



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO**

GABRIELE ALVES DE PAULA CHEMIN

**ALEITAMENTO MATERNO: SABERES E PRÁTICAS DAS LÍDERES DA
PASTORAL DA CRIANÇA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

IRATI

2016

GABRIELE ALVES DE PAULA CHEMIN

**ALEITAMENTO MATERNO: SABERES E PRÁTICAS DAS LÍDERES DA
PASTORAL DA CRIANÇA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, campus de Irati, linha de pesquisa Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários.

Orientadora: Prof^ª. Dr. Cristina Ide Fujinaga

IRATI

2016

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

CHEMIN, Gabriele Alves de Paula.

C517a Aleitamento materno: saberes e práticas das líderes da Pastoral da Criança /
Gabriele Alves de Paula Chemin. – Irati, PR : [s.n], 2016.
80 f.

Orientadora: Prof^ª Dr. Cristina Ide Fujinaga

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento
Comunitário. Área de Pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos
contextos comunitários. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.

1. Medicina – pediatria. 2. Políticas públicas. 3. Interdisciplinaridade.
4. Organização comunitária. I. Fujinaga, Cristina Ide. II. UNICENTRO. III. Título.

CDD 618.921

TERMO DE APROVAÇÃO

GABRIELE ALVES DE PAULA CHEMIN

ALEITAMENTO MATERNO: SABERES E PRÁTICAS DAS LÍDERES DA PASTORAL DA CRIANÇA

Dissertação aprovada em 05/12/2016 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no curso de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, na linha de pesquisa Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Cristina Ide Fujinaga
Instituição: UNICENTRO

Prof^a. Dr^a Elaine Cristina de Oliveira
Instituição: UFBA

Prof. Dr. César Rey Xavier
Instituição: UNICENTRO

Irati – PR

2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as líderes comunitárias da Pastoral da Criança que, com carinho e amor, procuram combater a desnutrição e mortalidade infantil.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder sabedoria e perseverança, proporcionando mais esta vitória na minha jornada.

Aos meus pais, *Euclides e Maria de Lourdes*, por todo apoio, incentivo e amor dedicados ao longo da minha vida. Em especial à minha mãe, presença constante em todo o processo desse trabalho, me acompanhando nas viagens e congressos, tornando esse período mais agradável.

Ao meu marido, *Tiago*, por estar ao meu lado em todos os momentos, dividindo minhas alegrias e minhas angústias durante toda essa jornada. Essa conquista também é sua! Amo você!

A toda minha família, em especial aos meus irmãos *Evelyne e Rafael*, cunhados *David e Patrícia* e minhas queridas afilhadas *Érica e Júlia*, pelo incentivo e amor dedicados.

À minha orientadora, *Prof^a Dr^a Cristina Ide Fujinaga*, por compartilhar seus conhecimentos, pela amizade, dedicação e apoio. Por ter o dom de reconhecer a hora de soltar e a hora de cobrar, cumprindo seu papel de orientadora com maestria. O aprendizado que tive nesse período foi muito além do acadêmico. Sua experiência de maternagem nesse período nos possibilitou belas reflexões a respeito do nosso posicionamento enquanto mãe/mulher/nutriz. Minha eterna gratidão!

Aos professores *César Rey Xavier e Elaine Cristina de Oliveira*, pela grande colaboração na composição deste trabalho. Minha gratidão por compartilharem seus conhecimentos.

À minha companheira de estudos e viagens, *Gislaine*, por todas as discussões e contribuições acadêmicas e pessoais.

Aos colegas do mestrado pela amizade conquistada e pela aprendizagem compartilhada.

Aos docentes do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário por aceitarem o desafio da pesquisa interdisciplinar possibilitando um novo

olhar do conhecimento e da atuação profissional nas diversas áreas compartilhadas durante as aulas.

Ao meu primo *Fabrizio Cieslak*, primeiro incentivador dessa jornada, que sempre acreditou na minha capacidade.

À *Antonina Teixeira Hrycay*, coordenadora de Ramo da Pastoral da Criança de Palmeira, que tornou possível a realização deste trabalho.

A todas as participantes deste estudo que me acolheram com carinho e compartilharam suas experiências tornando possíveis as discussões aqui apresentadas.

CHEMIN, Gabriele A. P. Aleitamento materno: saberes e práticas das líderes da pastoral da criança. 80p. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Irati. Universidade Estadual do Centro Oeste, 2016.

RESUMO

O leite materno é comprovadamente o melhor alimento do bebê. Porém, durante a história da humanidade o ato de amamentar vem sofrendo diversas influências culturais, ora sendo valorizado como alimento ideal, ora sendo desvalorizado como um ato primitivo sem importância para o desenvolvimento do bebê. No Brasil o aleitamento materno vem sendo resgatado e incentivado há mais de 10 anos através de campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde e por entidades não governamentais. Entre essas entidades está a Pastoral da Criança que há mais de 30 anos vem trabalhando com o incentivo do aleitamento materno, principalmente em comunidades mais pobres, nas quais a falta de informação levou muitas crianças a morbidades e mortalidade. O objetivo deste estudo foi compreender os saberes e as práticas das líderes comunitárias da Pastoral da Criança do município de Palmeira-PR, relacionadas à saúde infantil com ênfase no aleitamento materno. Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, de caráter qualitativo, utilizando-se de pesquisa documental, observação participante e entrevista aberta. O material analisado reforça o conhecimento científico e a função biológica do aleitamento materno, homogeneizando as ações e descontextualizando a ação local e comunitária. Porém, apesar dessa equalização de conhecimento oferecida pela Pastoral da Criança, pudemos compreender que o sucesso do trabalho na promoção do aleitamento materno não está vinculado somente ao ‘conhecimento científico’, mas pela identificação que as mães/mulheres/nutrizes têm com as líderes comunitárias, reforçando a importância de o aconselhamento ser realizado de maneira humanizada, acolhendo e aceitando as questões pessoais, emocionais e culturais que permeiam o processo do aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Interdisciplinaridade, Organização Comunitária, Pastoral da Criança, Políticas Públicas.

CHEMIN, Gabriele A. P. Breastfeeding: knowledge and practices of the leaders of the pastoral care of the child. 80p. Dissertation (Interdisciplinary Masters in Community Development). Interdisciplinary Graduate Program in Community Development. Irati. Universidade Estadual do Centro Oeste, 2016.

ABSTRACT

Breast milk is proven to be the best baby food. However, during the history of mankind the act of breastfeeding has undergone several cultural influences, now being valued as an ideal food, now being devalued as a primitive act without importance for the development of the baby. In Brazil, breastfeeding has been rescued and encouraged for more than 10 years through campaigns carried out by the Ministry of Health and non-governmental entities. Among these entities is the Pastoral care of the child, which has been working for more than 30 years with the encouragement of breastfeeding, especially in poorer communities where lack of information has led many children to morbidity and mortality. The objective of this study was to understand the knowledge and practices of the community leaders of the Pastoral care of the child of the municipality of Palmeira-PR, related to children's health with emphasis on breastfeeding. This research is characterized as descriptive, qualitative, using documentary research, participant observation and open interview. The material analyzed reinforces the scientific knowledge and the biological function of breastfeeding, homogenizing the actions and decontextualizing local and community action. However, despite this equalization of knowledge offered by Pastoral care of the child, we could understand that the success of the work in the promotion of breastfeeding is not only linked to 'scientific knowledge', but also to the identification of mothers / women / Community leaders, reinforcing the importance of counseling in a humanized way, welcoming and accepting the personal, emotional and cultural issues that permeate the breastfeeding process.

Key words: Breast feeding; Interdisciplinarity; Communitarian organization; Pastoral care of the child; Public policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COMEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

FABS - Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade

FEBRASGO - Centro de Pesquisas, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Resumo	6
Abstract	7
Lista de abreviaturas e siglas	8
Apresentação	11
1 Introdução	14
2 Pastoral da criança: trajetória e desdobramentos como movimento social	16
3 Aleitamento materno: entrelaçamento das ações da pastoral da criança e política pública	18
4 Objetivos	26
5 Percurso metodológico	27
5.1 Participantes	28
5.2 Instrumentos de coleta de dados	28
5.3 Procedimentos	30
5.4 Análise de Dados	31
6 Aleitamento materno e Pastoral da Criança: uma análise documental	32
Resumo	32
Abstract	32
Introdução	33
Método	34
Resultados e discussão	34
Considerações finais	43
Referências	44
7 Aleitamento materno: saberes e práticas das líderes da Pastoral da Criança	47

Resumo	47
Abstract	47
Introdução	49
Método	50
Resultados e discussão	51
Considerações finais	61
Referências	62
8 Considerações finais	64
Referências	66
Apêndice	73
Anexos	76

APRESENTAÇÃO

Minha primeira pesquisa na graduação foi sobre aleitamento materno, intitulado “A amamentação sob vários enfoques”. Não me lembro ao certo o que me motivou a realizar tal pesquisa, mas lembro-me perfeitamente da satisfação após a apresentação oral no VII Seminário do Curso de Fonoaudiologia da PUCPR – I Espaço Inter-Cursos. Neste trabalho colhemos depoimentos de diferentes profissionais envolvidos com a amamentação e pudemos concluir que cada profissional enfoca sua área de formação. Apesar de nesta época os termos multi e interdisciplinaridade já estarem em evidência, a formação acadêmica permanecia disciplinar, gerando profissionais especialistas em determinada área com dificuldade de trabalhar interdisciplinarmente.

Após minha formação passei por todas as áreas da fonoaudiologia, mas foi quando passei em um concurso público para trabalhar em um hospital que me deparei novamente com o aleitamento materno. Nesse local minha atuação era voltada para alimentação segura e eficiente dos bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O hospital, recém inaugurado, possuía a pretensão de obter o título de “Hospital Amigo da Criança”, direcionando nosso trabalho para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Muitos questionamentos emergiram dessa prática, pois o mito do aleitamento materno natural não acontecia. Novamente me deparei com a disciplinaridade da atuação profissional e a dificuldade em compartilhar saberes e práticas de aleitamento materno mesmo entre profissionais que já haviam passado pela experiência pessoal da amamentação. Os saberes das mães nem sempre eram valorizados e a cobrança da presença da figura materna na unidade estava muito distante do empoderamento materno, papel esse que essas mulheres poderiam estar assumindo.

Percebi que fazer parte desse ciclo não me motivava, pois a alegria em amamentar seus filhos vinha sempre acompanhada de muita expectativa, ansiedade e sofrimento, talvez pela situação do seu bebê estar internado num ambiente tão contraditório com a condição idealizada, talvez pela falta de reflexão sobre os papéis assumidos por cada ator nesse cenário.

Durante o processo de construção da pesquisa do Mestrado, além dessas reflexões, outra questão me fez rever meu tema da pesquisa. Após casar, optei em mudar de cidade e emprego, passando a trabalhar na Secretaria Municipal de Educação de Palmeira-PR. Minha pesquisa em UTI neonatal passou a não fazer mais sentido. Após expor minhas angústias para a orientadora, decidimos manter o foco no aleitamento materno, mas em uma área mais abrangente, que pudesse utilizar esse conhecimento em outras áreas de atuação profissional,

enfocando o desenvolvimento comunitário. Assim definimos que a pesquisa seria realizada enfocando o aleitamento materno e a Pastoral da Criança.

A Pastoral da Criança faz parte da minha vida pessoal há muito tempo, desde que era criança. Lembro que meu pai possuía um processador de trigo e que toda a farinha e farelo que não eram utilizados, eram doados à Pastoral da Criança para ajudar na confecção da multimistura. Os pães e bolachas produzidos pelas voluntárias para ajudar na manutenção da entidade faziam parte dos nossos cafés. As roupas que separávamos para doação, muitas vezes foram levadas até a entidade para realização de bazares.

Mais tarde, já formada, trabalhei como voluntária realizando palestras sobre aleitamento materno e realizando atendimentos fonoaudiológicos com algumas crianças assistidas pela Pastoral da Criança. Acabei me afastando da entidade por motivos profissionais, pois mudei de cidade e perdi o vínculo com a Pastoral.

Durante a disciplina “Organização Comunitária e Gestão Ambiental” do Programa de Mestrado, pude refletir sobre a importância do trabalho comunitário e sobre o envolvimento com a sua comunidade local, o que me impulsionou a retornar à Palmeira, minha cidade natal, com a responsabilidade de que esta decisão não afetaria negativamente minha vida profissional.

A construção dessa pesquisa envolvendo o aleitamento materno, a valorização do trabalho comunitário e a Pastoral da Criança é fruto de experiências pessoais, profissionais e acadêmicas. A percepção de que o trabalho técnico não modifica valores culturais e que o aleitamento materno, além de biológico, envolve muitas questões sociais, resgatar o conhecimento passado na comunidade pode ser um aliado para a motivação dessa prática benéfica para a saúde das mães e dos bebês.

Além das considerações feitas sobre o aleitamento materno, observar o envolvimento do conhecimento técnico com a cultura local e a projeção da metodologia utilizada pela Pastoral da Criança em qualquer área de conhecimento ressalta a visão interdisciplinar que foi sendo amadurecida ao longo do processo do Mestrado.

Delimitamos como nosso objetivo geral compreender os saberes e as práticas das líderes comunitárias relacionadas à saúde infantil com ênfase no aleitamento materno e como objetivos específicos realizar uma análise documental do material impresso sobre o tema aleitamento materno utilizado pelas líderes da Pastoral da Criança e investigar os saberes e as práticas das líderes comunitárias da Pastoral da Criança no município de Palmeira-PR com relação ao aleitamento materno.

Como resultados, optamos por apresentar os produtos da dissertação em formato de artigo para publicizar o conhecimento produzido com-de-para a comunidade. Assim, construímos dois artigos, no qual cada artigo responde a um dos objetivos propostos pela dissertação. Nessa proposta o método utilizado foi a triangulação dos dados. O primeiro capítulo foi organizado com a revisão de literatura apresentando o campo onde a pesquisa foi construída. No segundo capítulo, apresentamos as respostas ao primeiro objetivo proposto, realizando uma análise documental do material da Pastoral da Criança referente ao aleitamento materno e no terceiro capítulo apresentamos a análise realizada a partir das entrevistas com as líderes comunitárias da Pastoral da Criança.

Ao término da pesquisa pude perceber que a maior dificuldade em aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos não estão somente na falta de informação referente às técnicas e manejo da lactação, nem a falta de conhecimento sobre as vantagens e desvantagens do aleitamento materno, mas encontra-se na falta de apoio, acolhimento e aconselhamento que as mulheres que desejam ou não amamentar encontram, seja na família, na comunidade ou nos serviços de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O leite materno é comprovadamente o melhor alimento do bebê (BRASIL, 2007, 2009 e 2011, MARTINS, 2009, PASTORAL DA CRIANÇA, 2015a). Porém, durante a história da humanidade o ato de amamentar vem sofrendo diversas influencias culturais, ora sendo valorizado como alimento ideal, ora sendo desvalorizado como um ato primitivo sem importância para o desenvolvimento do bebê.

No Brasil o aleitamento materno vem sendo resgatado e incentivados há mais de 10 anos através de campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde e por entidades não governamentais, respeitando um acordo firmado entre vários países com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1992 (SERVA, 2011). Entre essas entidades está a Pastoral da Criança que há mais de 30 anos vem trabalhando com o incentivo do aleitamento materno, principalmente em comunidades mais pobres, onde a falta de informação levou muitas crianças a morbidades e mortalidade.

A Pastoral da Criança é um organismo de ação social da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - instituição permanente que congrega os Bispos da Igreja católica no país), que tem sua atuação organizada na própria comunidade e na capacitação de voluntários que vivem na comunidade e assumem a tarefa de tornarem-se líderes para orientar e acompanhar as famílias vizinhas em ações básicas de saúde, educação, nutrição e cidadania (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015b). O Artigo 2º do seu Estatuto (pag. 1) (PASTORAL DA CRIANÇA, 2013) fala que o objetivo da Pastoral da Criança é o “desenvolvimento integral das crianças, promovendo, em função delas, também suas famílias e comunidades, sem distinção de raça, cor, profissão, nacionalidade, sexo, credo religioso ou político”.

Sua fundação se deu em 1983, na cidade de Florestópolis, Paraná, pela médica pediatra e sanitarista, Zilda Arns Neumann, e pelo, na época, arcebispo da cidade de Londrina, Paraná, Dom Geraldo Majella Agnelo. Hoje, a Pastoral está presente em todos os estados brasileiros e em outros 17 países da África, Ásia, América Latina e Caribe.

A entidade está estruturada hierarquicamente por país, estado, setor (diocese), ramo (paróquia) e comunidade. Possui equipes de coordenação e conselhos em cada esfera, com normas e estruturação determinadas pelo Regimento Interno, aprovado pela Assembleia Geral (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015b).

