



CADERNO DO TUTOR

2009

2009 MINISTÉRIO DA SAÚDE

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>

COORDENAÇÃO GERAL

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Departamento de Atenção Básica

ELABORAÇÃO

Ana Olympia Velloso Marcondes Dornellas | Andreza Daher Delfino Sentone
Antonio Garcia Reis Junior | Edilaine Giovanini Rossetto
Elsa Regina Justo Giugliani | Kátia Mara Kreling Vezozzo
Lilian Cordova do Espírito Santo | Lilian Mara Consolin Poli de Castro
Lylían Dalete Soares de Araújo | Márcia Maria Benevenuto do Oliveira
Maria Carla Vieira Pinho | Mauren Teresa G. Mendes Tacla
Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza
Sonia Isoyama Venâncio | Valentina Simioni Rodrigues

Revisão final: Elsa Regina Justo Giugliani | Lilian Cordova do Espírito Santo
Lilian Mara Consolin Poli de Castro | Lylían Dalete Soares de Araújo

APOIO

Universidade Estadual de Londrina - Brasil, Paraná

Tiragem 1ª edição - 2009 - 3.000 exemplares

ELABORAÇÃO, EDIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício Sede, 6º. Andar, Sala 625
CEP: 70058-900, Brasília/DF
home-page: <http://portal.saude.gov.br/saude>



CADERNO DO TUTOR

SUMÁRIO

REDE AMAMENTA BRASIL UM DESAFIO	7
REFERENCIAL TEÓRICO	12
EDUCAÇÃO CRÍTICO-REFLEXIVA	12
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	15
ORGANIZAÇÃO E GOVERNANÇA DA REDE	17
IMPLANTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA REDE	19
MONITORAMENTO DOS INDICADORES	19
CERTIFICAÇÃO	20
COMPETÊNCIAS DAS ESFERAS DE GESTÃO	21
COMPETÊNCIAS DE TODOS	21
COMPETÊNCIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	21
COMPETÊNCIAS DOS ESTADOS	22
COMPETÊNCIAS DOS MUNICÍPIOS	22
COMPETÊNCIAS DAS GERÊNCIAS E EQUIPES DAS UBS SOBRE O TUTOR	23
SOBRE O TUTOR	23
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	23
COMPETÊNCIAS DO TUTOR	24

OFICINAS	24
METODOLOGIA	24
OFICINA DE FORMAÇÃO DE TUTORES	26
– Organização da Oficina de Formação de Tutores	26
– Programação	28
– Sequência de atividades da Oficina de Formação de Tutores	29
OFICINA DE TRABALHO EM AM NA UBS	40
– Organização da Oficina de Trabalho em aleitamento materno na Unidade Básica de Saúde	40
– Atribuições do tutor	40
– Orientações para o coordenador/gerente da Unidade Básica de Saúde	40
– Sequência de atividades da Oficina de Trabalho em aleitamento materno na Unidade Básica de Saúde	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
APÊNDICES	49
ANEXOS	85

REDE AMAMENTA BRASIL: Um Desafio

“Nós construímos a realidade que nos constrói”

EDGAR MORIN

Muitas são as evidências científicas que demonstram as vantagens do aleitamento materno (AM) nas suas diferentes interfaces, tanto do ponto de vista nutricional, contendo os componentes adequados e com a biodisponibilidade ideal para o desenvolvimento do lactente, como do ponto de vista da proteção que a espécie-especificidade do leite humano confere, além dos aspectos emocionais, sociais e de prevenção de doenças na vida adulta, entre outros¹. Diante disto, é preciso fazer algumas considerações que nos ajudem a refletir por que uma prática de tão reconhecida excelência não tem sido adotada na sua plenitude pelas famílias brasileiras.

Como parte desta reflexão, é importante salientar que um objetivo essencial da estratégia global da segurança alimentar de uma população é o de atingir a alimentação ótima para as crianças pequenas². Para tanto, recomenda-se o leite materno como alimento exclusivo nos primeiros seis meses de vida e complementado com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais³.

