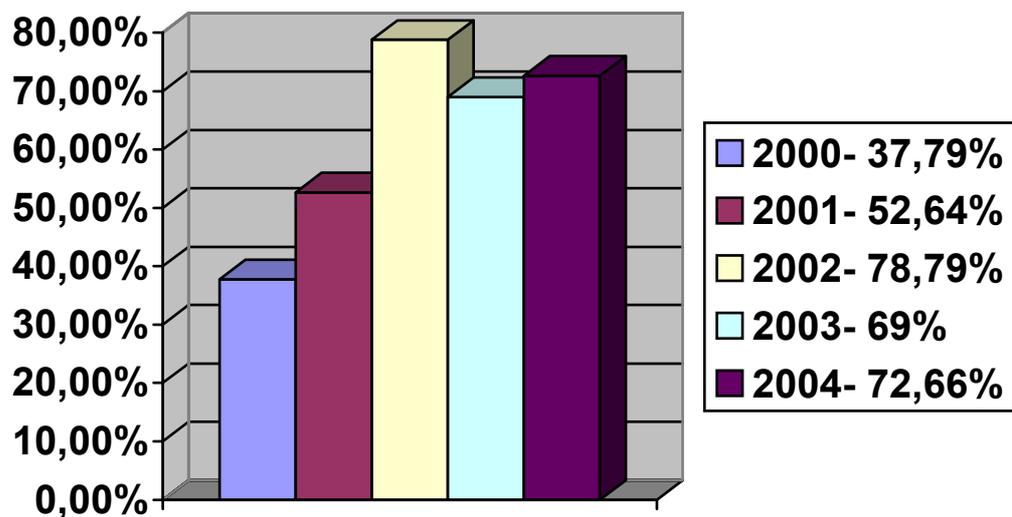
Gráfico 5 – Porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças da faixa etária de 0 – 4 meses, no período de jan. 2004 a ago. 2004.



Fonte: www.datasus.gov.br.

Visualizaremos, através do Gráfico 6, as mudanças ocorridas no índice de aleitamento materno entre jan. 2000 e nov. 2004. Importante lembrar que a formação da equipe de PSF e da implantação do Grupo de Gestantes se deu em março de 2000.

Gráfico 6 – Referente à prática de aleitamento materno exclusivo de crianças da faixa etária de 0 a 4 meses de idade nos anos 2000 a 2004.



Fonte: SIAB – Sistema de Informação à Atenção Básica – Município de Cristiano Ottoni.

CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Paulo Freire (1994), “é necessário ensinar o homem a pensar criticamente a realidade, mostrando o que é a liberdade de escolha e como conscientizar-se” (p. 26). Para aprender criticamente, seria necessário recriar tudo o que foi aprendido anteriormente por essa comunidade. O conhecimento que foi repassado aos indivíduos não incentivava a capacidade crítica das pessoas e não acrescentava informações adequadas para que os mesmos pudessem fazer suas escolhas.

Foi através da pesquisa do ambiente em que viviam as gestantes, de sua vida cotidiana, seus hábitos e costumes, respeitando suas crenças, que conseguimos constatar a verdadeira realidade à qual estavam inseridos. Ao instigar a curiosidade e o interesse da população, percebemos que os indivíduos realizavam algumas intervenções na realidade própria, modificando alguns hábitos e costumes.

Enquanto os profissionais de saúde investiam em métodos incompreensíveis de explicações em que prevalecia a verdade de um grupo, os sujeitos da própria comunidade, que possuíam verdades próprias, sequer eram ouvidos.

Terezinha Rios (2001) reforça que todas as manifestações simbólicas do ser humano são caminhos para que o mesmo consiga compreender o mundo no qual vive e transforma. A partir do entendimento de que a realidade do homem pode ser transformada, as relações de convívio, os obstáculos e as frustrações podem ser mudados através de um compromisso de um ser para com o outro. O profissional da saúde compreende que não pode ser superior e que, mesmo habitando um mundo de técnicas e equipamentos, não lhe é concedida a capacidade de supor que os outros seres são incapazes e ignorantes. Tem que haver compromisso com a sociedade, com as pessoas. O compromisso é ação e reflexão sobre a realidade, a qual pode ser modificada cientificamente, uma vez que quanto mais seu

conhecimento é ampliado, mais há uma substituição da visão ingênua da realidade por uma visão crítica da mesma.