Apesar de toda a estrutura, o que mantém a característica comunitária da entidade é o papel dos líderes comunitários. O líder é o principal voluntário da Pastoral da Criança, que leva orientações diretamente às famílias sobre saúde, educação, nutrição e cidadania.

Para se tornar um líder da Pastoral é necessário passar por uma capacitação do Guia do Líder, material desenvolvido pela própria Pastoral, baseado em pesquisas e evidências científicas. A cada cinco anos esse material é reformulado e é feita uma nova capacitação com os líderes. Esse material é utilizado durante todo o trabalho de acompanhamento das famílias. A capacitação é oferecida na própria comunidade e tem uma duração mínima de 37:30 horas. É sugerido ao líder que disponibilize aproximadamente 24 horas por mês para o trabalho na comunidade, que envolve a visita domiciliar, a Celebração da Vida, momento em que é feita a pesagem das crianças acompanhadas e a participação na Reunião de Reflexão e avaliação, que serve para as líderes discutirem fatos ocorridos no mês de trabalho, principalmente dificuldades encontradas e benefícios realizados. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015b)

O Guia do Líder é elaborado por equipes de coordenação e líderes da Pastoral da Criança de todo Brasil e sua revisão técnica é realizada pelo Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS)/Centro de Pesquisas, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, Ministério da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP e pela Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Nutrição. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015a)

Segundo Araújo (2000), a Pastoral da Criança destaca-se no cenário político-social do Brasil por sua extrema capacidade de organização, pelo desenvolvimento de práticas consideradas de baixo custo, por manter uma participação ativa da comunidade, além de muitos outros aspectos positivos. É uma instituição mundialmente reconhecida, tendo sido indicada três vezes pelo Prêmio Nobel da Paz e sendo apontada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como a maior Organização Não-Governamental do mundo a trabalhar nas áreas de saúde e educação comunitária.

2 PASTORAL DA CRIANÇA: TRAJETÓRIA E DESDOBRAMENTOS COMO MOVIMENTO SOCIAL

Em 1982 a ONU (Organização das Nações Unidas) reuniu entidades para uma reunião sobre a paz mundial em Genebra, na Suíça. Nessa ocasião, Dom Paulo Evaristo Arns, cardeal arcebispo de São Paulo na época, foi convencido pelo então diretor executivo da UNICEF, James Grant, de que a sua Igreja poderia participar da luta contra a mortalidade infantil causada pela desidratação ensinando às mães a preparar o soro oral. Retornando ao Brasil, entrou em contato telefônico com sua irmã, médica pediatra e sanitarista, Dra. Zilda Arns Neumann para amadurecer a ideia e perguntar se ela aceitaria o desafio de transformar essa ideia em realidade (PASTORAL DA CRIANÇA, 2014).

A médica possuía o conhecimento técnico de ações básicas de saúde e nutrição, mas antes de iniciar qualquer ação precisou refletir sobre como fazer com que esse conhecimento chegasse às famílias pobres. Durante suas reflexões, lembrou de uma passagem bíblica, seguida por sua igreja, e adaptou a metodologia ao projeto, organizando as comunidades em pequenos grupos e identificando líderes. Esses líderes seriam capacitados e teriam a missão de multiplicar seu conhecimento nas famílias vizinhas (PASTORAL DA CRIANÇA, 2014). Segundo Nitrini (2003) essa é a metodologia comunitária que poderia se desenvolver em grande escala pelas dioceses, paróquias e comunidades.

Foi indicado pela CNBB o, na época, arcebispo de Londrina, Dom Geraldo Majella Agnelo para ser o responsável pelo projeto. Em reunião com a UNICEF e CNBB ficou definido que o trabalho iniciaria em uma única paróquia para testar a metodologia. Como a médica era funcionária pública da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e havia trabalhado no planejamento desta secretaria, poderia obter os dados referentes à mortalidade infantil desse estado com facilidade. A escolha do estado do Paraná para o projeto-piloto também se deu pela disponibilidade da médica, que como funcionária pública, não poderia ausentar-se do estado sem uma licença especial, o que poderia atrasar o início dos trabalhos. Segundo a Pastoral da Criança (2014) “na época, o município onde a mortalidade infantil era mais alta era Florestópolis, pertencente à Arquidiocese de Londrina, com 127 mortes por mil crianças nascidas vivas”. Assim, ficou definido que o modelo seria testado nesse município, na Paróquia de São João Batista.

Em setembro de 1983 aconteceu a primeira reunião com 20 líderes de Florestópolis, pessoas convidadas pela Irmã Eugênia, responsável pela Paróquia de São João Batista, consideradas formadoras de opinião, sem envolvimento político partidário, como professoras

e líderes da Igreja. Nessa primeira reunião foram expostas as principais causas de morte de crianças nesse município e o que poderia ser feito para reverter essa situação. A primeira capacitação de líderes foi realizada em sistema de rodízio. O grupo foi dividido em 5 grupos menores que cada dia rodava pelas salas de capacitação. Cada sala era responsável por uma das ações básicas de saúde: pré-natal, aleitamento materno, vigilância nutricional, soro caseiro e vacinação. Assim, em cinco dias o primeiro grupo de líderes comunitárias estava formado (PASTORAL DA CRIANÇA, 2014).

O primeiro Guia do Líder foi escrito à mão pela médica fundadora da Pastoral e em seguida foi datilografado por uma datilógrafa que a Secretaria de Saúde colocou à disposição do projeto. Nele constavam as cinco ações básicas de saúde, divididos por capítulos, em linguagem simples e acessível às líderes comunitárias que seriam capacitadas. Foram confeccionadas 130 cópias dessa primeira apostila. O trabalho de capacitação dessa primeira turma foi dividido entre a médica e alguns técnicos cedidos pelo Distrito Sanitário de Londrina. Após essa capacitação as líderes iniciaram as visitas domiciliares nas famílias das suas comunidades. Em 1987 foi o lançamento oficial do primeiro Guia do Líder da Pastoral da Criança.

Segundo a Pastoral da Criança (2014), após o início dos trabalhos, a mortalidade infantil nesse município baixou de 127 para 28 mortes por mil crianças nascidas vivas em um ano. A revolução comunitária ocorreu quando as líderes perceberam que elas próprias haviam mudado, pois com seu trabalho voluntário sentiam-se responsáveis por todas as crianças e gestantes da sua comunidade.

3 ALEITAMENTO MATERNO: ENTRELACAMENTO DAS AÇÕES DA PASTORAL DA CRIANÇA E POLÍTICA PÚBLICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a alimentação do recém-nascido seja exclusiva em seio materno até o sexto mês de vida (BRASIL, 2007, 2009, 2011), devendo ser complementada e ter continuidade até os dois anos de vida, pois é uma estratégia simples e segundo Monteiro et al (2011) é a que, isoladamente, mais previne mortes em crianças menores de cinco anos.

O fenômeno do aleitamento materno é dependente de fatores anatômicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais (JUNGES, et al 2010). Desde os primórdios a mulher é considerada a responsável pela prática da alimentação infantil, principalmente pela anatomia e fisiologia do seu próprio corpo e segundo Godoi et al (2013) espera-se das mulheres, que logo após dar à luz estejam prontas para iniciar a amamentação, transferindo questões fisiológicas também às questões emocionais. Entretanto, a amamentação é também uma relação humana “inscrita na cultura e submetida à esfera social” (BOSI e MACHADO, 2005), transcendendo o aspecto nutricional.

Ao longo da história da humanidade, em diferentes sociedades, a prática do aleitamento materno, longe de apresentar-se com um ato instintivo e natural, representa um hábito preso aos determinantes sociais e às manifestações da cultura (BOSI e MACHADO, 2005). Igualmente, o cuidado dispensado à gestação, nascimento e ao recém-nascido foi se modificando, influenciado pela cultura local e da época. Nos tempos mais primitivos a mulher dava à luz sem nenhum cuidado especial dispensado a ela ou ao bebê. Porém, a necessidade de auxílio nesse momento tornou-se evidente pelas dificuldades apresentadas que muitas vezes levavam à morte (DITZ, 2006; DITZ, 2009).

As mulheres mais velhas, a partir de sua própria experiência, passaram a auxiliar as mais jovens nesse momento. Aquelas que demonstravam maior habilidade para ajudar, tornavam-se referência nas comunidades, passando a ser chamadas de parteiras. Dessa forma, legitimadas pelo contexto social, as parteiras passaram a assumir a função de acompanhar as parturientes em suas casas (DITZ, 2006; DITZ, 2009).

A partir do século XVIII, justificada pela legitimação da ciência e a ideologia do profissionalismo, a prática das parteiras foi institucionalizada pela medicina, passando a colocar o hospital como lugar privilegiado de assistência (MARTÍNEZ et al, 2007).

Na época em que o parto era realizado no domicílio, o bebê permanecia junto à mãe logo após o nascimento, estando seus cuidados sob sua responsabilidade. Apesar da ajuda

prestada pelas mulheres mais velhas, o protagonismo dos cuidados permanecia com a mãe, salvo nos casos em que a mãe necessitava de cuidados especiais. Com o avanço da ciência, o surgimento dos hospitais e a descoberta das infecções cruzadas dentro das instituições, a preocupação com a higiene e esterilidade desvinculou as mulheres dos cuidados aos recém-nascidos, ficando estes a cargo da equipe de saúde. As instituições passaram a criar regras específicas para as visitas das mães aos berçários, criando uma das primeiras barreiras para a relação mãe e filho, sendo que a questão do vínculo não era levada em consideração (DITZ, 2006; DITZ, 2009).

O ato de amamentar, considerado instintivo e biológico passou a sofrer os efeitos da institucionalização do parto. Entretanto, a partir de características anatômicas das mulheres, ter ou não ter mamas e útero e capacidade de engravidar ou produzir e secretar leite, o papel da maternidade continuou sendo construído socialmente, atribuindo a elas uma tarefa como sendo natural à essência da mulher (GODOI et al, 2013).

Para compreender como essas representações sociais, obrigações, realidades e processos sociais assumem uma condição de regra no pensamento social, cuja origem vai além das causas estabelecidas pelas constantes biológicas é necessário, segundo Berger e Luckmann (1978), o estudo da institucionalização. Para esses autores o processo de institucionalização se inicia com uma inovação, passa pela habitualização e objetivação e termina com a sedimentação, cuja origem vai além das questões biológicas. Através do discurso, ocorre a legitimação da instituição assumindo uma condição de regra no pensamento social, criando um universo de senso comum compartilhado pelos indivíduos.

Segundo Bosi e Machado (2005) os problemas relacionados à amamentação são muito antigos e foram se modificando ao longo da história. Já no século V e VII o aleitamento materno era substituído por outras formas de alimentação, o que pode ser comprovado por recipientes encontrados ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas. Há cerca de 1800 a. C, o Código de Hammurabi já regulamentava a prática do desmame. Na Bíblia também há passagens relacionadas ao aleitamento materno, como em Lc 11,27 “Feliz o ventre que te trouxe e os seios que te amamentaram”. No final do período medieval e início da idade moderna publicações europeias também relatavam a importância do aleitamento materno. Hipócrates declarou em seus escritos o perigo de outra mulher amamentar a criança, sendo benéfico somente o leite materno. Na Inglaterra, entre 1500 e 1700 as mulheres não amamentavam seus filhos, pois entendiam que tal ato envelheceria seus corpos antes do tempo. Outro fator que reforçava tal prática tinha cunho médico e religioso, que proibia

relações sexuais durante o período de amamentação por acreditarem que isso enfraqueceria o leite materno.

No Brasil, as concepções acerca da amamentação também foram sofrendo modificações. Segundo Bosi e Machado (2005), existem relatos dos séculos XVI e XVII de que os filhos das indígenas Tupinambás eram amamentados durante um ano e meio e mesmo quando as mulheres voltavam a trabalhar na roça, os bebês eram carregados junto aos seus corpos em *typoias*, sendo estes pedaços de panos. Dessa forma a mulher conseguia manter seu duplo papel, a de mãe-nutriz e mulher-trabalhadora (ALMEIDA, 1999).

As famílias ricas do início da colonização brasileira herdaram de Portugal o costume de não amamentarem seus filhos, surgindo então as *amas-de-leite*. Estas eram mulheres escravas africanas, que eram obrigadas a desmamar seus filhos em favor da amamentação das crianças brancas. Segundo Almeida (1999, pag. 29), essa prática pode ser melhor contextualizadas através de anúncios de jornais da época:

“Aluga-se uma preta para ama-de-leite, parida há 7 dias, com muito bom leite’ (15/08/1850); ‘Vende-se uma preta moça, com bom leite, com filho ou sem elle, que tem dous meses’ (08/08/1850); ‘Vende-se, muito em conta, com filho de um ano, muito bonito e gordo, uma preta’ (29/08/1850) (apud Silva, 1990:55)”

O autor reflete sobre a comercialização do desmame precoce, pois mesmo em épocas em que não existia leite industrializado já era possível obter lucros com práticas que envolvem a amamentação. A cultura da época permitia o comércio de pessoas escravas para qualquer fim, incluindo a amamentação. Hoje, tal ato é considerado repugnante.

Na metade do século XIX várias pesquisas buscavam um substituto para o leite materno. Há relatos de que a medicina passou a aderir às novas técnicas, prescrevendo como benéficas à alimentação infantil (BOSI E MACHADO, 2005). As indústrias faziam seu marketing descrevendo seu produto como ‘cientificamente preparados’ e focavam sua propaganda diretamente nos médicos, que prescreviam as fórmulas às mães. Como uma prática legitimada no discurso dos médicos, essa ‘medicalização’ passou a ser considerada uma alimentação ‘natural’ e necessária.

Segundo Almeida (1999, pag. 41) os significados e intenções nas ações construídas por atores sociais deve ser levada em consideração pois

À indústria multinacional interessava a expansão de lucros no fértil mercado brasileiro; os médicos, por seu turno, encontraram nos produtos industrializados uma forma de manter sua autoridade e

soberania, uma vez que os leigos, parteiros e curandeiros desconheciam as técnicas de preparo e manipulação do leite em pó (apud Silva, 1990)

As mudanças sociais que ocorriam no mercado de trabalho e nos papéis que as mulheres exerciam na sociedade da época também foram responsáveis pela legitimação da prática do desmame precoce substituído por leite em pó.

Na década de 70, segundo Almeida (1999), o desmame precoce era um dos sérios problemas de saúde pública no Brasil. Dados oficiais da época revelavam que a taxa de mortalidade infantil era de 88 para cada 1000 crianças nascidas vivas e de 124 mortes para cada 1000 crianças nascidas vivas no nordeste. O desmame precoce atingia a maior parte das crianças brasileiras e a indicação médica de mamadeira e água nos intervalos das mamadas era prática comum.

Martins (2009) reflete sobre essa época ressaltando que as dificuldades referentes ao aleitamento materno eram muitas, pois os profissionais de saúde possuíam pouco conhecimento de amamentação e os bebês permaneciam em observação por 12 horas longe das mães, recebendo mamadeiras com água e glicose para prevenir a hipoglicemia. Assim, conclui o autor, que o sistema era responsável pelo desmame precoce.

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde realizou no final da década de 70 dois importantes eventos para discussão sobre estratégias para redução da morbi-mortalidade infantil, discutindo a situação do aleitamento materno no Brasil e definindo metas e estratégias em âmbito nacional. Em 1981 foi instituído o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Com o desenvolvimento do programa surgiu uma mobilização social em prol da amamentação. Entidades científicas redescobriram as vantagens do aleitamento materno e passaram a divulgar resultados de pesquisas favoráveis à prática com o apoio do governo, sociedades de classes e organizações não-governamentais.

Atualmente, o Ministério da Saúde promove campanhas anuais de incentivo ao aleitamento materno sendo, em sua grande maioria, abordados temas relacionados aos benefícios que a amamentação proporciona ao bebê. Entretanto, as comprovações científicas que destacam o valor do aleitamento materno ao desenvolvimento biopsicossocial do bebê culminam por respaldar a obrigação social que a mulher tem em amamentar. A mulher, enquanto ser social envolvida nesse processo não é contemplada em sua subjetividade (JUNGES et al, 2010; GODOI et al, 2013).

Segundo Almeida (1999), os slogans das propagandas oficiais do Ministério da Saúde evidenciam a amamentação como um ato natural e instintivo. Podemos citar algumas

campanhas que evidenciam tal ideologia como “A saúde do seu filho depende de você – amamente” e “Amamentação – um ato de amor”.

Segundo Godoi et al (2013), as políticas públicas reproduzem nos corpos femininos identidades sociais e culturais, delegando às mulheres uma representação social idealizada, porém nem sempre real.

Muitos dos profissionais da saúde que orientam as mães sobre aleitamento materno não passaram por tal experiência, repassando conhecimentos adquiridos somente através de leituras e pesquisas científicas, desconsiderando o envolvimento cultural e social. Porém, segundo Santos (2010) o conhecimento de qualquer realidade é mais bem compreendido através de experiências vividas.