Respeitando sua história de vida e conhecimento sobre o tema, convidamos você para fazer as seguintes reflexões:

- *As ações a favor da amamentação estão provocando os resultados esperados?*
- *As práticas dos profissionais de saúde têm conseguido atender às necessidades da mulher que amamenta e sua família?*
- *Nós, profissionais de saúde, por mais convictos que estejamos sobre os benefícios do AM, temos tido competência na tarefa de auxiliar as mulheres, seus filhos e suas famílias para o sucesso da amamentação?*

COMPETÊNCIA é a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural⁴.

O desafio atual é compreender o processo da amamentação além de suas determinações hormonais e fisiológicas e avaliar seu sucesso não somente pelos aspectos meramente técnicos, tais como pega e ordenha. O paradigma da amamentação precisa ser modificado, pois ainda está ancorado em uma visão biologicista⁵. A amamentação deve ser compreendida não apenas como biologicamente determinada, mas também socioculturalmente condicionada⁶.



No Brasil, na década de 1970, a duração mediana da amamentação era de apenas 2,5 meses. A partir dessa realidade, ao longo dos últimos 35 anos, várias políticas públicas foram implementadas na tentativa de recuperar a prática da amamentação. Na década de 1980 foram criadas coordenações nacional e estaduais de AM e elaboradas diversas campanhas na mídia para mobilização social. No âmbito hospitalar, em 1983, ocorreu a normatização do sistema de Alojamento Conjunto e em 1993 foram aprovadas as normas básicas para implantação do sistema em todos os hospitais públicos⁷. No final da década de 1980, algumas importantes políticas pró-amamentação foram implementadas, tais como: aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, estabelecimento de normas sobre funcionamento dos bancos de leite humano e inclusão, na Constituição Brasileira, do direito a quatro meses de licença-maternidade e licença-paternidade de cinco dias⁸. Em 1990, a Cúpula Mundial da Infância, da qual o Brasil participou, estabeleceu algumas metas relacionadas ao AM, entre elas a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e interrupção de distribuição de “substitutos” de leite materno nos serviços de saúde.

Iniciativas voltadas para o apoio do AM na Atenção Básica foram realizadas em várias cidades brasileiras. Em 1995, a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina elaborou e implantou proposta que visava ao cumprimento de 8 passos para o sucesso do aleitamento materno, direcionada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), denominada Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança⁹. Em 1999, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro lançou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), como estratégia para estimular e dar subsídios para a rede básica de saúde implantar procedimentos de promoção, proteção e apoio ao AM¹⁰. Como resultado dessas e de outras ações, a duração mediana da amamentação, no Brasil, passou de 2,5 meses em 1970 para 10 meses em 1999⁸.

Na primeira década de 2000 fortaleceu-se a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, foram disponibilizados diferentes cursos, tais como: Aconselhamento em AM, IUBAAM, IHAC, Capacitação em Manejo do AM, entre outros, e foi novamente revisada a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes.

Apesar da existência de algumas experiências municipais para a promoção do AM na Atenção Básica, percebe-se que a grande maioria das políticas públicas e das ações em prol do aleitamento implementadas no Brasil, no nível nacional, desde a década de 1980, teve como foco principal a rede hospitalar. Faz-se necessário, portanto, uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao AM na Atenção Básica.

O Brasil é um dos signatários da Declaração do Milênio que inclui, entre os seus oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio¹¹, a redução da mortalidade na infância. Em consonância com estes objetivos, o Brasil lançou, em 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Em 2005, por meio da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil¹², o Ministério da Saúde lançou o desafio de assumir a conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, apresentando linhas de cuidado integral da saúde desta população. Em 2006, após ampla discussão tripartite, estabelece-se o Pacto pela Saúde, que ratifica todos os compromissos e metas citadas anteriormente¹³.



Com a intenção de incentivar o aumento das taxas de AM, bem como a sua duração, o Ministério da Saúde (MS) propõe um trabalho articulado em rede, com foco na Atenção Básica.

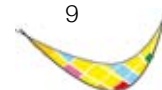
A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social¹⁴.

Sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária/Básica apresentam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade em saúde¹⁵. No entanto, o predomínio do modelo de atenção fragmentado e a hierarquização equivocada de níveis de complexidade de atenção são responsáveis pela baixa responsabilização pela continuidade do cuidado, pouca valorização das dimensões sociais e subjetivas e da produção de autonomia dos sujeitos. Além disso, a fragmentação e hierarquização do sistema contribuem para uma série de dificuldades inerentes à promoção e manutenção do aleitamento materno, tais como: pouco suporte às demandas pertinentes a cada fase do ciclo de vida familiar (criança, mãe, pai, outros), ineficaz interdisciplinaridade do trabalho dos profissionais de saúde, resposta insatisfatória dos serviços de saúde, sobretudo da Atenção Básica, aos problemas mais frequentes no manejo do aleitamento materno, abordagem focada no indivíduo e na doença e não na coletividade e de forma integralizadora.

A construção da articulação para a gestão da atenção requer iniciativas que resultem na organização da atenção básica como gestora do cuidado e responsável pela garantia da sua continuidade, ou seja, a Atenção Básica deve ser a ordenadora da rede. Isto significa fortalecer a participação das equipes gestoras da atenção básica nos espaços de decisão para uma gestão clínica qualificada e a inclusão da atenção básica como pauta prioritária da agenda política de efetivação do SUS.

Desta forma, por meio da adoção de linhas de cuidado voltadas para a promoção do aleitamento materno coordenadas pela **Atenção Básica**, se insere a **Rede Amamenta Brasil**, integrando-se às demais redes, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a outras iniciativas intra e extrassetoriais de apoio e estímulo ao AM, visando a aumentar a resolutividade de suas ações e de forma a consolidar uma rede horizontal, participativa, colaborativa e descentralizada.

A ATENÇÃO BÁSICA tem como um dos fundamentos efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços¹⁴.



- *O que é uma rede para você?*
- *É possível pensar em uma rede de incentivo ao aleitamento materno?*

A palavra rede, originária da latina *rete*, na língua portuguesa remete à noção de junção de nós – individuais ou coletivos – que, interligados, permitem a união, a troca e a transformação¹⁶. Uma estrutura em rede significa que os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou por meio dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Os componentes da rede devem definir coletivamente os objetivos, agregar as pessoas, grupos ou organizações disponíveis ao redor desses objetivos e definir fluxos de acordo com a necessidade e gravidade de cada caso. Faz-se necessário, ainda, que os integrantes dessa rede abdicuem de créditos individuais, pois o mérito é do grupo e o crédito deve ser de todos¹⁷⁻¹⁹. A força de uma rede está diretamente relacionada a sua capacidade de favorecer a circulação e a troca de informações, o compartilhamento de experiências, a colaboração em projetos, o aprendizado coletivo, o fortalecimento de laços entre seus membros e, sobretudo, à ampliação do poder de decisão dos vários nós que a constituem.

Os pressupostos atuais da educação em saúde apontam para a necessidade da construção de práticas fundamentadas no trabalho em rede, com corresponsabilização de todos os atores. Para isso, são necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, em busca da integralidade da atenção pelo conjunto de serviços e ações a serem realizados.

A integralidade como modo de organizar as práticas indica a importância de superação dos programas verticais que desenham estruturas e ações homogêneas, diminuindo a possibilidade de criação presente nos espaços locais. A rede de atenção integral deve estabelecer uma malha de cuidados capaz de oferecer respostas qualificadas às necessidades de saúde percebidas tanto pelos usuários quanto pelo sistema de saúde.

Uma forma de operacionalizar a integração entre esses níveis é o **matriciamento** ou apoio matricial, uma metodologia de gestão do trabalho em saúde na concepção de rede, que sugere modificações entre as relações dos níveis hierárquicos, de forma a proporcionar troca de saberes entre profissionais de diferentes serviços envolvidos no cuidado dos usuários. Pretende oferecer retaguarda especializada a equipes e profissionais, proporcionando momentos de diálogo e definição de responsabilidades inerentes a cada serviço de saúde, a fim de garantir a atenção integral²⁰.