Como seres humanos, estamos sempre nos educando. Partimos da ignorância para sermos sábios e, porque já estamos inseridos em uma cultura, não somos ignorantes completos. Partimos de um saber generalizado para um saber sistematizado. A sabedoria está na humildade de transmitir o conhecimento e recebê-lo.

Uma comunidade possui sua realidade, suas crenças, suas certezas e seus conceitos próprios. Modificá-los não é a alternativa correta. Nesse momento, compreende-se qual a importância do planejamento participativo, ressaltado por José Bernardo Toro Arango (2001). O ideal é acrescentar saberes, e estes não podem ser impostos, têm que ser comunicados. A realidade se transforma a partir do momento em que as pessoas procuram soluções para seus problemas.

Após quatro anos de convivência com essa comunidade, podemos encontrar, ainda, vários problemas; porém, as próprias pessoas se conscientizaram da necessidade de práticas, como higiene, consultas de pré-natal, saneamento básico, vacinação e puericultura, que é o acompanhamento da criança de 0 a 2 anos de idade. Os indicadores de saúde melhoraram. Todavia, ainda não são ideais.

A saúde e a educação, neste momento da pesquisa, unem-se. O senso comum e o conhecimento científico convivem e transformam realidades.

Como a amamentação depende do momento vivenciado pela mulher, de sua bagagem cultural e de suas experiências com a maternidade, segundo Nakano (1996), esta mulher possui experiências anteriores que poderão influenciar a motivação da prática de amamentar ou não. O contato com os serviços de saúde podem ser, por esse motivo, importante para estabelecer vínculos com essa futura mamãe.

Partindo do pressuposto de que a amamentação possui uma dimensão de ritual e socialização, evidencia-se a necessidade de envolvimento de outros sujeitos ligados a essa mulher. Conforme Winnicott (2001), a boa mãe é aquela que possui atitude sensível, porém instintiva, durante o processo de desenvolvimento do seu filho, visto a vulnerabilidade do bebê nesse período de sua existência. Também o autor entende que a auto-realização da mãe é fundamental para o sucesso da prática de amamentar; portanto, a experiência da amamentação está intimamente ligada às suas próprias experiências. Essas experiências são correlacionadas a outros sujeitos, que convivem diretamente com essa mulher e que possivelmente influenciam sua decisão de amamentar.

Antônio da Silva Mello (1966) reconhecia que a amamentação se processa de forma instintiva, sem qualquer necessidade de aprendizagem e, ainda, que a amamentação não é um simples ato mecânico de sugar, pois há interação com os fatores psíquicos, com a emoção materna e com o desejo de satisfazer o lactente.

Ressaltamos que rara é a mulher que amamenta seu filho durante meses, excepcionalmente durante anos. No entanto, a amamentação é uma função instintiva, sem qualquer necessidade de aprendizagem, tendo uma finalidade imperativa que garante a procriação da espécie.

Partindo das questões da entrevista, observa-se que 80% dos sujeitos não completaram o 1º Grau do Ensino Médio; desse contingente, 50% não terminaram o Ensino Fundamental. Uma das entrevistadas terminou o Ensino Médio e a outra terminou o curso de graduação em Letras.

A renda familiar de 50% das entrevistadas é menor do que um salário mínimo. Apenas uma reside com os pais; 90% das mesmas são casadas. No entanto, todas relatam não ter profissão definida. Trabalham em casa, cuidando dos afazeres domésticos. As outras 50% possuem renda familiar de até três salários mínimos. Apenas uma entrevistada trabalha e ajuda nas despesas domésticas.

Das primigestas entrevistadas, 40% iniciaram as consultas de pré-natal logo após a descoberta da gestação. As 60% restantes iniciaram as consultas de pré-natal entre o segundo e o quarto meses.

Apenas 30% das gestações foram planejadas pelos casais. Das 70% restantes, 20% não foram desejadas e em 50% houve falha no método de contracepção utilizado.