A identificação da mulher com o ato de amamentar deve ser uma decisão individual, entretanto essa decisão sempre vem influenciada por características culturais e sociais, que devem ser consideradas e compreendidas pelos profissionais de saúde envolvidos com o aleitamento materno (BOSI e MACHADO, 2005).

Estamos imersos em uma cultura que considera o método científico como verdade absoluta, porém quando nos deparamos com a história do aleitamento materno percebemos que atualmente nossas verdades referem-se apenas às questões biológicas desse fenômeno e que nossas dúvidas ainda são as mesmas encontradas em outras épocas e outras culturas. Dentro de uma mesma sociedade existem diferentes maneiras de conhecer a realidade e diferentes experiências vividas. O papel do profissional de saúde e das instituições que trabalham com o aleitamento materno deve ser o de orientar, porém sempre dialogando e respeitando as diferenças culturais.

As ações desenvolvidas pela Pastoral da Criança são muito próximas às realizadas pelas políticas públicas. Assim, seguimos o texto apresentando as questões biológicas e anatômicas referentes ao aleitamento materno.

As vantagens do aleitamento materno são várias, tanto para o bebê quanto para a mãe. Várias pesquisas comprovam que o aleitamento materno previne que os bebês desenvolvam infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias e protege contra alergias, pois contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas adequados para o organismo do bebê.

O aleitamento materno só é possível graças à anatomia e fisiologia do corpo humano. A mulher possui duas mamas, órgão característico dos animais mamíferos, que apesar de na mulher desempenharem importante papel na sexualidade, tem como função principal a nutrição dos seus filhos. Segundo Jaldin e Santana (2009, pag 42)“as mamas têm a forma, firmeza e tamanho variáveis de acordo com uma série de fatores, como raça, idade, obesidade,

estado de atividade funcional, etc”. Entretanto seu formato e tamanho não estão diretamente ligados à sua capacidade funcional.

A mama é composta externamente pelo mamilo e pela aréola mamária e internamente por ductos lactíferos que se dilatam para formar os seios lactíferos, que localizam-se abaixo da aréola. Esses ductos estendem-se até terminarem em formações pequenas e saculares, chamadas de alvéolos. Essa estrutura ganha o nome de glândula mamária, que nada mais é do que uma glândula sudorípara modificada especializada em secretar leite. Essa glândula é ativada pelos hormônios da hipófise e ovarianos. Já a parte externa da mama é inervada por fibras que regulam a secreção de ocitocina e prolactina. Portanto, no ato da sucção, a criança deve abocanhar toda a aréola para pressionar com a língua os seios lactíferos, responsáveis por expelir o leite em direção à boca da criança (JALDIN e SANTANA, 2009).

A composição do leite materno é adequada para o desenvolvimento do bebê, tanto nos aspectos nutricionais como nos imunológicos. Segundo Lamounier et al (2009), a composição nutricional do leite humano é apropriada para que a criança desenvolva todo seu potencial genético e é constituído de água, lactose, gordura e proteínas. A água corresponde a 87,5% da composição total, portanto bebês que são amamentados exclusivamente em seio materno não precisam de água adicional, o que causaria uma diluição dos nutrientes presentes no leite materno. Embora existam semelhanças entre o leite humano e o leite bovino, pesquisas comprovam que as proteínas presentes no leite humano não são idênticas às do leite bovino, e as quantidades de gordura e proteína também são diferentes. O leite materno modifica sua composição acompanhando o crescimento da criança, sendo que no colostro a concentração de gordura é de 2g/100 mL passando para 4 a 4,5 g/100 mL no 15º dia após o nascimento. Mães de bebês nascidos prematuros produzem leite com maior quantidade de energia, nitrogênio, proteínas e menor quantidade de lactose, demonstrando que a natureza do leite materno adapta-se à necessidade do bebê.

Quanto às questões imunológicas, sabe-se que a criança amamentada no seio materno é protegida contra infecções. Segundo Carbonare e Carneiro-Sampaio (2009)

“O aleitamento materno não só protege o lactente de infecções gastrintestinais, respiratórias e sistêmicas durante a vigência do aleitamento, através de uma proteção passiva, como também produz efeitos em longo prazo, diminuindo a incidência de infecções, alergias e outras entidades patológicas. O aleitamento tem uma significativa capacidade de diminuir a taxa de mortalidade infantil, reduzindo o risco de diarreias agudas e persistentes, septicemia neonatal, doenças respiratórias, entre outros benefícios” (pag 104)

Dessa maneira, o aleitamento materno é uma importante arma contra a morbimortalidade infantil, sendo uma estratégia natural e de baixo custo disponível em qualquer lugar que haja uma criança recém-nascida.

Além dessas vantagens, a Pastoral da Criança (2015a) orienta que o leite materno é de fácil digestão, a sucção desenvolve e fortalece a musculatura da boca do bebê, melhorando as funções de mastigação, deglutição e fala e fortalece o vínculo afetivo do binômio mãe/bebê.

Para a saúde materna também há vantagens em amamentar, pois segundo Levy e Bértolo (2012, pag. 8) “o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce”, diminuindo o risco de hemorragia pós-parto e a anemia materna e segundo Brasil (2007) diminui o risco de câncer de mama e ovários. Além disso, é o método mais barato e seguro para alimentar um bebê, proporcionando segurança à família.

Para que a alimentação do bebê no seio materno seja segura e eficiente, algumas orientações se fazem necessárias para auxiliar as mães, pois apesar de a sucção ser um reflexo no recém-nascido, o posicionamento adequado da mãe e bebê pode facilitar essa tarefa. Segundo Teruya et al (2009) o ato de amamentar deve ser confortável para a mãe e para o bebê. Este deve estar alerta e calmo. É importante deixar a díade (mãe/bebê) à vontade para que, intuitivamente e sem artifícios, encontrem a posição mais cômoda. Entretanto, algumas orientações como manter a cabeça e o corpo do bebê alinhados, o corpo próximo e voltado para a mãe e em posição de aconchego podem facilitar esse momento. A posição correta da pega, ato de abocanhar o peito, é quando o bebê envolve o mamilo e o máximo de aréola que for possível com a sua boca. Para tanto é importante observar se o queixo do bebê toca a mama, se os lábios estão virados para fora, se as bochechas encontram-se arredondadas. Os autores ressaltam que a mãe pode ouvir e ver o bebê deglutindo em uma sequência de uma a duas sucções, uma pausa para respirar, deglutir e em seguida iniciar uma nova sequência. É imprescindível que o bebê esgote um peito antes de iniciar a mamada no outro peito, pois primeiro desce o leite com maior composição de água para em seguida descer o leite composto por gorduras e proteínas. Dessa forma, além de hidratado, o bebê estará nutrido.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, proposta pela OMS/UNICEF, desenvolveu uma lista com 10 medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno, que deve ser seguida em sua totalidade por todos os estabelecimentos de saúde que pretendem receber tal título.

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;

2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia-hora após o parto;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que as mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
10. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou do ambulatório

Tal iniciativa tem como objetivo promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno para reduzir os índices de desmame precoce, prevenindo a morbi-mortalidade infantil.

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Compreender os saberes e as práticas das líderes comunitárias relacionadas à saúde infantil com ênfase no aleitamento materno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Realizar uma análise documental do material impresso sobre o tema aleitamento materno utilizado pelas líderes da Pastoral da Criança.
- 2.** Investigar os saberes e as práticas das líderes comunitárias da Pastoral da Criança no município de Palmeira-PR com relação ao aleitamento materno.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, de caráter qualitativo, utilizando-se de pesquisa documental, observação participante e entrevista aberta para uma análise de conteúdo.

A pesquisa descritiva, segundo Andrade (2002), preocupa-se em observar os fatos, registrar, analisar, classificar e interpretar estes, sem intervenção do pesquisador. Para Gil (1994), a pesquisa descritiva “visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis.” As pesquisas descritivas, ainda segundo o mesmo autor, são realizadas habitualmente pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Assim, a abordagem descritiva contempla o objetivo proposto.

A investigação qualitativa, segundo Minayo (1994), é a que melhor se combina ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos. Ela responde a questões muito particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Minayo (2010) descreve que o método qualitativo pode ser definido como:

(...) é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões (IBGE, 1976; Parga Nina et.al 1985), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (pag 57).

A partir dessas definições, observa-se que o delineamento qualitativo é o mais adequado para o que se espera da investigação, visto que não é possível realizar uma análise isolada do material utilizado pela Pastoral da Criança no momento sem levar em consideração seu contexto histórico-cultural.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados. A figura do pesquisador presente no ambiente onde se desenvolve a pesquisa é de extrema importância, pois o fenômeno estudado só é compreendido de maneira

abrangente, se observado no contexto onde ocorre, visto que o mesmo sofre ação direta desse ambiente.

Minayo (2010) descreve que a pesquisa qualitativa permite elucidar processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares objetivando a construção de novas abordagens, conceitos ou intervenções referentes ao fato estudado. Minayo (2012) afirma também que compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento.

5.1 Participantes

Os participantes da pesquisa foram seis líderes comunitárias do município de Palmeira-PR que estavam acompanhando as díades mães/bebês no processo de aleitamento materno no período da coleta de dados. Como a Pastoral da Criança é dividida hierarquicamente em ramos (paróquias), pode-se dizer que as líderes participantes da pesquisa são as que pertencem ao ramo da Paróquia Nossa Senhora da Conceição – Palmeira, PR.

5.2 Instrumentos de coleta de dados

A primeira parte da coleta de dados foi realizada através de pesquisa documental no material impresso utilizado pela pastoral da criança. Para a realização do trabalho das líderes comunitárias, é fornecida pela Pastoral da Criança uma pasta contendo todo o material necessário. Esta pasta contém o Guia do Líder da Pastoral da Criança, o Caderno do Líder da Pastoral da Criança, Ficha de Acompanhamento Nutricional com cartelas de orientação para cada caso, folheto com os 10 Mandamentos para a Paz na Família, Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade – FABS e um envelope denominado Laços de Amor contendo cartelas de orientação mensal para a gestante e o bebê.

Segundo Souza et al (2011), “a análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica”, apresentando a vantagem de não alterar o ambiente ou os sujeitos e manter a estabilidade das informações. Oliveira (2007) destaca que os documentos representam uma fonte natural de informação, pois surgem num determinado contexto de onde podem ser retiradas evidências e informações desse mesmo contexto. Como desvantagem, o autor destaca a falta de vivência do fenômeno por

parte do pesquisador, o que justifica a observação participante como complementar à pesquisa documental.

Portanto, optou-se por realizar a segunda parte da coleta de dados, realizada através de observação participante e entrevista aberta com as líderes sobre suas práticas referentes ao aleitamento materno no papel de líder comunitária.

Na observação participante, segundo Bardin (1979), o pesquisador deve inserir-se no grupo a ser estudado, permitindo analisar a realidade social em seu cenário natural. Dessa maneira é possível compreender os hábitos, atitudes, relações pessoais e características daquele grupo com a vantagem de obter as informações durante a ocorrência espontânea do fenômeno.

A observação participante foi realizada acompanhando as seis líderes participantes das entrevistas em uma visita domiciliar cada e em oito reuniões mensais realizadas pela coordenação de ramo da Pastoral da Criança do município de Palmeira-PR.

As entrevistas foram realizadas com as seis líderes comunitárias do município de Palmeira-PR que estavam acompanhando as díades mães/bebês no processo de aleitamento materno no período da coleta de dados e serviram para propiciar a emergência de significados, valores e referências culturais das participantes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Minayo (2010) considera a entrevista uma técnica privilegiada de comunicação e coleta de dados, sendo a entrevista aberta uma das possibilidades dessa técnica. Segundo Cozby (2006) a entrevista tem uma maior propensão de ser respondida, considerando que há uma interação entre pessoas. Porém deve-se considerar a expectativa do pesquisador, pois corre-se o risco de tendenciar as interpretações das respostas. Martins e Bicudo (1994) apontam que a entrevista é um encontro social, ressaltando a empatia, a intuição e a imaginação como características peculiares de tal encontro. Gil (1994) a define como uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

A entrevista utilizada como fonte de informações pode ser estruturada de diversas formas, tais como: entrevista estruturada, entrevista semi-estruturada e entrevista aberta. Optamos por utilizar a entrevista aberta e individual com o objetivo de possibilitar ao sujeito a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão.

A entrevista aberta é caracterizada por delimitar o tema, mas deixar o entrevistado livre para discorrer sobre o tema sugerido. Não se trata de deixar o pesquisado falar livremente, pois segundo Gil (1994) essa técnica se distingue da simples conversação porque

tem como objetivo básico a coleta de dados, porém, ela permite ao entrevistado discursar dentro da sua própria estrutura de referências. Segundo Minayo (1994) ela é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações, na visão do entrevistado, sobre determinado tema.

Entrevistas individuais e coletivas oferecem diferentes condições de produção de discurso. Nas entrevistas coletivas, segundo Freitas et al (2003) a situação dialógica é enriquecedora e a oportunidade de trocas possibilita que as análises sejam mais profundas e substanciais. Entretanto, perde-se as particularidades de cada sujeito. Dessa forma, a entrevista individual apresenta-se como a mais adequada para a nossa proposta, pois permitiu a emergência de significados culturais e de valores individuais que seriam miscigenados na entrevista coletiva.

Como forma de registro, as entrevistas foram gravadas e transcritas. Segundo Minayo (2010) esta e a filmagem estão entre as formas mais fidedignas de registro de entrevistas.

5.3 Procedimentos

Após a formulação clara do problema de pesquisa, o planejamento da trajetória de pesquisa torna-se fundamental para uma coleta de dados adequada, que cumpra os objetivos traçados pelo pesquisador e remeta à análise adequada, proporcionando a coerência entre o método, o objetivo e as condições nas quais é possível a realização da pesquisa.

Foi realizado o contato com a Pastoral da Criança, ramo de Palmeira-PR, para apresentação do projeto de pesquisa, explicando sua finalidade. Em seguida o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste, aprovado em 19/04/2016 sob nº 1.510.117. Após sua aprovação a pesquisa foi iniciada com a análise do material impresso para que em seguida fosse realizada a observação participante e as entrevistas na Pastoral da Criança, ramo Palmeira-PR.

A observação participante foi realizada acompanhando as seis líderes comunitárias nas visitas domiciliares e com a participação da pesquisadora nas reuniões mensais das líderes com a coordenação do ramo de Palmeira-PR.

As entrevistas foram realizadas em local cedido pela coordenação de ramo da Pastoral da Criança de Palmeira-PR diretamente nas comunidades de atuação de cada líder comunitária.

Na abordagem inicial às líderes comunitárias foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo todas as informações pertinentes à pesquisa, sendo este

explicado verbalmente pela pesquisadora. O TCLE é composto por duas vias, uma ficando com a pesquisadora e a outra com o sujeito da pesquisa.

5.4 Análise de Dados

Para analisar, compreender e interpretar os dados obtidos optamos por utilizar a análise de conteúdo, proposta por Minayo (2007).

Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo possibilita sistematizar um conjunto de conteúdos através de uma descrição objetiva e sistemática. Tal descrição é organizada por temas de discussão. Diferencia-se da pesquisa quantitativa pela necessidade de contextualização dos dados.

Para Minayo (2007) a análise de conteúdo inicia-se pela leitura das falas, realizada por meio das transcrições de entrevistas, depoimentos e documentos. A autora sugere que a organização do conteúdo para análise seja realizada por eixos temáticos, que irão emergir das entrevistas. Ela ressalta que “a análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Operacionalmente, segundo Minayo (2007), a análise temática ocorre em três fases que compreendem: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados.

A fase da pré-análise compreende a organização do trabalho, onde são formuladas hipóteses e objetivos através da leitura “flutuante”, ou seja, do primeiro contato com o material. Na segunda fase são realizadas as transcrições das entrevistas para então realizar a escolha dos eixos temáticos. Os eixos foram definidos após finalizar a coleta das entrevistas. A terceira fase, do tratamento dos resultados, compreende a interpretação dos dados apresentados além do conteúdo manifesto nos documentos e sua relação com a fundamentação teórica, pois é essa relação que dará sentido à interpretação (MINAYO, 2007).

**6 ALEITAMENTO MATERNO E PASTORAL DA CRIANÇA: UMA ANÁLISE
DOCUMENTAL**
BREASTFEEDING AND PASTORAL OF THE CHILD: A DOCUMENTAL ANALYSIS

RESUMO

O artigo faz uma análise crítica documental do material impresso utilizado pelas líderes da Pastoral da Criança, sobre o aleitamento materno. A natureza do estudo é qualitativa, utilizando o método de análise de conteúdo do tipo temática e estrutural, a partir da análise documental. O material analisado reforça o conhecimento científico e a função biológica do aleitamento materno, homogeneizando as ações e descontextualizando a ação local e comunitária. A organização da Pastoral em grupos pequenos favorece o trabalho de apoio ao aleitamento materno, porém há muito que considerar sobre o papel singular de cada líder além do que está posto nos materiais padronizados pela instituição.