Alicerçado nesses fundamentos e nas numerosas interfaces do AM e com o objetivo de difundir esse conhecimento em todos os níveis de atenção à saúde, num país de dimensões continentais como o Brasil, o Ministério da Saúde propõe a **Rede Amamenta Brasil**.



A Rede Amamenta Brasil tem como objetivos:

Geral:

- Contribuir para aumentar os índices de Aleitamento Materno no Brasil.

Específicos:

- Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde a fim de se tornarem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para uma prática integralizadora em AM;
- Discutir a prática do AM no contexto do processo de trabalho das UBS;
- Pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM a partir da realidade das UBS;
- Monitorar os índices de AM nas populações atendidas pelas UBS certificadas pela Rede Amamenta Brasil.

Entre os campos de atuação do Sistema Único da Saúde (SUS) está a ordenação da formação dos recursos humanos na área de saúde²¹. Diversos “treinamentos” em AM já foram efetuados, porém os índices de amamentação continuam aquém dos desejados, como demonstram algumas pesquisas^{22,23}.

Torna-se necessária a elaboração de novas estratégias, adequadas à realidade do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, sobretudo da Estratégia de Saúde da Família, e a pactuação de metas factíveis para a construção das mudanças desejadas.

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia para a abordagem do AM na Atenção Básica à Saúde. O Ministério da Saúde disponibiliza essa linha de ação para todo o território nacional, reforçando o seu compromisso de valorizar a formação de recursos humanos e de incentivar o AM por meio de suas políticas públicas. Assim, a Rede Amamenta Brasil deve contribuir para a Educação Permanente em Saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais.

*“Viver e não ter a vergonha de ser feliz
Cantar...A beleza de ser um eterno aprendiz
Ah, meu Deus! Eu sei... Que a vida devia
ser bem melhor e será
Mas isso não impede que eu repita
É bonita, é bonita e é bonita...
...Somos nós que fazemos a vida
Como der ou puder ou quiser..”*

GONZAGA JUNIOR (GONZAGUINHA)



REFERENCIAL TEÓRICO

EDUCAÇÃO CRÍTICO-REFLEXIVA

*Não temos condição de ensinar nada às pessoas;
só podemos ajudá-las a descobrir o que já está nelas.*

GALILEU GALILEI

A escolha do referencial teórico da educação crítico-reflexiva fundamenta-se no fato de que a concepção pedagógica tradicional, na qual a maioria dos profissionais de saúde é formada, pode resultar numa prática fragmentada e descontextualizada. Portanto, ela não favorece o desenvolvimento de competências para que estes profissionais extrapolem o olhar biologicista e verticalizado do processo da amamentação. Para superar o paradigma atual, ancorado na medicina higienista, com as reduções que daí advém, é indispensável que se construa um novo olhar, que não se contente com o estabelecido, extrapolando a maneira hegemônica de ensinar e aprender o AM, que valoriza o conhecimento científico em detrimento de tantos outros como o histórico, o social, o cultural, o econômico e o vivencial²⁴.

No início do século XIX, a MEDICINA HIGIENISTA relacionou, de forma direta, a saúde da população com a saúde estatal. A meta era converter a família ao Estado pela higiene. Os higienistas reconstruíram socialmente a biologia do ciclo grávido-puerperal, considerando uma ordem natural do instinto à maternidade e à amamentação⁶

Nessa linha de ação, adota-se um modelo de ensino e aprendizagem baseado na concepção crítico-reflexiva, no qual aprender é um processo integrado e qualitativo. A pessoa mobiliza-se para se desenvolver de forma ativa, reflexiva, crítica e solidária, problematizando a realidade, explicitando suas contradições, usufruindo das suas riquezas e possibilidades para aprender a aprender, **aprendendo**, então, o novo conhecimento.