Das primigestas que ainda não participaram do Grupo de Gestantes e não receberam orientações pertinentes ao aleitamento materno, podemos ressaltar que, em todos os casos, elas pretendem ou têm o desejo de amamentar no peito seus bebês:

Pretendo dar de mamã. É bom e é um remédio para a criança de até seis meses (A. F. D., 18 anos).

Sim. A enfermeira do posto falou da importância de amamentar (G. A. S., 17 anos).

Quando indagadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, as mesmas primigestas respondem afirmativamente à questão, justificando:

Evita doença e faz bem à criança (E. A. B., 24 anos).

Porque ele tem tudo que o bebê precisa (G. A. S., 17 anos).

Para as primigestas que já participaram de duas ou mais reuniões, segundo relato, todas pretendem amamentar e sabem responder qual a importância do aleitamento materno exclusivo.

Com certeza! Primeiro é mais prático e segundo é ótimo para a criança. Quero prolongar a amamentação. Enquanto tiver leite quero amamentar (M. J. S., 35 anos).

Sim. Melhor para mim e para o nenê (L. A. V., 20 anos).

Apenas um sujeito relata que além do leite materno tem a intenção de complementar o alimento do bebê com fórmulas industrializadas. Ao justificar sua afirmação, ela comenta que *“a minha mãe sempre disse que amamentar somente no peito é muito*

cansativo e que o peito cai depois” (L. R. O. D., 28 anos). A cultura é, portanto, o conjunto dos significados que o sujeito estabelece com outros seres humanos. Reportamos a Clifford Geertz (1989): somos seres culturais. Por isso, o aleitamento materno também passa por uma condição cultural.

A experiência vivenciada pela mulher durante a gestação deve ser levada em consideração, assim como sua bagagem cultural e sua experiência com a maternidade, pois influenciam no ato de amamentar. Nakano (1996) deixa claro que a amamentação possui uma dimensão de ritual e socialização.

Sobre os comentários que interferem na opinião da gestante para resolução da prática do aleitamento materno, percebe-se que 80% das entrevistadas são influenciadas, de alguma maneira, por mulheres próximas de seu convívio.

Minha mãe sempre disse que o leite é bom para a saúde do nenê e para o útero (L. A. V., 20 anos).

Minha mãe e minha sogra disse que dá de mamar é uma coisa boa (A. M. R., 21 anos).

Minha sogra insiste para que eu amamente (G. A. S., 17 anos).

Interessante ressaltar que o preparo das mamas para a prática do aleitamento foi iniciado apenas por 30% das primigestas que já fazem parte do Grupo de Gestantes.

As puérperas foram entrevistadas em seu domicílio, visto a comodidade e tranquilidade para o bebê e para as mães. Encontramos no município apenas duas nutrizes na data das entrevistas, uma em puerpério imediato (5º dia) e a outra em puerpério tardio (21º dia).

As nutrizes têm em comum: não completaram o ensino fundamental; renda familiar encontra-se menor que três salários mínimos; realizam atividades domésticas; realizaram mais de seis consultas de pré-natal, além de participar dos grupos de gestantes; e a gravidez foi desejada e planejada. No entanto, uma das entrevistadas não reside com o pai da criança. Um parto normal e o outro, cesariana. A descida do

leite na puérpera de parto normal ocorreu nas primeiras 24 horas após o parto; na cesariana, três dias após o parto.

Ressalto que, em nenhum dos casos, as puérperas utilizaram o aleitamento exclusivo. Utilizam com o leite materno o leite de vaca “in natura” e leite industrializado, intercalando com as mamadas, *“principalmente à noite, para que eu possa dormir melhor”* (A. G. P., 38 anos).

O aleitamento materno foi influenciado por várias pessoas, como mãe, irmã e sogra. Segundo relato: *“Não dá leite de vaca, dá leite de peito. Leite de peito não gripa, leite de peito é saúde!”* No entanto, *“Não gosto de dar de mamá. Sinto uma coisa ruim...”* (A. G. P., 38 anos).