Palavras- Chave: Aleitamento materno; Organização comunitária; Políticas públicas.

ABSTRACT

The article makes a documentary critical analysis of printed material used by leaders of the Pastoral on breastfeeding. The nature of the study is qualitative, using the method of analysis of content of thematic and structural type, from the documentary analysis. The analyzed material reinforces the scientific knowledge and the biological function of breastfeeding, homogenizing actions and decontextualizing local and community action. The Pastoral organization in small groups favors the work in support of breastfeeding, but there is much to consider about the unique role of each leader beyond what is laid on standardized materials by the institution.

Keywords: Breast feeding; Communitarian organization; Public policies.

INTRODUÇÃO

Os benefícios do aleitamento materno, tanto para a saúde infantil, quanto para a saúde da mulher, têm sido amplamente difundidos na literatura. Entretanto, embora se tenha este reconhecimento científico, o incentivo e a manutenção desta prática são dependentes de diversos fatores que envolvem questões culturais, práticas dos serviços de saúde e principalmente o apoio às mulheres/mães através de políticas públicas que lhes forneçam suporte adequado para a manutenção do aleitamento materno até a idade sugerida pela Organização Mundial da Saúde. A fim de mudar este cenário e promover o aleitamento materno, algumas instituições realizam ações comunitárias a fim de superar tal situação (AKRÉ, 1994).

Entre as ações comunitárias em curso podemos destacar aquelas que são realizadas pela Pastoral da Criança, cuja organização comunitária é de âmbito nacional e tem por finalidade realizar um trabalho voltado ao desenvolvimento integral de crianças no contexto familiar e comunitário, além de promover e apoiar o aleitamento materno (NITRINI, 2003). A pessoa responsável por realizar o acompanhamento das famílias é denominada líder comunitária e participa de uma capacitação antes de iniciar as visitas.

As atividades desenvolvidas pelas líderes comunitárias são compreendidas como um investimento na mulher enquanto mãe. As líderes desenvolvem esse investimento a partir do acompanhamento das gestantes, dos filhos e de toda a família (ANJOS, 2007), empregando o uso de alguns materiais impressos, os quais serão especificados mais a seguir. Em relação ao aleitamento materno, as líderes desenvolvem atividades durante a gestação para preparar as mães para a amamentação, realizam orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e a manutenção até os dois anos ou mais (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015b).

Percebe-se que, na prática cotidiana, as capacitações oferecidas às líderes são realizadas por profissionais de saúde cujos discursos e assistências têm privilegiado uma conduta voltada para os aspectos biológicos e orgânicos do aleitamento materno. Diante disso, este artigo pretende realizar uma análise documental do material impresso sobre o tema aleitamento materno utilizado pelas líderes da Pastoral da Criança.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, utilizando o método de análise de conteúdo do tipo temática e estrutural, a partir da análise documental (MINAYO, 2000). Os materiais impressos e padronizados utilizados pelas líderes comunitárias da Pastoral da Criança abordam o desenvolvimento global da criança desde a gestação até os 6 anos de idade. Nessa pesquisa selecionamos apenas os materiais que abordam diretamente o tema do aleitamento materno. Para tal, foram analisados os seguintes materiais: Guia do Líder da Pastoral da Criança: para países de língua portuguesa / Pastoral da Criança – 15 ed. – Curitiba, 2015.; Caderno do Líder da Pastoral da Criança; Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade e o envelope Laços de Amor.

A análise dos dados foi composta por duas etapas: de organização e interpretação dos dados (MINAYO, 2000). Primeiramente, a partir de uma leitura flutuante e avaliação geral, foram selecionados e organizados os materiais que continham algum conteúdo relacionado ao tema aleitamento materno. Posteriormente à seleção, foi realizada uma interpretação minuciosa dos dados sustentada primeiramente por uma concepção de corpo que não pode ser reduzido ao aspecto biológico e que, no sentido foucaultiniano, é constituído por aspectos políticos, sociais e culturais importantes e, segundo, por um modelo de educação em saúde dialógico, integrando partes do sujeito objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, possibilitando a reconstrução de sentidos e significados, individuais e/ou coletivos, sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

Todos os materiais analisados neste trabalho foram criados e padronizados para direcionar as visitas domiciliares das líderes comunitárias. O Guia do Líder e o envelope denominado ‘Laços de Amor’ são os materiais que informam e orientam questões referentes ao aleitamento materno. Os outros materiais citados são utilizados para coleta de dados. Todos os materiais são utilizados conjuntamente pelas líderes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Guia do Líder da Pastoral e ‘Laços de Amor’

A primeira referência ao aleitamento materno no Guia do Líder aparece na segunda etapa da capacitação, na página 30, que corresponde à primeira visita domiciliar à gestante.

Nesse primeiro momento, a líder explica à gestante como devem ser os cuidados nos primeiros mil dias de vida da criança e de que forma eles podem afetar significativamente a saúde do bebê. Além disso, a líder entrega à gestante a primeira ficha do material ‘Laços de Amor’, com o conteúdo desta primeira visita, contendo cartelas de orientação mensal para a gestante e o bebê (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015a).

Os primeiros mil dias de vida correspondem a 270 dias de gestação + 365 dias do 1º ano de vida + 365 dias do 2º ano de vida (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015a). Segundo Cunha, Leite e Almeida (2015) esse é um período muito importante para realizar ações e intervenções que irão repercutir ao longo de toda a vida do indivíduo, tanto em questões nutricionais como em questões afetivas.

O autor complementa que as ações realizadas nesse período “podem aumentar as chances da criança de ter uma vida saudável e produtiva no futuro, fortalecer famílias e comunidades e contribuir para quebrar o ciclo intergeracional da pobreza” (CUNHA, LEITE e ALMEIDA, 2015, p. 50). Ao abordar esse assunto já no primeiro encontro, as líderes esperam que a gestante conheça essa teoria e planeje os cuidados com seu filho desde a gestação. Esse dado corrobora com alguns estudos como Rios e Vieira (2007), entre outros, que trazem a efetividade e a importância de atividades educativas realizadas durante o período pré-natal.

Sabe-se que durante o período pré-natal, a mulher necessita de cuidados especiais, devido ao fato de vivenciar experiências singulares decorrentes de mudanças fisiológicas, corporais, psicossociais, etc. (SILVA, et al., 2012). Com base nessa demanda, foram criadas algumas políticas públicas a fim de garantir o cuidado integral da mulher, dentre as quais pode-se citar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004). Entretanto, estudos recentes (SILVA et al., 2012; GONÇALVES, CESAR e SASSI, 2009) mostram que, apesar dessas políticas públicas, a maioria dos serviços de assistência de pré-natal no Brasil não é classificado como adequado, do ponto de vista de garantia de assistência integral à gestante, uma vez que frequentemente, essa atenção está voltada a atender as queixas específicas das gestantes, tornando-se uma atenção precária para promover a saúde integral da mãe (GONÇALVES, CESAR e SASSI, 2009; COSTA, et al., 2009). Além disso, somente as mulheres empregadas com contrato formal de trabalho têm alguns benefícios garantidos pela Constituição Federal, como a proibição da “demissão sem justa causa ou arbitrária da trabalhadora gestante, dando estabilidade no emprego desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto” (BRASIL, 2015a, p. 5).

Um estudo realizado por Saliba et al (2008) demonstra que realizar grupos de discussão abordando os mitos, inibições e demonstrações práticas sobre as vantagens da amamentação, envolvendo pessoas do convívio social da mulher são métodos úteis e eficazes que devem ser implementados, reforçando a importância do aleitamento materno. Dessa maneira, observa-se que estratégias para convencer a mulher sobre a importância da amamentação existem, entretanto, chamamos a atenção para o lugar em que se posiciona a mulher. Comumente, coloca-se na mulher a responsabilidade pela saúde e nutrição do seu bebê sem assegurar a ela mecanismos e possibilidades reais para que isso ocorra. Para tanto, devemos analisar a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual assevera sobre o “aleitamento materno exclusivo por 6 meses e continuidade da amamentação com a introdução de alimentos complementares até os 2 anos ou mais”, algo que vai contra o que é preconizado pela legislação brasileira, na qual a mulher que trabalha sob o regime CLT tem o direito a 120 dias de licença-maternidade, ou seja, ela é responsabilizada pela decisão de desmamar seu filho antes dos 6 meses, em respeito à lei que a obriga a retornar ao trabalho quando seu filho ainda está com quatro meses. Em 2008, a Lei 11.770 (Empresa Cidadã) passou a estender a licença-maternidade para 6 meses, entretanto a mesma garante este direito adquirido apenas para servidores federais e estaduais. Mulheres que estão fora deste sistema dependem da decisão da empresa em que trabalham em optar ou não por seguir tal lei. Também existe, dentro da lei da CLT, no artigo 396, seção V, a recomendação de que a mulher tenha direito a dois intervalos de meia hora por dia, além dos intervalos normais de repouso e alimentação, para que possa utilizá-los para amamentar seu bebê até que ele complete 6 meses de vida. Tal condição deve ser combinada com o empregador a fim de flexibilizar o horário, pois algumas mulheres trabalham longe de suas casas, não sendo possível utilizar esse benefício no meio do dia. Vale lembrar que, na realidade, milhares de mulheres estão fora de qualquer condição de trabalho formal, ou seja, não tem garantido nenhum benefício durante os primeiros 6 meses de vida do filho.

Diante disso, infere-se que somente a orientação e conscientização sobre os benefícios da amamentação, iniciada já na fase gestacional, não são suficientes para que a mãe opte e realize o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, devendo ser repensadas as políticas públicas de apoio ao aleitamento materno. Como se propõe a demonstrar com estas reflexões, o cumprimento das políticas e direitos das lactantes depende de fatores que vão além da mera formalidade legal ou institucional. E na medida em que tais fatores começam a ser levados em conta, promove-se como consequência uma maior possibilidade de que a responsabilidade das

mães não venha carregada da concomitante e infelizmente corriqueira culpabilização das mesmas, no que tange às contingências da amamentação.

Orientações sobre encaminhamentos necessários e questões sociais também fazem parte do Guia do Líder para que a lactante conheça seus direitos e seja incentivada a procurá-los, caso deseje manter o aleitamento materno e encontre barreiras. As orientações da legislação específica do Brasil são sinalizadas com uma bandeira do País, ressaltando que tal orientação só é válida no Brasil, pois o mesmo Guia é utilizado em todos os países de língua portuguesa em que a Pastoral da Criança atua. Acredita-se que caso a mãe estiver sendo acompanhada, ela irá desenvolver a sua autonomia, possibilitando que ela tome decisões baseadas nas suas necessidades reais. Logo, levará a mulher a ter mais saúde e liberdade de escolher e de participar da sua gestação (SILVA, et al., 2012).

Na terceira etapa da capacitação, o Guia do Líder orienta sobre a importância do aleitamento materno, sugerindo que a líder converse com a gestante e seu companheiro sobre suas dúvidas e experiências de amamentação, fazendo referência ao conhecimento social/cultural. Com essa metodologia poder-se-ia esperar que a gestante e seus familiares pudessem participar ativamente do processo de construção do conhecimento, tornando-se protagonistas na opção pelo aleitamento materno. Entretanto, nessa mesma página o guia afirma que tal atitude facilita que as orientações repassadas pela líder sejam ouvidas e colocadas em prática, permanecendo o modelo de orientação depositária também chamada por Freire (1983) de concepção bancária, onde o indivíduo que está na posição de educador faz depósitos de conteúdos que devem ser arquivados pelos educandos sem uma reflexão crítica e um posicionamento pessoal sobre tais conteúdos.

O Ministério da Saúde realizou uma discussão sobre o respeito e a valorização da participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, superando o modelo de educação linear, ancorado na medicina higienista, na qual a ideologia da cultura comum é substituída pela cultura científica (BRASIL, 2015b). É necessário reconhecer que as líderes estão imersas em uma cultura, na qual o conhecimento científico é considerado superior ao senso comum. Entendemos que a permissibilidade de que os saberes populares, intrínsecos à organização comunitária, sejam suprimidos pelo modelo científico faz com que todo o processo sofra prejuízo, no sentido mesmo de um reducionismo. Na prática, o material utilizado pelas líderes, bem como a forma como a conversa que faz referência ao conhecimento social e cultural é comumente colocada, acaba induzindo à linearidade do repasse de todo este conhecimento.

Na contracapa do Guia do Líder estão descritas as instituições que participaram da elaboração do Guia, demonstrando que o material foi preparado por profissionais de saúde. Não há menção da participação das líderes e mulheres acompanhadas pela pastoral na organização de conteúdos a serem abordados, partindo das suas necessidades práticas nas comunidades. Em um estudo sobre os cuidados que as mães devem ter com seus bebês prematuros após a alta hospitalar, Fonseca et al (2004) ressalta a importância da participação das mães e profissionais de enfermagem na elaboração do material, tanto na questão didática como nos conteúdos a serem abordados. Tal pesquisa reuniu esses dois grupos em rodas de discussão onde poderiam falar sobre o que achavam importante aprender e ensinar. A partir das discussões foram definidos os temas geradores para elaboração do material. Após a confecção do material-piloto, este foi validado por profissionais da saúde e pelos participantes da pesquisa, para então ser enviado para confecção final. Dessa maneira, os assuntos abordados eram referentes às necessidades cotidianas das mães alcançando com maior eficácia o público-alvo do material.

As vantagens do aleitamento materno para o bebê e para a mãe, assim como o manejo das técnicas do aleitamento materno, são amplamente comentados em todas as etapas do Guia do Líder e nos panfletos do envelope 'Laços de Amor'.

Segundo o material, o leite materno é o único alimento que o bebê precisa até os seis meses de idade, confirmando a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Ministério da Saúde do Brasil (MS), que recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais (Brasil, 2015b).

O material mostra-se atualizado nas orientações quanto ao preparo para a amamentação, pois orienta que não se deve passar bucha, toalha áspera ou esticar o bico do seio para fortalecer o mamilo, visto que o próprio organismo da gestante prepara-se para a amamentação. Mostra-se adequado também quando orienta que o leite do peito é completo, não sendo necessário complementar com chá, suco ou água. Em 2015, foi assinado um decreto que regulamenta a Lei 11.265, de 2006, referente à comercialização de alimentos para crianças durante o período da amamentação, proibindo também propagandas de produtos que possam interferir na amamentação (BRASIL, 2015b), reforçando e legitimando a orientação repassada pelas líderes às gestantes. Em todas as visitas que as líderes realizam às gestantes e às mães de bebês que ainda não completaram 6 meses, a informação de que o leite materno é tudo que o bebê precisa para ficar bem alimentado é reforçada, mantendo a mãe segura na decisão em prosseguir com o aleitamento materno exclusivo. A superioridade do leite materno

em comparação a outras formas de alimentação de crianças até seis meses é citada por inúmeros autores como Saliba, et al (2008), entre outros.

Em termos de políticas públicas o aleitamento materno é a forma mais eficaz e barata no combate à mortalidade e morbidade infantil. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b) ressalta que o aleitamento materno permite um grande impacto na saúde integral da mãe e do bebê, revertendo em benefícios para toda a sociedade.

Assim, as mães que optam pelo aleitamento materno exclusivo e obtêm sucesso no manejo, pensando na saúde do seu filho, acabam por ‘colaborar’ com o plano de estratégias do estado, pois um número menor de crianças e mulheres adoentadas necessitará de atendimento médico/hospitalar. Segundo Giugliani (2000) é difícil quantificar o real impacto social do aleitamento materno, mas estudos confirmam que as crianças alimentadas com leite materno necessitam de menos atendimento médico/hospitalar, diminuindo também a falta dos pais ao trabalho. Kalil e Aguiar (2016), em trabalho realizado sobre discursos pró-aleitamento materno, concluem que se o Estado brasileiro considera a saúde da criança como prioridade, é necessário que as políticas familiares sejam mais efetivas, reforçando a importância da criação e manutenção de uma rede de apoio à mulher para que seja possível a opção pelo aleitamento materno conforme recomendação da OMS.

O Guia apresenta uma descrição completa sobre as várias posições boas para amamentar, a ‘boa pega’ e os problemas mais comuns na amamentação, como ingurgitamento mamário, rachaduras nos mamilos e mastite, com orientações sobre prevenção e encaminhamentos necessários.