Aprender é diferente de apreender. Apreender, do latim *apprehendere*, significa segurar, prender, pegar, agarrar, entender, compreender, assimilar mentalmente. Não se trata de um verbo passivo. Para apreender é preciso agir, exercitar-se, informar-se, tomar para si, apropriar-se. O verbo aprender, derivado do apreender, significa tomar conhecimento, reter na memória, receber a informação²⁵. Diante desta reflexão, criou-se a expressão “ensinagem”, que é usada para indicar uma prática social complexa efetivada entre os sujeitos, englobando tanto a ação de ensinar como a de apreender, em um processo contratual de parceria deliberada e consciente para a construção do conhecimento²⁵. Da ação de ensino, necessariamente, deve resultar a aprendizagem, ou seja, só se considera que houve o ensino quando o outro apreendeu. Nesta perspectiva, só podemos considerar que houve a “ensinagem” do AM quando o outro apreendeu o conceito de que o AM está para além dos aspectos meramente biológicos.

As competências esperadas do profissional de saúde que atua junto à mulher que amamenta, sua família e comunidade são as relacionadas ao conhecimento dos



aspectos históricos, sociais, culturais e biológicos da amamentação. Além disso, ele deve ter habilidade científica, técnica, política e de relacionamento para assistir, além desta mulher, também seu companheiro, filhos, família e comunidade, reunindo os diferentes segmentos que compõem a extensa rede sociobiológica do AM²⁴.

Coerente com estas idéias, o referencial da educação crítico-reflexiva impõe um repensar da prática educativa. Essa **concepção progressista** considera a realidade concreta e o aprendiz como um ser crítico, inacabado, com autonomia e identidade.

CONCEPÇÃO TRADICIONAL

PENSAMENTO LIBERAL

- Concepção “bancária”
- Centrada no professor
 - Monólogo
- Estimula a ingenuidade
- Professor dono do saber
 - Vertical
 - Classificatória
- Memorização de conteúdos
 - Considera a realidade fragmentada, sem contradições
 - Autoritária e opressora
 - Alienatória

CONCEPÇÃO PROGRESSISTA

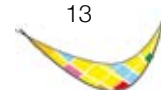
PENSAMENTO CONSTRUTIVISTA

- Construção do próprio saber/
corresponsabilidade
- Centrada no aprendiz
- Diálogo
- Estimula a criticidade
- Professor mediador
- Horizontal
- Ênfase na formação de atitudes/
Processual
- Aprendizagem significativa
- Considera a realidade histórica e
contraditória
- Democrática e emancipatória
- Libertária

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DAS CONCEPÇÕES TRADICIONAL E CONSTRUTIVISTA DA EDUCAÇÃO²⁴

A opção por uma atividade pedagógica traz consigo uma variedade de significados. É preciso reconhecer que os profissionais trazem consigo um conhecimento prévio, já elaborado, sobre as questões relativas ao AM. A valorização desse conhecimento torna-se um campo fértil a ser explorado, pois evidencia as complexas relações entre o senso comum e o saber profissional, permitindo o resgate e a valorização do saber popular e favorecendo um elo de complementaridade entre os dois.

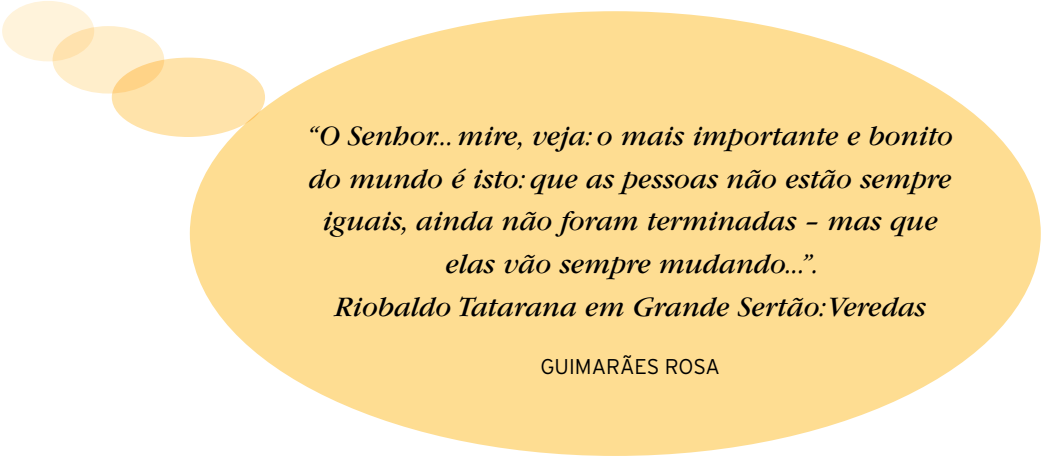
O ponto de partida da aprendizagem deve ser não o conteúdo decidido e transmitido pelo professor, mas sim a experiência adquirida pelo adulto em sua vida diária, porque é aí que ele tem suas experiências mais valiosas e é onde percebe suas carências. O papel do educador passa a ser o de problematizador, um mediador na construção do conhecimento, não mais um “expositor” de conteúdos^{26,27}.