Ressalto, novamente, que, em janeiro de 2005, fui substituída por outro profissional enfermeiro, tendo em vista meus compromissos acadêmicos com a Universidade em que leciono e com o Mestrado. Na fase da pesquisa, obtive dados interessantes, que descrevo a seguir: os Grupos de Gestantes, anteriormente, reuniam-se uma vez a cada mês com os profissionais, enfermeiro e médico, como também com as mulheres e companheiros das gestantes. No momento da pesquisa, essa estratégia não estava sendo utilizada. As orientações passaram a ser realizadas durante a consulta pré-natal e em Grupos de Gestantes que estavam sendo estruturados conforme a demanda, sem a regularidade dos encontros.

Atualmente, o índice de aleitamento materno exclusivo permanece em torno de 60%, na faixa etária de 0 a 4 meses de idade, segundo informações do Município. A adesão das gestantes ao Grupo é irregular por vários motivos; porém, as mulheres que participaram das reuniões no início do ano de 2006 (janeiro e fevereiro) informaram que as mesmas foram realizadas na Câmara Municipal, e não na sala de espera do PSF. Reporta-se, por esse motivo, à necessidade de atendimento a pequenos grupos, até dez indivíduos, para que as dúvidas e questionamentos sejam esclarecidos, mesmo que seja necessária a realização de mais de um encontro ao mês.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e as mulheres configurou em aceitação e confiança recíprocas. A partir de então, a troca de informações entre profissional e população foi efetiva. Além disso, o respeito pelas opiniões contrárias e pelo ser humano contribuiu para que a média de aleitamento materno no Município se mantivesse acima da média estadual, que permanece em torno de 60%.

Necessário registrar que, conforme Klein (1991), o vínculo mãe-filho influencia na rede de relacionamentos futuros do indivíduo. A importância desse vínculo é percebida durante todos os momentos da pesquisa, principalmente durante a prática de amamentar. O contato físico e as manifestações de carinho são momentos de intensa intimidade e afeto.

CAPÍTULO 7

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

A relação estabelecida entre o enfermeiro e as gestantes do Grupo otimizou o trabalho de educação em saúde, contribuindo como facilitador para as mudanças do indicador de saúde – aleitamento materno.

Ressalto a importância do trabalho educacional com as pessoas que são envolvidas diretamente com as gestantes. Foi interessante perceber que a influência de outras mulheres do convívio dessa gestante contribuiu para o aumento dos índices de aleitamento e que o saber científico foi incorporado ao saber popular.

Apesar do trabalho em equipe e do envolvimento da população local, após as eleições para prefeito do ano de 2004, a equipe foi dissolvida em prol de indicações políticas dos novos governantes. A nova estrutura do PSF não tinha vínculos com a população e até os mesmos serem construídos o trabalho da equipe anterior foi perdido. Observa-se essa afirmação na diminuição do aleitamento materno exclusivo no ano subsequente, ou seja, em 2005, o índice de aleitamento materno exclusivo girava em torno de 45%.

Não se finaliza, neste momento, o tema pertinente ao índice de aleitamento materno exclusivo na região pesquisada. Ainda há muito para realizar nos diferentes setores que trabalham com a saúde da mulher e da criança. Ao finalizar esta etapa, deixo alguns caminhos que poderão ser percorridos por outros profissionais que trabalham a ciência da saúde e a ciência da educação, com as práticas preventivas e intervencionistas.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, José Aprígio Guerra de. *Amamentação: Um Híbrido Natureza-Cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. *Duas décadas de políticas pública no Brasil*. São Paulo: Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsam.cit.fiocruz.br>>. Acesso em: 18 fev. 2006.

_____; ROCHA J. S. Y. Enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, p. 43-49, jan./mar. 1996.

ANATOMIA DA MAMA. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br>>. Acesso em: 21 dez. 2004.

ARANGO, José Bernardo Toro. A gestão da política educacional como política social. *Rev. Presença Pedagógica*, n. 39, maio/jun. 2001. Disponível em: <<http://www.editoradimensao.com.br/revistas/revista39trecho.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2006.

ARANHA, Maria Lúcia A. *História da Educação*. 2 ed. São Paulo: Moderna, 2000.

_____; MARTINS, M. H. P. *Filosofando*. Introdução à Filosofia. São Paulo: Moderna, 1986.

AZEVEDO, Fernando de. *A cultura brasileira: introdução ao estudo da cultura no Brasil*. São Paulo: Melhoramentos, 1958.

BACHRACH, V.R.; SCHWARZ E.; BACHRACH L.R. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, p. 157, 237-243, 2003.