O Guia orienta que a amamentação deve ser agradável para a mãe e para o bebê, assim como sugerem Teruya, Bueno e Serva (2009), quando descrevem que a mãe deve estar relaxada e confortável e o bebê deve estar calmo.

Em relação à boa pega, o Guia descreve, entre outras orientações, que a boca do bebê deve abocanhar todo o mamilo e a maior parte da aréola, estando com o lábio inferior virado para fora e o queixo do bebê encostado na mama. Essas orientações são confirmadas em publicações do Ministério da Saúde como em Brasil (2015b) e em trabalhos como Teruya, Bueno e Serva (2009). Outros dados confirmados por tais estudos que constam no Guia falam sobre retirar o excesso de leite das mamas ingurgitadas antes de oferecer ao bebê, prevenindo a pega incorreta e, conseqüentemente, problemas como mastite e rachaduras; passar uma ou duas gotas do próprio leite ao redor das aréolas e do mamilo para prevenir rachaduras, sem a necessidade de utilizar outros produtos; amamentar o bebê sempre que este solicitar, respeitando a livre demanda, porém observando se o bebê não está ficando muito tempo sem

se alimentar; o mito do leite fraco, reforçando a importância de deixar que o bebê esvazie bem uma mama antes de trocar de seio, pois a composição do leite materno obedece a ordem de descida, iniciando com mais proteína e, ao final da mamada, com mais gordura. Segundo Giugliani (2000) o ‘leite fraco’ e ‘pouco leite’ são queixas comuns durante a amamentação e devem ser investigadas, pois podem ser causados tanto por problemas de técnica e manejo da lactação como por questões externas como álcool, fumo, distúrbios emocionais, restrição dietética importante, entre outros. Portanto, afirmar que leite fraco não existe só deve ser sustentado quando, após uma avaliação minuciosa demonstrar que a mãe e o bebê apresentam todas as condições adequadas para o processo do aleitamento materno.

Apesar de a sucção ser reflexa, a arte da amamentação é complexa e deve ser ensinada, aprendida e principalmente incentivada, pois vários estudos demonstram que o alto índice de desmame precoce deve-se muito mais a questões externas do que a reais problemas biológicos. Além disso, considerando que o aleitamento materno é uma estratégia de política pública, a valorização e responsabilização não deve estar voltada exclusivamente à mulher sem nenhuma contrapartida. A licença paternidade é uma importante ferramenta de auxílio no aleitamento materno, pois enquanto o pai está em casa em tempo integral é possível que auxilie na organização da rotina para facilitar o momento da amamentação. No Brasil, a licença paternidade de cinco dias é concedida aos homens que trabalham com carteira assinada sob o regime da CLT e servidores públicos. Em março de 2016, no Brasil, foi sancionada a Lei nº 13.257 que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, alterando as legislações anteriores citadas na publicação (BRASIL, 2016a). Nessa lei foi instituído o Programa Empresa Cidadã, destinado, entre outras questões, a prorrogar por 15 dias a licença-paternidade além dos 5 dias já estabelecidos anteriormente. Entretanto, para que o trabalhador tenha garantido seu direito, deverá requerer no prazo de dois dias úteis após o parto e comprovar participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável. Além disso, somente os trabalhadores sob o regime CLT ou empregado de pessoa jurídica que aderir ao programa terão direito a tal benefício. Em maio de 2016 foi publicado no Diário Oficial da União o decreto nº 8.737 que institui a prorrogação da licença paternidade para servidores públicos regidos pela Lei 8.112/90. Para estes servidores a licença paternidade pode ser prorrogada para 15 dias além dos cinco dias concedidos pelo art. 208 da Lei nº 8.112, de 1990, caso seja solicitada no prazo de dois dias úteis após o nascimento ou a adoção (BRASIL, 2016b). Apesar de ser considerado um avanço no campo das políticas públicas, ainda muitos homens ficam de fora do benefício, pois somente os trabalhadores com carteira assinada ou servidores públicos têm direito ao benefício, enquanto que o grande

número de trabalhadores informais continua sem o direito ao benefício. Segundo Kalil e Aguiar (2016), em alguns países como Suécia e Portugal, já existem licenças parentais, o que torna mais justa a divisão das responsabilidades da criação do filho.

Dessa maneira, a princípio, a responsabilização quanto à saúde dos filhos, principalmente no que diz respeito aos 2 primeiros anos de vida, não estaria exclusivamente depositada sobre a mulher, mas dividida entre pai, mãe e o estado.

O caderno do Líder da Pastoral da criança e a Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde, Nutrição e Educação na Comunidade – FABS.

Esses materiais são utilizados para a coleta dos dados das famílias acompanhadas. Tais instrumentos surgiram como sugestão das próprias líderes no início dos trabalhos da Pastoral da Criança, pois todos os meses eram questionadas sobre os mesmos dados.

O Caderno do Líder da Pastoral da Criança é dividido em quatro partes. A 1ª parte, intitulada ‘Folha de acompanhamento da criança e da gestante’ é onde a líder anota todos os dados da gestante, criança e família acompanhada, coletando informações referentes à saúde, alimentação e desenvolvimento global da gestação/criança até os 6 anos de idade. Essa parte é composta por um questionário estruturado onde o entrevistado está condicionado às perguntas propostas. Esse questionário consiste num conjunto de perguntas que contém respostas geralmente limitadas a um número de possibilidades excludentes e predeterminadas. Por um lado, esta metodologia favorece a padronização e uniformização dos dados coletados, no entanto podem induzir o respondente a escolher uma das respostas apresentadas (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

Nesse item as questões referentes ao aleitamento materno dizem respeito ao tempo de aleitamento materno exclusivo e com que idade a criança começou a receber alguns tipos de alimentos propostos pelo instrumento. Entretanto, não é coletada a informação do motivo que levou a mãe/família a optar pelo desmame, precoce ou não. Os dados coletados pelas líderes deveriam servir para o planejamento de estratégias futuras, entretanto, sem essas informações, as estratégias de incentivo ao aleitamento materno continuam com o direcionamento unilateral, com informações depositadas nas famílias sem responder às reais dificuldades enfrentadas.

Em pesquisa realizada no município de Curitiba-PR por Teter, Oselame e Neves (2015) os principais motivos que levaram ao desmame foram o retorno ao trabalho (18,33%) e por considerarem que tinham pouco leite (18,33%). Segundo Giugliani (2010) os obstáculos

para a prática do aleitamento materno incluem vários fatores, dos quais podemos ressaltar a falta de suporte e orientação provenientes de mulheres com experiência em aleitamento materno e o trabalho da mulher. Essa mesma autora ressalta que o tipo de ocupação trabalhista da mulher, o número de horas no trabalho, as leis trabalhistas e o suporte ao aleitamento materno no ambiente de trabalho influenciam diretamente a manutenção do aleitamento materno após o retorno ao trabalho. Kalil e Aguiar (2016) afirmam que problematizar a questão do trabalho feminino e das políticas públicas deveria servir como novas estratégias de incentivo à amamentação e apontam as contradições dos discursos contemporâneos pró-aleitamento materno em relação à política de promoção, proteção e apoio à amamentação.

Em relação ao suporte e orientação proveniente de mulheres com experiência em aleitamento materno na comunidade, citado por Giugliani (2010), a Pastoral da Criança mostra-se como uma opção adequada, visto que muitas das líderes comunitárias são mães e possuem experiências pessoais em aleitamento materno.

A 2ª parte é denominada 'Registro do não atendimento de criança ou gestante pelo serviço de saúde' e deve ser preenchido caso a gestante ou criança tenham apresentado algum motivo para procurar o serviço de saúde. Apesar de não ser um item específico relativo ao aleitamento materno, pode ser utilizado quando a mãe ou o bebê apresentam algum problema referente ao tema e necessitam de atendimento especializado. A líder encaminha ao serviço especializado e aguarda a resposta do atendimento. Caso o atendimento não ocorra, é necessário preencher o motivo alegado para o não atendimento. Esse item pode ser uma ferramenta importante de acompanhamento das dificuldades referentes ao aleitamento materno, visto que em alguns casos, como a mastite, somente o atendimento especializado pode dar o suporte necessário ao binômio mãe/bebê.

A 3ª parte é referente ao 'Registro de mortes de crianças e mortes maternas', não fazendo parte da análise deste trabalho.

A 4ª parte, intitulada 'Resumo dos acompanhamentos em casa mês' é composta por um questionário fechado, o mesmo utilizado na FABS, que será discutido abaixo.

A Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde, Nutrição e Educação na Comunidade – FABS é o instrumento de compilação dos dados coletados em todas as famílias que cada líder deve repassar à coordenadora local. Esta deve preencher a FABS mensalmente com o total de ações realizadas na sua comunidade. É composto por um questionário estruturado, onde são repassadas à coordenação nacional somente os dados pré-estabelecidos por esta. Nesse instrumento a única questão sobre

aleitamento materno é referente ao número de crianças que, no mês, completam 6 meses e destas, quantas estão mamando só no peito.

Os dados coletados com tal instrumento são enviados à coordenação nacional da Pastoral da Criança para que sejam enviados ao Ministério da Saúde. Este encaminha recursos financeiros proporcionais ao número de crianças atendidas em cada região. Tais dados poderiam servir também como estratégia de planejamento para projetos e intervenções realizadas pelas líderes. Nas reuniões realizadas mensalmente pelos ramos da Pastoral esses dados poderiam ser discutidos a nível local para traçar estratégias, entretanto essa conduta fica a cargo da coordenação local que pode optar por realizar tal levantamento ou somente encaminhar os dados à coordenação nacional. Algumas campanhas são realizadas a nível nacional pela Pastoral da Criança, mas observa-se que estão relacionadas mais aos acontecimentos atuais, como atualmente o caso da microcefalia, do que aos acontecimentos locais coletados pelos questionários (FABS). Dessa forma perde-se a oportunidade de levantar a demanda solicitada pelas próprias líderes em suas comunidades para dar prioridade ao trabalho de orientação realizado a nível nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise do material utilizado pela Pastoral da Criança, tanto para orientação como para coleta de dados relacionados ao aleitamento materno, pode-se destacar o fato destes serem voltados ao conhecimento científico, ainda que sua motivação original fosse em prol de uma organização comunitária e dirigido para a comunidade.

A Pastoral da Criança, enquanto movimento social, atuando em nível local, poderia valer-se da aproximação das pessoas da própria comunidade para aproveitar o seu conhecimento e estratégias de mudanças para planejar ações. Contudo, o que se constata é que o papel singular da líder comunitária não é valorizado. O material utilizado marca uma homogeneização das ações, despersonalizando-as e descontextualizando-as da realidade comunitária.

As estratégias utilizadas pela Pastoral da Criança com relação ao aleitamento materno são as mesmas utilizadas pelo Estado, valorizando quase que exclusivamente a questão biológica do leite materno, reforçando a responsabilidade da mulher enquanto fonte do alimento que representa a forma mais eficaz e barata no combate à mortalidade e morbidade infantil. Neste sentido, deixa a entender também que, subjacente às preocupações com a saúde da lactante e seu filho, estão aquelas relacionadas com o controle imbuído nas estratégias de

um estado centralizador. Daí porque as padronizações e homogeneizações das cartilhas tomam mais vulto do que as ações locais. Pois, enquanto estas aludem a uma real preocupação com o contexto da lactante, aquelas aludem às tentativas do estado em reduzir custos a médio e longo prazo. Apesar de aparecerem orientações sobre as políticas públicas que as gestantes devem conhecer, fica claro que é preciso muito mais apoio tanto comunitário quanto em termos de políticas públicas, às mulheres que desejam amamentar seu filho exclusivamente até os 6 meses e continuar como complemento até os dois anos de idade. A organização da Pastoral da Criança em grupos pequenos e próximos à comunidade favorece o trabalho de apoio ao aleitamento materno, porém há muito que considerar o papel singular de cada líder e reconhecer seus conhecimentos além do que está posto nos materiais padronizados pela instituição.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Feb. 2005.

AKRÉ, J. (Org). *Alimentação Infantil: bases fisiológicas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 1994.

ANJOS, G. Maternidade, cuidados do corpo e "civilização" na Pastoral da Criança. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 27-44, Abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher - Princípios e Diretrizes*. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. (BRASIL, 2015a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. (BRASIL, 2015b)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016*. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (BRASIL, 2016a)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 8.737, de 3 de maio de 2016*. Institui o Programa de Prorrogação da Licença-Paternidade para os servidores regidos pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (BRASIL, 2016b)

COSTA, G.D.; et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet*, v. 14, Supl. 1, p. 1347-1357, 2009.

CUNHA, A.J.; LEITE, A.J.; ALMEIDA, I.S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, n 91, p. 44-51, 2015.

FONSECA, L.M.M.; et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, Fev. 2004.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. (Org.). *Métodos de pesquisa*. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*. Vol. 76, Supl.3, 2000.

_____, E.R.J. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, MR. (Org.) *Amamentação - Bases Científicas*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.

GONÇALVES, C.V.; et al. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 25, n. 11, p. 2507-2516. 2009.

KALIL, IR, AGUIAR, AC. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, no prelo. 2016. Disponível em http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4099. Acesso em: 16 ago. 2016.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.

NITRINI, S. Lições da Pastoral da Criança: entrevista com Zilda Arns Neumann. *Estud. av.* [online]., v.17, n.48, p.63-75, 2003.

PASTORAL DA CRIANÇA. *Guia do Líder da Pastoral da Criança: para países de língua portuguesa*. Curitiba: il.color, 2015a.

RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cienc Saude Colet.*, v. 12, n. 2, p. 477-486. 2007.

SALIBA, N. A.; et al . Freqüência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 8, n. 4, p. 481-490, dez. 2008.

SILVA, R.M.; et al . Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 635-642, mar. 2012.

TERUYA, K; BUENO, L.G.S.; SERVA, V. Manejo da lactação. In: REGO, J.D. *Aleitamento Materno*. 2º Ed, Atheneu. São Paulo, 2009.

TETER, M.S.H.; OSELAME, G.B.; NEVES, E.B. Amamentação e desmame precoce em lactantes de Curitiba. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 16, n. 4, p. 55-63, out/dez. 2015.

7 ALEITAMENTO MATERNO: SABERES E PRÁTICAS DAS LÍDERES DA PASTORAL DA CRIANÇA

BREASTFEEDING: KNOWLEDGE AND PRACTICES OF CHILDREN'S PASTORAL LEADERS

RESUMO

O objetivo do presente artigo foi investigar os saberes e as práticas das líderes comunitárias da Pastoral da Criança no município de Palmeira-PR com relação ao aleitamento materno. Caracteriza-se como descritiva, de cunho qualitativo, utilizando-se de observação participante e entrevista aberta com 6 líderes comunitárias as quais, no momento da pesquisa, estavam acompanhando díades mãe-bebê em processo de aleitamento materno. A análise foi dividida em dois núcleos onde o primeiro analisou a identidade das líderes da Pastoral da Criança entre o conhecimento científico e o saber popular na atuação com aleitamento materno e o segundo analisou os desdobramentos das políticas públicas nas práticas comunitárias. As líderes comunitárias da Pastoral da Criança desempenham um papel importante na promoção do aleitamento materno em suas comunidades. A capacitação realizada para torná-las aptas a desenvolver o trabalho direciona a atuação de maneira padronizada, entretanto cada líder acaba incluindo saberes adquiridos na família e na comunidade, tornando cada visita uma experiência diferente. Esse trabalho possibilitou compreender que o sucesso do trabalho da pastoral da criança na promoção do aleitamento materno não está vinculado somente ao 'conhecimento científico' adquirido através das capacitações realizadas pela instituição, mas pela identificação que as mães/mulheres/nutrizes têm com as líderes comunitárias, reforçando a importância do aconselhamento em aleitamento materno ser realizado de maneira humanizada, acolhendo e aceitando as questões pessoais, emocionais e culturais que permeiam o processo do aleitamento materno.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno, Organização comunitária, Conhecimento popular, Interdisciplinaridade

ABSTRACT

The objective of the present article was to investigate the knowledge and practices of the community leaders of Pastoral care of the child in the municipality of Palmeira-PR in relation

to breastfeeding. It is characterized as descriptive, qualitative, using participant observation and open interview with 6 community leaders who, at the time of the research, were accompanying mother-infant dyads in the process of breastfeeding. The analysis was divided into two nuclei where the first one analyzed the identity of the leaders of the Pastoral care of the child between the scientific knowledge and the popular knowledge in the work with breastfeeding and the second analyzed the unfolding of the public policies in the community practices. Community leaders in Pastoral care of the child play an important role in promoting breastfeeding in their communities. The training done to make them able to develop the work directs the action in a standardized way, however each leader ends up including knowledge acquired in the family and in the community, making each visit a different experience. This work made it possible to understand that the success of the child's pastoral work in promoting breastfeeding is not only linked to the 'scientific knowledge' acquired through the capacities of the institution, but also to the identification of mothers/women/nutrizes, reinforcing the importance of breastfeeding counseling to be carried out in a humanized way, accepting and accepting the personal, emotional and cultural issues that permeate the breastfeeding process.