A concepção da educação crítico-reflexiva possibilita várias estratégias para o ensino eficaz. Este é um caminho metodológico capaz de orientar a prática de um educador preocupado com o desenvolvimento dos seus aprendizes e com a autonomia intelectual deles, visando ao pensamento crítico e criativo e também à preparação para uma atuação política²⁸. A contextualização é o fator que confere pertinência ao conhecimento. Assim, um conhecimento não é pertinente somente porque contém uma grande quantidade de informações²⁹.

De acordo com Paulo Freire²⁷, “ensinar não é transferir conteúdo a ninguém, assim como aprender não é memorizar o perfil do conteúdo transferido no discurso vertical do professor. Ensinar e aprender estão relacionados com o esforço metodicamente crítico do professor em desvelar a compreensão de algo e com o empenho igualmente crítico do aluno de ir entrando como sujeito da aprendizagem no processo de desvelamento que o professor ou professora deve deflagrar”. O mesmo autor também afirma que “quando o homem apreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e, com seu trabalho, pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias”.

As demandas atuais em saúde implicam em desafios para a formação de recursos humanos que ultrapassem os limites da educação formal. Para superar essa questão, o referencial teórico da Educação Permanente em Saúde (EPS), que está ancorado na concepção crítico-reflexiva, é adotado nesta proposta como um dos seus pilares.



“O Senhor... mire, veja: o mais importante e bonito do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando...”.

Riobaldo Tatarana em Grande Sertão: Veredas

GUIMARÃES ROSA



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Educação e saúde. Educação na saúde.
Educação de profissionais de saúde.
Precisamos cuidar mais e melhor de quem
produz o cuidado aos usuários do SUS.
De quem, potencialmente, pode mudar a história do cuidado
em saúde e a qualidade de vida para todos os brasileiros.*

REDE UNIDA³⁰

A discussão sobre a formação de recursos humanos em saúde tem sido um dos temas mais importantes desde a época da Reforma Sanitária Brasileira. A complexidade e a dimensão deste tema têm merecido destaque e relevância, sendo objeto de inúmeras reflexões e propostas pelos dirigentes e lideranças que têm compromisso ético com a manutenção dos ideários do SUS, sendo também uma preocupação do aparelho formador²⁴.

O setor de saúde ainda trabalha propondo programas de ação, quase sempre assentados na assistência individual. Para cada programa há uma linha de capacitação ou “treinamento”. Essas capacitações muitas vezes não se têm mostrado eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas. Isso ocorre porque³¹:

- Nem sempre são consideradas as concepções e ações dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde;
- Geralmente são organizadas com base na transmissão de conhecimentos;
- Costumam ser direcionadas a categorias profissionais específicas, não valorizando o sentido de equipe, nem levando em conta as capacidades, os limites e as possibilidades locais.

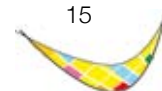
Neste contexto, ganha relevância a EPS que, segundo o Ministério da Saúde, parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe a transformação das práticas profissionais, baseada em uma reflexão crítica sobre as práticas reais, com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde.

A proposta é que a capacitação do pessoal de saúde seja estruturada a partir da problematização do processo de trabalho. Seu objetivo é a transformação das práticas profissionais e a reorganização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a gestão setorial e o controle social em saúde³³.