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução Waltensin Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Informe Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde, ano 4, n. 69, 2000.

_____. Incentivo Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)*. Alimentação responsabilidade de todos. Brasília, 1996. p. 2.

_____. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 1.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. *Área Técnica de Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BUSS, Paulo *et al.* *Promoção da saúde e da saúde pública: contribuição para o debate entre escolas de saúde pública da América Latina*. Rio de Janeiro, 1998. (mimeo).

CARVALHO, Antonio Ivo de. *Política de saúde e organização setorial do país*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Odair. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 3 ed. São Paulo: UNICAMP, 2002

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. *Metodologia Científica*. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHAUÍ, Marilena. *Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CORDEIRO, Hésio. Coleção Gente: Hésio Cordeiro. Rio de Janeiro: Rio, 2004.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

FORNA, Aminatta. *Mães de Todos os Mitos: Como a Sociedade Modela e Reprime as Mães*. Tradução Ângela Lobo de Andrade. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FREIRE, Paulo. *Educação e Mudança*, 25 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

_____. *Pedagogia da Esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 19 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GADOTTI, Moacir. *Perspectivas Atuais da Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEOVANINI, Telma *et al.* *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIUGLIANI, Elsa. Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, n. 70, p. 138-151, 1994.

GOULART, Iris Barbosa; BREGUNCI, M. das Graças. Interacionismo simbólico: um perspectiva psicossociológica. *Em Aberto*, Brasília, ano 9, n. 48, p. 51-60, out./dez. 1990.

HORTA, W. *Os Mitos da Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 60-63, 1975.

INDICADOR DE SAÚDE: Aleitamento materno exclusivo. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2006.

KLEIN, Melanie. *Inveja e Gratidão: e outros trabalhos, 1882-1960*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.; FUGULIN, F. M. T. *et al. Gerenciamento de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LE GOFF, Jaques. *História e Memória*. 4 ed. São Paulo: Unicamp, 1996.

MAHAN, L. K. ESCOTT-STTUMP S. Krause's Food Nutrition and Diet Therapy. USA: Copyright, 1989.

MELLO, A. da Silva. *Assim Nasce o Homem: Filosofia do Parto e da Amamentação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.

MENDES, Eugênio Villaça. *O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/publicação/textos_apoio/ACF9371.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2006.

_____. Um novo paradigma sanitário. *Uma agenda para a saúde*, São Paulo: HUCITEC, 1999.

MURARO, Rose Marie. *A Mulher no Terceiro Milênio: uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro*. 8 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

NAKANO, A. M. S. *O Aleitamento Materno no Cotidiano Feminino*. 1996. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

OLIVEIRA, Marta Kolhd de. *Vygotsky: Aprendizagem e Desenvolvimento – Um Processo Sócio-Histórico*. 4 ed. São Paulo: Scipione, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração dos Direitos e Deveres do Homem*. Bogotá, 1948. Disponível em: <<http://www.un.org/french/abouttan/duddh.htm> e www.dhnet.org.br/direitos/deconu/coment/8.htm>. Acesso em: 8 jan. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Otawa, nov. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promoção/uploadArq/otawa.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna*. Washington (DC), 1991.

PAREDES, Eugênia Coelho. *Psicologia da Aprendizagem*. Cuiabá- MT: Ministério da Educação / Universidade Federal Mato Grosso: Núcleo de Educação Aberta e a Distância-NEAD, 2000, v. 3.

PRADO, Felício Cintra. *Atualização Terapêutica*. 17 ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1995. p. 960.

RAPPAPORT, Clara Regina; FIORI, Wagner da Rocha; DAVIS, Cláudia. *Teorias do Desenvolvimento: Conceitos fundamentais*. São Paulo: EPU, 1981. v. 1.

REZENDE, Jorge. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RIOS, Terezinha Azeredo. *Ética e Competência*. São Paulo: Cortez, 2001.

ROTEMBERG, Sheila; VARGAS, Sônia de. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, jan./mar. 2004.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 3, n. 5. 3 de outubro de 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?sci_arttext&pid=S0034-89>. Acesso em: 3 set. 2005.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOKOL, EJ. *Em defesa da amamentação*. São Paulo: IBFAN Brasil, 1999. p. 11-18.