KEY WORDS: Breast feeding; Communitarian organization; Popular knowledge; Interdisciplinarity.

INTRODUÇÃO

O incentivo ao aleitamento materno vem sendo realizado por diversas organizações em todo o mundo visto que é considerada a ação isolada com maior efetividade na prevenção da morbimortalidade infantil (TOMAS, REA, 2008).

Diversas políticas públicas foram criadas no Brasil nos últimos anos com a finalidade de apoiar a manutenção do aleitamento materno por pelo menos 6 meses. No entanto, na prática, as taxas do aleitamento materno estão longe de serem efetivas. Há mais de 10 anos, o Ministério da Saúde em parceria com entidades não governamentais, como a Pastoral da Criança, realiza campanhas de incentivo ao aleitamento materno, respeitando um acordo firmado entre vários países com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1992 (SERVA, 2011).

A Pastoral da Criança é um organismo de ação social da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - instituição permanente que congrega os Bispos da Igreja católica no país), organizada hierarquicamente por país, estado, setor (diocese), ramo (paróquia) e comunidade com finalidade de atuação em pequenos grupos na própria comunidade, capacitando voluntários que assumem a tarefa de tornarem-se líderes para orientar e acompanhar as famílias vizinhas em ações básicas de saúde, educação, nutrição e cidadania (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015b). Dentre essas ações está a promoção e o apoio ao aleitamento materno. É uma instituição mundialmente reconhecida sendo apontada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como a maior Organização Não-Governamental do mundo a trabalhar nas áreas de saúde e educação comunitária, tendo sido indicada três vezes pelo Prêmio Nobel da Paz (ARAÚJO, 2000).

A capacitação dos líderes é realizada na própria comunidade a partir do Guia do Líder (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015a), material desenvolvido pela Pastoral da Criança com apoio de instituições e profissionais de saúde baseado em pesquisas e evidências científicas e tem duração mínima de 37:30 horas. A cada cinco anos esse material é reformulado e é feito uma nova capacitação com os líderes (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015b).

Apesar da homogeneização na capacitação para se tornar líder comunitária, há de se considerar o papel singular de cada pessoa que dispõe o seu tempo de maneira voluntária para trabalhar em prol do desenvolvimento das famílias da sua comunidade, visto que, além do aspecto biológico, os aspectos sociais e culturais também devem ser levados em consideração no aleitamento materno. Diante disso, o presente artigo teve como objetivo investigar os

saberes e as práticas das líderes comunitárias da Pastoral da Criança no município de Palmeira-PR com relação ao aleitamento materno.

MÉTODO

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, de caráter qualitativo, utilizando-se de observação participante e entrevista aberta.

Inicialmente foi realizado o contato com a Pastoral da Criança, ramo de Palmeira-PR, para apresentação do projeto de pesquisa, explicando sua finalidade. Em seguida o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, aprovado em 19/04/2016 sob nº 1.510.117.

A observação participante foi realizada acompanhando as seis líderes participantes das entrevistas em uma visita domiciliar cada e em oito reuniões mensais realizadas pela coordenação de ramo da Pastoral da Criança do município de Palmeira-PR.

As entrevistas foram realizadas com as seis líderes comunitárias do município de Palmeira-PR que estavam acompanhando as díades mães/bebês no processo de aleitamento materno no período da coleta de dados em local cedido pela coordenação de ramo da Pastoral da Criança de Palmeira-PR diretamente nas comunidades de atuação de cada líder comunitária, totalizando seis entrevistas.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas integralmente.

Para analisar, compreender e interpretar os dados obtidos optamos por utilizar a análise de conteúdo, proposta por Minayo (2007). A análise de conteúdo inicia-se pela leitura das falas, realizada por meio das transcrições de entrevistas, depoimentos e documentos. A autora sugere que a organização do conteúdo para análise seja realizada por eixos temáticos, que irão emergir das entrevistas. Ela ressalta que “a análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Dessa forma os eixos temáticos foram definidos e organizados em dois núcleos.

A fim de garantir o anonimato das participantes, cada líder foi identificada pelos seguintes codinomes referentes a flores: Dália, Camélia, Íris, Açucena, Margarida e Hortência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As falas revelaram dois núcleos temáticos, descritos a seguir.

Entre o conhecimento científico e o saber popular: identidade das líderes da Pastoral da Criança na atuação com aleitamento materno

As falas que surgiram em todas as entrevistas foram referentes aos aspectos biológicos do aleitamento materno, ancorados nas capacitações as quais toda líder participa antes de iniciar seu trabalho na comunidade e na importância do conhecimento adquirido através dessa capacitação.

“a gente começou a aprender através da pastoral. Antes a gente não tinha conhecimento, minha mãe tinha instrução. Através da pastoral e com a nutricionista [...], passou muita informação pra gente, conhecimento de alguém que estudou pra isso” (Dália)

“tem umas coisas que a gente aprende em casa e outras com a pastoral e a gente passa a instrução que recebe, né?” (Camélia)

“quando entrei na pastoral [...] eu aprendi muito, que o leite materno é muito importante” (Íris)

“não entendia nada, daí comecei nas capacitações, daí aprendi bastante coisa” (Açucena)

“Eu amamentei as duas, mas eu não tinha experiência nenhuma. O médico me deu um livro pra olhar e ler” (Margarida)

“Tinha bastante coisa que a gente já sabia, mas que nem da pastoral a gente vê coisas mais na certeza, né” (Hortência)

Nas falas acima fica evidente que as líderes consideram que somente após a participação nas capacitações da Pastoral da Criança é que adquiriram conhecimento sobre aleitamento materno, valorizando a importância do conhecimento científico repassado por profissionais com formação acadêmica e desconsiderando a importância de um saber popular pré-existente. Xavier e Flôr (2015) consideram como saber popular o conjunto de

conhecimentos elaborados e transmitidos de um indivíduo para outros dentro de pequenos grupos, principalmente por meio da linguagem oral e gestos, fundamentados em experiências ou em crenças e superstições. Dentre esses conhecimentos estão as ações realizadas para superar problemas durante o aleitamento e, apesar de as líderes desconsiderarem esse conhecimento num primeiro momento, as ações apareceram em outras falas

“o peito dela encheu demais. Daí o marido veio aqui. Então eu ensinei uma coisa que minha mãe fez pra mim, que deu certo pra mim, que eu fiz pra minha filha, que deu certo pra minha filha, né? E que a gente passou pra ela” (Dália)

“daí ela [mãe] ensina alguma coisa assim, aquelas coisas caseiras que os avós da gente ensinavam” (Camélia)

“Na primeira [filha] eu não tinha a pastoral da criança ainda. Mas minha mãe, os mais velhos me ensinavam, né?” (Íris)

“Eu conto pras minhas gestantes, que eu também não tinha experiência e que consegui dar de mamar” (Margarida)

“[Depois que meu filho nasceu] ficou mais claro, porque a gente pensava assim, que já era importante. Mas vendo, né? É diferente, passando por isso.” (Hortência)

“Eu tive que fazer cesárea, pra descer o leite foi complicado. Daí no segundo ou terceiro dia encheu demais, quis empelotar tudo, daí teve uma vizinha que ensinou folha de repolho, sabe? Que você esquentava ali e coloca, que vai ajudar. E com essa vizinha aconteceu isso. Daí eu passei, o que foi bom pra mim eu passei pra ela. Então a gente foge um pouco porque isso não tem no guia, né? Tipo, a gente sabe que é bom a gente passa, né?” (Hortência)

“Quando foi com quase 3 meses que ele tava, quis me dar mastite, não sei porque. Deu febre, tontura e tudo sabe. Fizemos remédio caseiro. Fui num curador, porque nós aqui é mais assim, por curador, né?” (Hortência)

O conhecimento popular adquirido através das gerações, apesar de pouco valorizado, foi a evidência que demonstrou maior segurança às líderes nas suas ações, pois apesar do material utilizado nas visitas domiciliares da pastoral da criança ser homogêneo e

descontextualizado, cada líder orienta as mães com dificuldade de amamentar a partir das suas próprias experiências ou experiências de outras mulheres da comunidade, conforme os relatos acima. Nesse sentido, apesar de as líderes nem sempre se perceberem nesse papel, a posição que elas ocupam na comunidade faz com seu discurso seja valorizado e respeitado pelas outras mulheres, ainda que, sem perceber, elas utilizem o mesmo discurso que suas mães e avós já utilizavam, mesmo sem o “conhecimento científico” necessário.

A capacitação realizada pela Pastoral da Criança através do Guia do Líder faz com que as líderes passem a exercer o papel de detentoras do conhecimento, papel semelhante ao dos profissionais de saúde, pois após a capacitação elas tornam-se aptas a acompanhar e orientar as famílias em diversos assuntos referentes à saúde, higiene, nutrição e desenvolvimento infantil (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015b). Da mesma maneira como o material foi preparado por profissionais da saúde e repassado às líderes de forma linear, também dessa maneira é repassada às famílias acompanhadas. Esse repasse linear de conhecimento aparece nas falas abaixo:

“Tudo que a gente passa, eles acatam” (Dália)

“E a gente sempre dá as instruções pra elas” (Camélia)

“[...] quando não sabe ler a gente lê junto. E a gente já entrega antes, na gestação, aquele cartão dos ‘Laços de amor’. E o marido lê junto, e vai aprendendo junto também. A gente orienta assim” (Camélia)

“Elas sempre aceitam e concordam e dá pra ver que se esforçam” (Íris)

“pra umas famílias minha eu peguei e emprestei, sabe? O livro, pra eles ler” (Açucena)

“na época nós dependíamos do treinamento de pelo menos 3 meses. Porque tem toda essa fase, a metodologia da pastoral. Depois nós tínhamos aquela fase da educação essencial, porque não adianta acompanhar só o peso, tem que acompanhar o desenvolvimento também, psicológico e intelectual da criança.” (Margarida)

“da pastoral vem aquele ‘Laços do Amor’. Desde o primeiro mês a gente já dá pra mãe nas visitas. Daí tem coisa que já vai falando, a gente vai orientando” (Hortência)

O modelo de repasse de conhecimento linear e depositário vem sendo amplamente discutido e reformulado principalmente nas políticas públicas referentes ao aleitamento materno. Alves (2005) destaca que as ações de educação em saúde vêm sendo repensadas desde a década de 1970, distanciando-se do modelo impositivo característico do discurso higienista. Nesse modelo, os profissionais de saúde detêm um saber técnico-científico, com status de verdade que deve ser repassado aos usuários, pois esses precisam ser devidamente informados sobre hábitos e comportamentos saudáveis. Entretanto, a autora ressalta que esse modelo não leva em consideração os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde e sugere um modelo de educação dialógica, no qual o objetivo não é simplesmente o de informar para a saúde, mas o de transformar saberes existentes, desenvolvendo a compreensão da situação de saúde, a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde.

Além da questão metodológica do repasse de informações, observa-se a confusão de identidade das líderes enquanto voluntárias de uma organização comunitária. Apenas em duas falas aparece o apoio comunitário em relação ao aleitamento materno, afastado do discurso depositário de informações técnicas. Além disso, uma das falas apareceu durante a observação participante, ou seja, a líder não percebeu que essa era uma informação importante a ser repassada durante a entrevista, visto que está longe do conhecimento técnico-científico a que elas tanto “valorizam” em seus discursos.

“teve um dia que uma das mães que eu acompanhava me falou que não conseguia limpar a casa porque o neném chorava e como ela era sozinha na cidade, não tinha com quem deixar. Então eu fui lá numa tarde, só pra ficar com o neném enquanto ela limpava a casa”.
(Margarida)

“O primeiro dia que ela veio do hospital, o marido dela veio aqui em casa pra ver o que fazia. Porque ela não tinha leite, a menininha gritando, de certo de fome, né? Eu lembro que deixei o [filho] com o meu marido e fomos lá. Portanto que a menininha chegou a chupar em mim sabe. Porque ela tinha fome, sabe. Sei lá, acho que ela não deve ter feito muito bem com a seringa que eu usei e arrumei pra ela. Parece que ela não tinha bico, sabe? Daí que nós falamos e ela começou, pegou a seringa e começou, sabe. Eu ajudei ela, puxar ali com a seringa, daí que ela começou a querer pegar. Daí depois foi. Ela está com 1 ano e 4 meses e ainda está mamando no peito.” (Hortência)

O apoio comunitário vai muito além do repasse de conhecimento técnico-científico que dificilmente fazem com que as pessoas mudem de comportamentos. A ação realizada por

Margarida na fala acima pode ser considerada como um dos princípios que regem o SUS, a integralidade. A mãe que estava sendo acompanhada não estava com nenhuma dificuldade orgânica ou outra questão que pudesse ser solucionada com repasse de informações. Alves (2005) ressalta que o princípio da integralidade vai contra o modelo hegemônico vigente, reducionista, individualista, centrado na doença e orientado para a cura. A integralidade tem um compromisso com o atendimento da necessidade, que no caso acima poderia influenciar negativamente no processo do aleitamento materno. No momento em que a líder identificou a questão como prioritária e se disponibilizou a ajudar, o processo do aleitamento pode continuar sem sofrer interferências externas, as quais não seriam identificadas se somente as questões orgânicas e técnico-científicas do aleitamento materno fossem levadas em consideração.

Na fala de Hortência observa-se que sua atitude de alimentar com seu próprio leite a filha de outra mulher seria veementemente recriminada baseada no conhecimento técnico-científico. No Brasil a amamentação cruzada, quando uma mãe amamenta outro recém-nascido que não o seu, é proibida por lei segundo a Portaria n.º 1.016, de 26 de agosto de 1993, considerando o risco de infecção para as partes envolvidas (BRASIL, 1993). Entretanto ela se fez presente, demonstrando segurança e apoio, acalmando a díade mãe-bebê e acompanhando para que a sua vizinha também conseguisse ter sucesso no aleitamento materno. Talvez se ela não tivesse tomado tal atitude e mantivesse o discurso de orientação das técnicas e manejo do aleitamento materno, a díade não tivesse conseguido superar a fase inicial e difícil desse processo. É necessário ressaltar que nesse caso a falta do conhecimento técnico, ou seja, o risco de infecção cruzada, fez com que a líder agisse por instinto para resolver a dificuldade de sua vizinha, demonstrando que a responsabilidade do seu papel como líder foi além da orientação técnica-científica recebida nas capacitações.

Outra evidência dessa relação da comunidade com a líder aparece na seguinte fala.

“tem crianças que nós acompanhamos na pastoral que hoje já são pais e mães. E eles continuam respeitando e às vezes encontram – Mas sabe D. [Margarida], o que eu podia fazer? – sabe aquela coisa assim, ainda tem o respaldo.” (Margarida)

O papel de líder comunitária construído ao longo dos anos fez com que a detenção do conhecimento fosse legitimado, tornando-as referência em alguns assuntos dentro da comunidade. Entretanto, em alguns casos, como nas falas abaixo, a real função da líder comunitária acaba sendo confundida com a de profissionais da saúde, não só pela comunidade como pelas próprias líderes.

“Porque a gente tem ali né, a médica que fica direto né, tem uma enfermeira que fica direto, mas antes não era assim. Antes a gente tinha médico 1 vez por semana, né. Então era preciso que alguém fizesse alguma coisa.” (Dália)

“ela não ia consultar com as crianças, ela ficava só com o que a gente ensinava” (Dália)

“Que nem essa [mulher] que eu to [acompanhando], ela já teve uma [filha] e a irmã dela é agente da saúde, sabe, bastante coisa ela aprende com a irmã dela, né.” (Íris)

“[...] bastante coisa eles sabem. Hoje em dia têm face [facebook], essas coisas, conforme a dúvida vão procurar, né?” (Íris)

Quando a líder assume o papel de detentora do conhecimento técnico-científico sua atuação fica reduzida ao repasse de informações que julga serem importantes para a família acompanhada e esta, por sua vez, mantém-se estática aguardando que suas necessidades de saúde sejam resolvidas por terceiros. Essa relação de contrato firmado entre as partes é discutida por Merhy (2006). O autor propõe que sabendo explorar as tensões postas neste jogo, pode-se impor linhas de produção de contratualidades que modifiquem o sentido dos modelos de atenção que hoje são hegemônicos, pautando pelo lugar central que os usuários podem ocupar, aumentando sua autonomia. A discussão que Merhy (2006) propõe envolve a tríade envolvida em processos de saúde - usuário, trabalhador e gestor. Entretanto, estamos analisando a inversão de identidade das líderes comunitárias, que, apesar de fazerem parte do grupo de usuários, quando assumem o papel de líder tendem a exercer a função do que Merhy (2006) denomina como trabalhadores. Agindo dessa forma as líderes afastam-se da sua similaridade com a comunidade despersonificando sua identidade com a comunidade local e desfavorecendo o trabalho de apoio ao aleitamento materno, permanecendo na função isolada de repasse de informações que nem sempre coincidem com a demanda da população.