TEIXEIRA, Anísio. *Educação no Brasil*. São Paulo: Nacional, 1969.

_____. *Educação é um direito*. 2 ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

TRIVIÑOS, Anísio. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

WARTHINGTON RABERTS BS. Lactação e Leite Humano: considerações nutricionais. In: WARTHINGTON RABERTS BS; VERMEERSCH J; WILLIAMS SIL. *Nutrição na gravidez e lactação*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. p. 187- 240.

WINNICOTT, D. W. *O Ambiente e o Processo de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *Os Bebês e Suas Mães*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. Joint WHO/UNICEF Statement. Geneva, 1989.

_____. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. *Bull World Health Organ*, 1995, 73:165-174.

_____. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1, 1998.

Bibliografia Complementar

ALBERNAZ, Elaine; VICTORIA, César G. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Rev. Panam Salud Publica*, Pan Am J Public Health, 14(1), 2003.

ALBUQUERQUE, Paulete Cavalcante de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALMEIDA, José Aprígio Guerra; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ 6(3): 71-75, 1998.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Breastfeeding and the use of human milk*. Work Group on Breastfeeding. Pediatrics. 1997;100:1035-9.

ALVARADO MR; ATALAH, SE; DIAZ, FS; RIVERO, VS; LABBE, DM; ESCUDERO, PY. *Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation*. Food Nutr Bull. 1996; 17:49-53.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: Uma Introdução ao Estudo da Psicologia*. 13 ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 1999.

CRODIÈ, Anny. *Os Atrasados Não Existem: Psicanálise de Crianças Com Fracasso Escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CZERESNIA, Dina. The Concept of health and the difference between prevention and promotion. Caderno Saúde Pública, v.15 nº 4. Rio de Janeiro, out./dez 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=arttext&pid=S0102-3>>. Acesso em: 3 set. 2005.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE M.F. *Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem*. Tradução Regina Machado Garcez. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GARCIA, Regina Leite. *Revisitando a Pré-Escola*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GIUGLIANI. Ellsa RJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J. Pediatria*, Rio de Janeiro, nov. 2004, v. 80, n. 5, supl. p. s147-s154. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S002-7>. Acesso em: 28 ago. 2005.

_____; Victora CG. *Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: bases científicas*. Brasília: OPS/OMS; 1997.

KING, F. Savage. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição- INAN/Coordenação Materno Infantil- COMIN. *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno*. Brasília, 1994.

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA, 1996.

MELLO, A. da Silva. A Boca do Homem: Cárie, Mastigação e Mau Hálito. Organização Gilberto Felisberto Vasconcelos. São João del-Rei, *Ponte da Cadeia*, 2002.

MONSON, M. R. R. *et al. Revisão e Avaliação das Ações Nacionais para Implementação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno*. Brasília: Gráfica Modelo, 1991.

OMS/UNICEF. *Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno*. Genebra: OMS, 1989. p. 32.

PARRAT, S. L'enfant, la mère et ses vicissitudes. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, n. 7, 1989. Université de Genève.

REA, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 19, sup. 1, p. 37-45, 2003.

_____. Substitutos do leite materno: passado e presente. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 3, jun. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-8>. Acesso em: 28 ago. 2005.

SILVA, A. A. M. *Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira*. 1990. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

VALENTE, Flávio Luís Schieck. Fome Desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. *Artigo Revista: Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12 n. 1, jan./jul. 2003. Disponível em: <<http://periodicosapes.gov.br>>. Acesso em: 16 out. 2004.

ANEXOS

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXOII – Ficha B-GES – Ficha para acompanhamento das gestantes

ANEXO III – Ficha SSA2 – Relatório da situação de saúde a acompanhamento das famílias na área/equipe

ANEXO IV – Quadro 1 – Contribuições hormonais para o desenvolvimento da mama e lactação

ANEXO V – Roteiro da entrevista com primigestas que não participaram de nenhuma reunião do Grupo de Gestantes

ANEXO VI – Roteiro da entrevista com primigestas que participaram das reuniões e já obtiveram orientação sobre o aleitamento materno

ANEXO VII – Roteiro de entrevistas com puérperas (Mediato ou Tardio)