Um dos eixos definidos durante a análise das entrevistas seria referente à religiosidade, visto que a Pastoral da Criança é um organismo de ação social da CNBB (PASTORAL DA CRIANÇA, 2014). Embora seja um movimento atrelado à religião, não há fortes indícios ou vinculação com a religiosidade nas ações realizadas pelas líderes referentes ao aleitamento materno.

O aleitamento materno e as líderes comunitárias: desdobramentos das políticas públicas nas práticas comunitárias

As políticas públicas criadas ao longo dos anos, principalmente após a década de 1980, contribuíram para a melhoria dos índices de mortalidade infantil, entretanto os índices de mortalidade materna ainda encontram-se elevados, revelando a necessidade de se repensar a qualidade da atenção à saúde da mulher (SANTOS et al, 2008).

O ato de amamentar, segundo estudo realizado por Frota et al (2009), ainda é visto pelas mães como um dever/responsabilidade da mulher, muito mais relacionado a uma obrigação social do que resultado de uma escolha racional. Somente informar sobre a importância da amamentação através das campanhas realizadas pelo governo e por entidades não-governamentais parece não estar sendo suficiente para a melhoria dos índices de aleitamento materno, revelando um distanciamento entre o discurso oficial dos serviços de saúde e a prática vivenciada pelas mulheres.

Durante as entrevistas, as líderes demonstraram conhecimento em relação às vantagens do aleitamento materno para o bebê, conforme as falas abaixo:

“[...] 2 anos que falam, né? Pra ser amamentado. Mas muitas tiram antes. E daí a gente fala e conversa com elas pra ficarem esse tempo né? Porque é importante pras crianças, né?” (Camélia)

“[...] é remédio antibiótico pra criança, pra livrar de doença, pra desenvolver o crescimento” (Íris)

“[...] as crianças que não amamentam no peito têm mais, assim, facilidade de pegar doenças né” (Íris)

“É uma coisa saudável, né? É uma coisa que faz bem pro bebê né.” (Açucena)

“[...] teve mães que amamentaram até dois anos e as crianças eram bem saudáveis” (Margarida)

Percebe-se nesse discurso uma reprodução do discurso oficial do Estado, ancorado nas capacitações realizadas pela Pastoral e nas campanhas oficiais realizadas anualmente pelo Ministério da Saúde. Porém em relação ao apoio à mulher/mãe que amamenta e as vantagens desse ato também para a mulher não é levado em consideração, corroborando tais dados com

a pesquisa realizada acima nos serviços de saúde, revelando uma reprodução das políticas públicas já realizadas pelos órgãos oficiais dentro da organização comunitária.

“Eu, por exemplo, falo mais pra criança, né? Porque tem mãe que, sei lá, tipo nela, ela quase nem pensa, né? Eu acho que é um lugar onde a gente erra também porque claro que no aleitamento a mãe também tem benefícios. Mas a gente orienta mais, a gente pensa na criança, né?” (Hortência)

“Sabe, gostei até [de amamentar]. Eu pensei mais nele, porque tem vitamina e isso e aquilo. A gente pensa mais nele, né? Até que nessa parte assim, em mim não pensei”. (Hortência)

Essa falta de reflexão em relação ao papel da mulher no aleitamento materno aparece em outras falas quando a mulher é julgada por não querer amamentar ou pelo desmame precoce.

“Aqui tem as crianças que ainda pegam aquele leite do governo. Dos 6 meses em diante eles já podem pegar. Aqui tem bastante criança que pega também. Daí as vezes eles trocam, né? Por esse. As mães, sei lá, ficam com preguiça de amamentar, sei lá, né? Ainda mais agora no frio [risada].” (Camélia)

“Porque tem mãe que às vezes não faz muito esforço de querer dar no peito, né? Às vezes até porque cai lá as.. [risada]. E no inverno, claro que é difícil uma mãe levantar, né? De noite.. tudo.. amamentar. Mas tem que ter aquele esforço de amamentar porque é a coisa melhor que está fazendo pro seu filho.” (Íris)

Quando as líderes deixam de acolher as queixas referentes aos motivos do desmame acabam por reforçar a obrigação social da mulher no ato de amamentar. Segundo pesquisa realizada por Godoi (2015) são necessárias discussões que considerem as mulheres responsáveis e protagonistas por seus atos e donas de seus corpos e decisões, e sua disponibilidade e desejo de amamentar estejam tão em evidência quanto sua capacidade de produzir o leite.

Além das condições biológicas e emocionais da mulher, uma questão de grande relevância na concretização da amamentação exclusiva por seis meses e complementada até os dois anos envolve outro papel social da mulher, a de trabalhadora. As políticas públicas no Brasil são contraditórias quando afirmam que a mulher deve amamentar exclusivamente por seis meses garantindo, porém, somente quatro meses de licença maternidade para as

trabalhadoras que não fazem parte do grupo seletivo que tem direito a seis meses de licença. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a) afirma que o aleitamento materno reverte em benefícios para toda a sociedade considerando seu grande impacto na saúde integral da mãe e do bebê, colocando a mulher como responsável pela colaboração com o plano de estratégias do estado. Para tanto, Kalil e Aguiar (2016) afirmam que o estado brasileiro deve priorizar as políticas familiares, reforçando a criação e manutenção de uma rede de apoio à mulher, possibilitando a opção pelo aleitamento materno.

Entretanto, a estratégia utilizada no município para a prevenção da desnutrição de crianças acima de seis meses, reforçada em alguns momentos pelas próprias líderes comunitárias, é a distribuição de leite pelo governo do Estado, através do ‘Programa Leite das Crianças – Redução da deficiência nutricional de crianças, gestantes e nutrizes’ (PARANÁ, 2010).

“Que nem comentei pra vc, né, que daí através da pastoral a gente conseguiu o leite, né [...] tem muito mais criança que vem buscar o leite” (Dália)

“Aqui tem crianças que ainda pegam aquele leite do governo. Dos seis meses em diante eles já podem pegar. Aqui tem bastante criança que pega também. Daí às vezes eles trocam, né? Por esse.” (Íris)

Outras estratégias de prevenção da desnutrição infantil realizada pelas Políticas Públicas não foram citadas nas entrevistas. O material elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b) para orientação com relação ao aleitamento materno e à alimentação complementar ressalta que muitas mulheres mostram-se insatisfeitas com o tipo de apoio recebido pelos profissionais de saúde. Segundo o material, isso deve-se ao distanciamento de percepções do que é o apoio na amamentação, visto que enquanto as mães esperam um suporte mais ativo com informações precisas, os profissionais costumam ser mais passivos e reativos. Com relação ao aleitamento materno uma das líderes relatou não ter sido orientada na maternidade, reforçando a importância do conhecimento adquirido através da Pastoral da Criança.

“Acho que, sobre amamentação, pra mim não falaram nada” (Hortência)

Apesar de não demonstrarem conhecimento sobre as Políticas Públicas de incentivo ao aleitamento materno, as líderes parecem reproduzir o discurso de tais políticas públicas quando reforçam que não existe leite fraco e pouco leite.

“Alimenta sempre bem, sempre antes das mamadas toma um copo de suco ou um copo de água porque tem mãe que diz assim, né.. eu tenho pouco leite. E o que nós passamos pra eles é que a gente nunca tem pouco leite. E muitos também dizem assim que tem o leite é fraco.. o leite nunca é fraco pra aquela criança.” (Íris)

“Ela deu só um pouco no peito e desistiu. [Alegou que tinha] dor e que tinha pouco leite. Daí parou.” (Açucena)

Entretanto essas afirmações isoladas acabam por reforçar a insegurança das mães que apresentam tal queixa. Para Giugliane (2000), além do conhecimento do manejo da lactação é importante que quem desempenha um papel relevante na assistência à mulher-mãe-nutriz conheça a técnica de aconselhamento, pois saber acolher a queixa da mãe que está sentindo que seu leite não é suficiente para alimentar seu bebê, seja pela qualidade ou pela quantidade, e realizar uma avaliação das possíveis causas, sejam elas biológicas, emocionais ou culturais, faz com que o processo da lactação tenha condições de prosseguir com ganhos para a mãe e para o bebê. Segundo a mesma autora, a afirmação de que não existe ‘pouco leite’ ou ‘leite fraco’ só pode ser sustentada após uma minuciosa avaliação das condições da mãe e do bebê, pois existem várias condições que vão além de posicionamento inadequado e pega incorreta que podem fazer com o leite materno realmente não seja suficiente ou adequado para o bebê.

As políticas públicas referentes à saúde materno-infantil, especialmente as que envolvem o aleitamento materno, são pouco utilizadas pelas líderes da Pastoral da Criança envolvidas nesse trabalho. Em algumas comunidades a líder realiza o acompanhamento mensal do peso das crianças dentro da Estratégia Saúde da Família, porém sem envolvimento das partes. As políticas públicas, entretanto, poderiam valorizar e investir de fato no trabalho das líderes no sentido de criar parcerias intersetoriais que contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Infelizmente, essa via de mão dupla não foi ou está sendo construída com as líderes. Pode-se observar que o envolvimento da comunidade com a Pastoral da Criança é maior nas comunidades onde a Pastoral possui um local separado para realizar a Celebração da Vida, ou seja, o dia em que realizam a pesagem das crianças. Isso deve-se ao fato da informalidade e da identificação maior das mães com as líderes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As líderes comunitárias da Pastoral da Criança desempenham um papel importante na promoção do aleitamento materno em suas comunidades. A capacitação realizada para torná-las aptas a desenvolver o trabalho direciona a atuação de maneira padronizada, entretanto cada líder acaba incluindo saberes adquiridos na família e na comunidade, tornando cada visita uma experiência diferente. A observação participante permitiu reconhecer características comunitárias nas líderes identificando-as como pertencentes a tal comunidade, reforçando a compreensão da influência comunitária na atuação de cada líder.

A valorização do conhecimento científico ficou evidente nas entrevistas, entretanto foi o conhecimento comunitário que pareceu resolver os principais problemas enfrentados no processo do aleitamento materno. Esse distanciamento entre o discurso e a prática demonstra a indefinição da identidade da líder comunitária, pois em sua atuação o envolvimento com as famílias torna-se maior do que um simples repasse de informações. O aleitamento materno é considerado pelas líderes uma importante ferramenta de combate à desnutrição e mortalidade infantil. A proximidade e a identificação com as famílias atendidas possibilitam que as líderes forneçam apoio emocional e reconheçam dificuldades que ultrapassam o conhecimento científico. Apesar dessa proximidade, algumas líderes acabam por reproduzir o discurso oficial do estado, culpabilizando as mães/mulheres/nutrizes que não desejam amamentar ou que por algum outro motivo deixam de amamentar precocemente, afastando-se do seu papel de líder comunitária e aproximando-se do papel de detentora de um conhecimento científico que acaba por afastar as mães da realidade da amamentação.

Esse trabalho possibilitou compreender que o sucesso do trabalho da pastoral da criança na promoção do aleitamento materno não está vinculado somente ao ‘conhecimento científico’ adquirido através das capacitações realizadas pela instituição, mas pela identificação que as mães/mulheres/nutrizes têm com as líderes comunitárias, reforçando a importância do aconselhamento em aleitamento materno ser realizado de maneira humanizada, acolhendo e aceitando as questões pessoais, emocionais e culturais que permeiam o processo do aleitamento materno. Refletir sobre todas as questões que estão envolvidas nesse processo poderão permitir que trabalhos como o que as líderes comunitárias realizam e o que elas representam para as famílias acompanhadas sejam reconhecidos com tanta importância quanto as inúmeras pesquisas científicas realizadas a respeito das questões biológicas do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ARAÚJO, E. *Pastoral da criança: a força da solidariedade*. Londrina: Livre Iniciativa, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, *Portaria nº.1.016, de 26 de agosto de 1993*, DO 167, de 1/9/93. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Brasília: Ministério da Saúde (MS); 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b.

FROTA, MA, et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da família. Ver. *Esc enfermagem USP*, 2009.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*. Vol. 76, Supl.3, 2000.

GODOI, V.C. A amamentação sob a ótica das profissionais da saúde: saberes e práticas do processo. 2015. 82 f. *Dissertação de Mestrado* (Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati, 2015.

KALIL, IR, AGUIAR, AC. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 208-223, jul-set 2016.

MERHY, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: Merhy, EE, Magalhães, Jr HM, Rímoli, J, Franco, TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. P. 15-36

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PARANÁ. *Decreto no 3000/2016* – Regulamenta o Programa Leite das Crianças, instituído pela Lei no 16.385, de 25 de janeiro de 2010. Curitiba: Casa civil, 2016.

PASTORAL DA CRIANÇA. *Dra Zilda: Vida plena para todas as crianças*. Curitiba: il.color, 2014.

_____. *Guia do Líder da Pastoral da Criança: para países de língua portuguesa*. Curitiba: il.color, 2015a.

_____. *Pastoral da Criança: quem somos*. Curitiba, 2015b. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/quemsomos>

SANTOS, E.T.N, et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SERVA, V.M.S.B.D. Semana Mundial da Amamentação: 20 anos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 11, n. 3, p. 213-216, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a01v11n3.pdf>

TOMA, T.S.; REA, M.F.. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 2, p. s235-s246, 2008.

XAVIER, P.M.A, FLÔR, CCC. Saberes populares e educação científica: um olhar a partir da literatura na área de ensino de ciências. *Revista Ensaio*, Belo Horizonte, v.17, n. 2, p. 308-328, maio-ago, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epec/v17n2/1983-2117-epec-17-02-00308.pdf>

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa proposta de trabalho, utilizando o método da triangulação dos dados permitiu realizar a análise dos objetivos de maneira completa para compreender as questões envolvidas na atuação das líderes comunitárias da Pastoral da Criança.

A revisão da literatura nos permitiu conhecer a trajetória da Pastoral da Criança, compreendendo a influência que suas bases exerceram no método utilizado até hoje pelas líderes comunitárias, ou seja, organizar pequenos grupos de mulheres para visitar famílias dentro da sua própria comunidade. Nos permitiu também refletir que sua fundadora, sendo médica pediatra e sanitarista, tenderia a criar um material que, apesar de utilizar linguagem simples, segue a mesma lógica de repasse de informações que os materiais oficiais do Estado utilizam, permanecendo na orientação depositária de preocupações que partem de maneira unilateral, do estado para a sociedade.

A análise do material impresso revelou que a padronização e homogeneização do Guia do Líder e outros materiais utilizados estão próximos às estratégias de um estado centralizador preocupado muito mais em reduzir custos a médio e longo prazo do que a uma real preocupação com o contexto da lactante, reproduzindo suas políticas públicas dentro dos movimentos sociais. As orientações estão voltadas para as questões biológicas de um processo que envolve muito mais do que uma mulher que produz leite e um bebê que tem fome. Porém, todas as outras questões envolvidas no aleitamento materno não são abordadas de maneira clara e principalmente, a demanda de conteúdos não provém do grupo que deveria ser o maior interessado no trabalho: as mães.

Entretanto, as entrevistas nos revelaram que a líderes, apesar de evidenciarem e valorizarem o ‘conhecimento científico’ recebido através das capacitações da Pastoral da Criança e tentarem seguir a sequência de conteúdos abordados pelo material, acabaram recorrendo ao conhecimento comunitário para resolver muitos dos problemas enfrentados pelas díades mães/bebês no processo do aleitamento materno.

Dessa forma, pudemos compreender que a eficiência da Pastoral da Criança no trabalho de apoio ao aleitamento materno não advém somente das capacitações e do ‘conhecimento científico’ adquirido pelas líderes através do material impresso para tornarem-se aptas ao trabalho. Essa eficiência vem principalmente da identificação e da empatia que as mães e as famílias acompanhadas constroem com as líderes, através de uma relação de confiança. As líderes, legitimadas como detentoras de um conhecimento, desenvolvem um vínculo afetivo com as famílias acompanhadas que ultrapassa uma relação formal de trabalho,

mostrando-nos que o trabalho de aconselhamento em aleitamento materno vai muito além do manejo da lactação e das técnicas de aleitamento materno, fortalecendo a necessidade da interdisciplinaridade no trabalho com aleitamento materno, ultrapassando os limites de cada área de atuação e acolhendo a díade mãe/bebê na totalidade das suas angústias, crenças e verdades.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, Feb. 2005.
- AKRÉ, J. (Org). *Alimentação Infantil: bases fisiológicas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 1994.
- ALMEIDA, JAG. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- ANDRADE, M.M. *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- ANJOS, G. Maternidade, cuidados do corpo e "civilização" na Pastoral da Criança. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v.15, n.1, p.27-44, Abr. 2007.
- ARAÚJO, E. *Pastoral da criança: a força da solidariedade*. Londrina: Livre Iniciativa, 2000.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BERGER, P; LUCKMANN, T. *A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1978.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Características da investigação qualitativa*. In: *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.
- BOSI, MLM; MACHADO, MT. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará* - v. 1, n. 1, jul-dez 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, *Portaria nº.1.016, de 26 de agosto de 1993, DO 167, de 1/9/93*. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Brasília: Ministério da Saúde (MS); 1993.
- _____. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher - Princípios e Diretrizes*. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Promovendo o Aleitamento Materno* 2ª edição. Brasília: Total Editora, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – Cuidados gerais*. 1 v, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (BRASIL, 2015a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (BRASIL, 2015b)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016*. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (BRASIL, 2016a)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 8.737, de 3 de maio de 2016*. Institui o Programa de Prorrogação da Licença-Paternidade para os servidores regidos pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (BRASIL, 2016b)

CARBONARE, SB; CARNEIRO-SAMPAIO, MMS. Composição do Leite Humano – Aspectos Imunológicos. In: REGO, J.D. *Aleitamento Materno*. 2º Ed, São Paulo: Atheneu, 2009.

COSTA, G.D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet*, v.14, Supl.1, p.1347-1357, 2009.

COZBY, P.C. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. Tradução Paula Inez Cunha Gomide, Emma Otta; revisão técnica José de Oliveira Siqueira. São Paulo: Atlas, 2006.

CUNHA, A.J.; LEITE, A.J.; ALMEIDA, I.S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, n 91, p. 44-51, 2015.

DITZ, ES. A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 132f. *Dissertação (mestrado)* – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área de Concentração Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

_____ A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 147f. *Tese (Doutorado)* - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área de Concentração Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FONSECA, L.M.M.; et al . Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, Fev. 2004.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREITAS, M.T.; SOUZA, S.J.; KRAMER, S. *Ciências Humanas e Pesquisa*. São Paulo: Cortez, 2003.

FROTA,MA, et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da família. *Rev. Esc. de enfermagem USP*, online, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a22v43n4.pdf>

GERHARDT. T.E.; SILVEIRA, D.T. (Org.). *Métodos de pesquisa*. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*. Vol. 76, Supl.3, 2000.

_____, E.R.J. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, MR. (Org.) *Amamentação - Bases Científicas*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.

GODOI, VC; et al. O aleitamento materno na contemporaneidade: interface interdisciplinar. In: Simpósio Internacional sobre Interdisciplinaridade no Ensino, na Pesquisa e na Extensão – Região Sul (SIIPE – Sul), 23 – 25 out., 2013, Florianópolis. *Anais do SIIPE-Sul 2013*. Florianópolis: EGC/UFSC, 2013. Disponível em: <http://www.siipe.ufsc.br/anais>

_____. A amamentação sob a ótica das profissionais da saúde: saberes e práticas do processo. 2015. 82 f. *Dissertação de Mestrado (Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário)* - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati, 2015.

GONÇALVES, C.V.; CESAR, J.A.; SASSI, R.A.M. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 25, n. 11, p. 2507-2516. 2009.

JALDIN, MGM; SANTANA, RB. Anatomia da mama e fisiologia da lactação. In: REGO, J.D. *Aleitamento Materno*. 2º Ed, Atheneu. São Paulo, 2009.

JUNGES, CF, et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 2, Jun 2010.

KALIL, IR, AGUIAR, AC. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, no prelo. 2016. Disponível em http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4099. Acesso em: 16 ago. 2016.

LAMOUNIER, JA, et al. Composição do leite humano – Fatores nutricionais. In: REGO, J.D. *Aleitamento Materno*. 2º Ed, Atheneu. São Paulo, 2009.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. Manual de aleitamento materno. UNICEF – Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês, 2012.

MARTÍNEZ, JG, et al. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 239-246, mar./abr. 2007

MARTINS, J, BICUDO, M.A.V. *A pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Moraes, 1994.

MARTINS F, J. Evolução do Aleitamento Materno no Brasil. In: REGO, J.D. *Aleitamento Materno*. 2º Ed, São Paulo: Atheneu, 2009.

MERHY, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: Merhy, EE, Magalhães, Jr HM, Rímoli, J, Franco, TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. P. 15-36

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

_____. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.

_____. *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

_____. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

_____. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-6, 2012.

MONTEIRO, JCS; NAKANO, AMS; GOMES, FA. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil: [revisão] *Invest. educ. enferm*; jul. 2011.

NITRINI, S. Lições da Pastoral da Criança: entrevista com Zilda Arns Neumann. *Estud. av.* [online]., v.17, n.48, p.63-75, 2003.

OLIVEIRA, A.A.P.. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. 210 f. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva)* – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PARANÁ. *Decreto no 3000/2016* – Regulamenta o Programa Leite das Crianças, instituído pela Lei no 16.385, de 25 de janeiro de 2010. Curitiba: Casa civil, 2016.

PASTORAL DA CRIANÇA. *Estatuto da Pastoral da Criança*. Curitiba, 2013. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/quemsomos>

_____. *Dra Zilda: Vida plena para todas as crianças*. Curitiba: il.color, 2014.

_____. *Guia do Líder da Pastoral da Criança: para países de língua portuguesa*. Curitiba: il.color, 2015a.

_____. *Pastoral da Criança: quem somos*. Curitiba, 2015b. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/quemsomos>

RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cienc Saude Colet.*, v. 12, n. 2, p. 477-486. 2007.

SALIBA, N. A.; et al . Freqüência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 8, n. 4, p. 481-490, dez. 2008.

SANTOS, E.T.N, et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SANTOS, J. ¿Filosofias em la aldea multiétnica?. *Enfoques*, Libertador San Martín: v. XXII, n. 2, 2010.

SERVA, V.M.S.B.D. Semana Mundial da Amamentação: 20 anos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 11, n. 3, p. 213-216, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a01v11n3.pdf>

SILVA, R.M.; et al . Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 635-642, mar. 2012.

SOUZA, J; KANTORSKI, P; LUIS, MAV. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

TERUYA, K; BUENO, L.G.S.; SERVA, V. Manejo da lactação. In: REGO, J.D. *Aleitamento Materno*. 2º Ed, Atheneu. São Paulo, 2009.

TETER, M.S.H.; OSELAME, G.B.; NEVES, E.B. Amamentação e desmame precoce em lactantes de Curitiba. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 16, n. 4, p. 55-63, out/dez. 2015.

TOMA, T.S.; REA, M.F.. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 2, p. s235-s246, 2008.

XAVIER, P.M.A, FLÔR, CCC. Saberes populares e educação científica: um olhar a partir da literatura na área de ensino de ciências. *Revista Ensaio*, Belo Horizonte, v.17, n. 2, p. 308-328, maio-ago, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epec/v17n2/1983-2117-epec-17-02-00308.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa “**Aleitamento materno: saberes e práticas das líderes da Pastoral da Criança**”, sob a responsabilidade de Gabriele Alves de Paula Chemin, que irá investigar a aplicabilidade do material impresso produzido e utilizado pela Pastoral da Criança referente ao aleitamento materno.

Sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) tem a liberdade de não querer participar, podendo também desistir em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o(a) os(as) entrevistas sem nenhum prejuízo para você.

O procedimento utilizado será a entrevista direta com a pesquisadora em local disponibilizado pela coordenação do ramo da Pastoral da Criança, na própria comunidade. Ao participar desta pesquisa o(a) Sr.(a) irá conceder uma entrevista para a pesquisadora, onde serão realizadas perguntas referentes aos objetivos da pesquisa a partir de um roteiro semi-estruturado.

A importância desse estudo é a de ressaltar a cientificidade do material utilizado pelas líderes comunitárias da Pastoral da Criança.

Todas as informações fornecidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, permanecendo seus dados em segredo. Suas informações pessoais não aparecerão em lugar nenhum das entrevistas e dos resultados.

Se o(a) Sr.(a) sentir-se lesado pela participação na pesquisa será indenizado por qualquer dano que venha a sofrer sendo encaminhado a serviços especializados para minimizar ou sanar tais danos.

Se em qualquer momento apresentar dúvidas a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, o(a) Sr.(a) poderá procurar o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Gabriele Alves de Paula Chemin
Instituição: Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO
Endereço: Rua Rosa Mildemberg Mayer, 144 – Vila Mayer – Palmeira-PR
Telefone para contato: 42-8406-2466/ 42-3252-1722
Horário de atendimento: a qualquer horário

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

Tendo compreendido tudo o que foi informado sobre sua participação na pesquisa mencionada, estando ciente de seus direitos, responsabilidades, riscos e benefícios que sua participação implicam, o(a) Sr.(a) deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que segue em duas vias, sendo que uma via ficará com o(a) Sr.(a).

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais. O Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Palmeira, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

ANEXOS

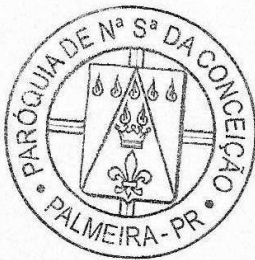
Anexo A: Carta de anuência da instituição

CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA

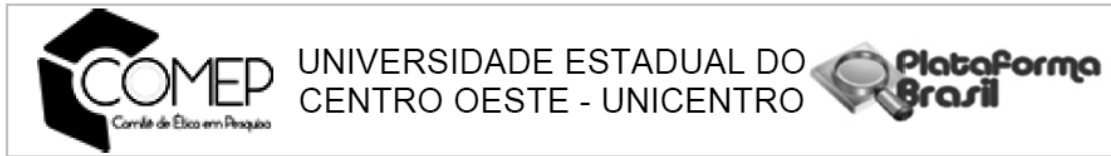
Eu, Antonina Teixeira Wojcisz (nome do responsável),
Coordenadora Paroquial (cargo ocupado dentro da instituição),
tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada "**Aleitamento materno:
Saberes e práticas das líderes da Pastoral da Criança**" sob responsabilidade da
pesquisadora Gabriele Alves de Paula Chemin na Pastoral da Criança – Ramo
Paróquia Nossa Senhora da Conceição, Palmeira-PR.

Palmeira, 29 de março 2016.

Antonina Teixeira Wojcisz
(nome completo do responsável e cargo ocupado no
local onde a pesquisa será realizada)



Anexo B: Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aleitamento materno: saberes e práticas das líderes da Pastoral da Criança

Pesquisador: Gabriele Alves de Paula Chemin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54929316.1.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

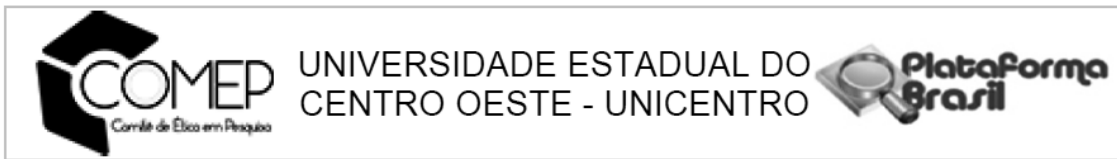
Número do Parecer: 1.510.117

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado Aleitamento materno: saberes e práticas das líderes da Pastoral da Criança, de interesse e responsabilidade do(a) proponente Gabriele Alves de Paula Chemin. O objetivo deste estudo é compreender os saberes e as práticas das líderes comunitárias da Pastoral da Criança do município de Palmeira - Paraná, relacionadas à saúde infantil com ênfase no aleitamento materno. Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, de caráter qualitativo, utilizando-se de pesquisa documental, observação participante e entrevista aberta para uma análise de conteúdo.

Para analisar, compreender e interpretar os dados obtidos optamos por utilizar a análise de conteúdo, proposta por Minayo (2007). Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo possibilita sistematizar um conjunto de conteúdos através de uma descrição objetiva e sistemática. Tal descrição é organizada por temas de discussão. Diferencia-se da pesquisa quantitativa pela necessidade de contextualização dos dados. Para Minayo (2007) a análise de conteúdo inicia-se pela leitura das falas, realizada por meio das transcrições de entrevistas, depoimentos e documentos. A autora sugere que a organização do conteúdo para análise seja realizada por eixos temáticos, que irão emergir das entrevistas. Ela ressalta que "a análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado".

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 1.510.117

Operacionalmente, segundo Minayo (2007), a análise temática ocorre em três fases que compreendem: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados.

A fase da pré-análise compreende a organização do trabalho, onde são formuladas hipóteses e objetivos através da leitura "flutuante", ou seja, do primeiro contato com o material. Na segunda fase serão realizadas as transcrições das entrevistas para então realizar a escolha dos eixos temáticos. Os eixos serão definidos após a coleta das entrevistas. A terceira fase, do tratamento dos resultados, compreende a interpretação dos dados apresentados além do conteúdo manifesto nos documentos e sua relação com a fundamentação teórica, pois é essa relação que dará sentido à interpretação (MINAYO, 2007).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os saberes e as práticas das líderes comunitárias relacionadas à saúde infantil com ênfase no aleitamento materno.

Objetivo Secundário:

1. Analisar o conteúdo do material impresso sobre aleitamento materno utilizado pela Pastoral da Criança;
2. Investigar as práticas realizadas pelas líderes em relação ao aleitamento materno.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

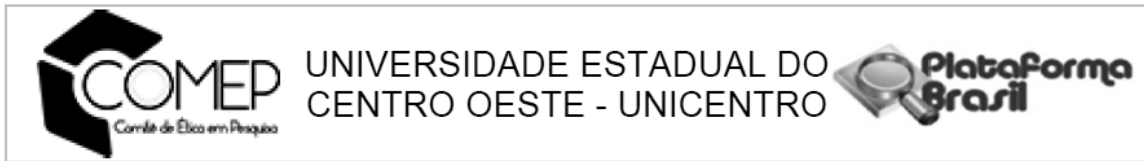
Riscos:

O(s) procedimento(s) utilizado(s) (entrevista e acompanhamento nas visitas domiciliares) poderá(ão) trazer algum desconforto como constrangimento pessoal. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo de constrangimento que será reduzido pelo comprometimento da pesquisadora em manter suas respostas em sigilo. Se você precisar de algum (tratamento, orientação, encaminhamento etc.), por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, a pesquisadora se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita.

Benefícios:

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de ressaltar a importância do conhecimento e organização comunitária da Pastoral da Criança.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 1.510.117

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa apresenta relevância científica com método adequado para atingir aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1) Folha de rosto: Anexada, assinada e assinada pelo coordenador do programa de pós-graduação interdisciplinar em desenvolvimento comunitário, César Rey Xavier. Também está assinada pela pesquisadora responsável.

2) Carta de anuência: Anexada e assinada pela coordenadora da pastoral da paróquia Nossa Senhora da Conceição, Palmeiras/PR, Antonia Teixeira Hvycaj.

3) TCLE: Anexado e apropriado.

4) Cronograma: Anexado e adequado.

5) Projeto de pesquisa completo: Anexado.

6) Instrumento para coleta dos dados: Anexado. Coniste apenas de uma pergunta disparadora de uma discussão acerca do tema proposto.

7) Orçamento: Anexado e adequado.

8) Termo de assentimento direcionado à criança/adolescente ou incapaz: não se aplica.

Recomendações:

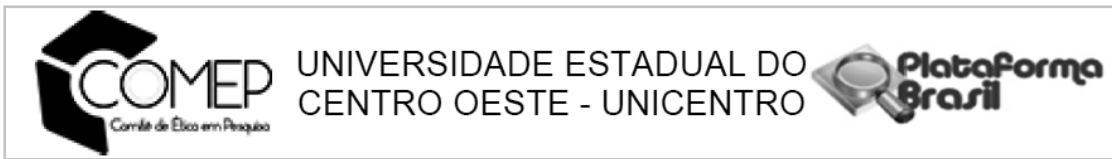
Ressalta-se que segundo a Resolução CNS/MS-466/2012, item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, parágrafo f), é de responsabilidade do pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PARECER APROVADO: a presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012.

A vigência da pesquisa é de: 19/04/2016.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 1.510.117

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_681329.pdf	29/03/2016 17:20:26		Aceito
Outros	Instrumento.docx	29/03/2016 17:19:43	Gabriele Alves de Paula Chemin	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Pastoral.pdf	29/03/2016 17:18:28	Gabriele Alves de Paula Chemin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/03/2016 17:16:52	Gabriele Alves de Paula Chemin	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Gabriele.pdf	17/03/2016 14:30:26	Gabriele Alves de Paula Chemin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.docx	17/03/2016 14:24:32	Gabriele Alves de Paula Chemin	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	17/03/2016 14:19:09	Gabriele Alves de Paula Chemin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARAPUAVA, 19 de Abril de 2016

Assinado por:
Luciane Baretta
(Coordenador)

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br