► A APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA ocorre quando o material de aprendizagem se relaciona com os conhecimentos prévios do educando. São necessárias duas condições para que ela ocorra. Primeiro, o conteúdo deve ser significativo para o educando e, segundo, ele deve estar motivado para relacionar o que aprendeu com o que já sabe³¹. Quando o educando aprende de forma significativa, ele está apto não só a utilizar o conteúdo apreendido para a solução de problemas e aplicá-lo em situações novas, mas também a desenvolver habilidades mais avançadas de análise e síntese³²

► PROBLEMATIZAR é uma forma de explicitar as contradições. A problematização conduz ao diálogo problematizador, ao questionamento, à provocação do conflito cognitivo, ao desequilíbrio intelectual, para o estabelecimento de múltiplas relações. Baseia-se no diálogo para manter vínculo significativo entre educador e educando²⁶.

► PROCESSO DE TRABALHO, atividade ou ato produtivo útil para a transformação da Realidade social³¹.



A EPS é uma estratégia de gestão participativa, que proporciona aos trabalhadores e usuários espaços democráticos de debate e produção, abrindo oportunidades para uma efetiva pactuação de compromissos e o alcance de mudanças das práticas nos serviços de saúde.

Para um ator ou uma organização decidir mudar ou incorporar novas práticas ou conceitos, é necessário que perceba os problemas ou sintam desconfortos no cotidiano do trabalho. São esses incômodos que desencadeiam desejo de mudanças e de construção de novas estratégias para o enfrentamento dos desafios. Portanto, é preciso uma reflexão a fim de compreender:

- *Como cada ator concebe as práticas educativas e de saúde?*
- *Como o trabalho está estruturado no âmbito das organizações?*
- *Como os trabalhadores compreendem o próprio trabalho?*

Esta compreensão possibilita pensar criticamente a prática e pode contribuir para transformar a realidade em direção à integralidade. Nesse movimento, os trabalhadores superam a condição de “recursos” e as pessoas superam a condição de “objetos”, uma vez que passam a ser reconhecidos como atores sociais que ativamente produzem o trabalho³¹. Os pressupostos da Educação Crítico-Reflexiva e da Educação Permanente em Saúde fundamentam o arcabouço teórico da prática pedagógica problematizadora para a construção de um novo olhar sobre o ensino de questões relativas à saúde, tais como o AM. Este é um olhar integral, contextualizado, condizente com a realidade, que respeita o conhecimento prévio dos profissionais e os considera como corresponsáveis na construção do seu próprio conhecimento.

Considerando as inúmeras interfaces do AM que compõem a rede sociobiológica da amamentação, é preciso ter como fundamento os conceitos até aqui explicitados, para que se possa gerar uma prática transformadora, tanto na sua extensão como na sua capilaridade.



ORGANIZAÇÃO E GOVERNANÇA DA REDE

*“Caminbante, é o teu rastro o caminbo e nada mais;
Caminbante, não bá caminbo o caminbo, faz-se a andar”*

ANTÔNIO MACHADO

Esta rede está estruturada em várias esferas que se interconectam. Na perspectiva do desenvolvimento de redes, ao se trabalhar com a idéia de nó e fluxo de nós interconectados, propõe-se a idéia da rede como uma malha, na qual não há maior ou menor, começo ou fim, antes ou depois. Tudo o que se tem é a malha, só há meio entre os nós, ligações e conexões, mostrando tanto a força quanto a capilaridade do trabalho.

CAPILARIDADE é entendida neste contexto como uma característica da rede que possibilita a difusão do conhecimento até sua base social, disseminando os conceitos e fazendo trocas.

A coordenação estadual e/ou municipal da Rede (coordenador e vice-coordenador) deverá ser compartilhada, preferencialmente, pelas áreas responsáveis pela Saúde da Criança e pela Atenção Básica do Estado e/ou município.

A figura 1 apresenta a estrutura e a organização da Rede Amamenta Brasil e demonstra todas as esferas envolvidas.

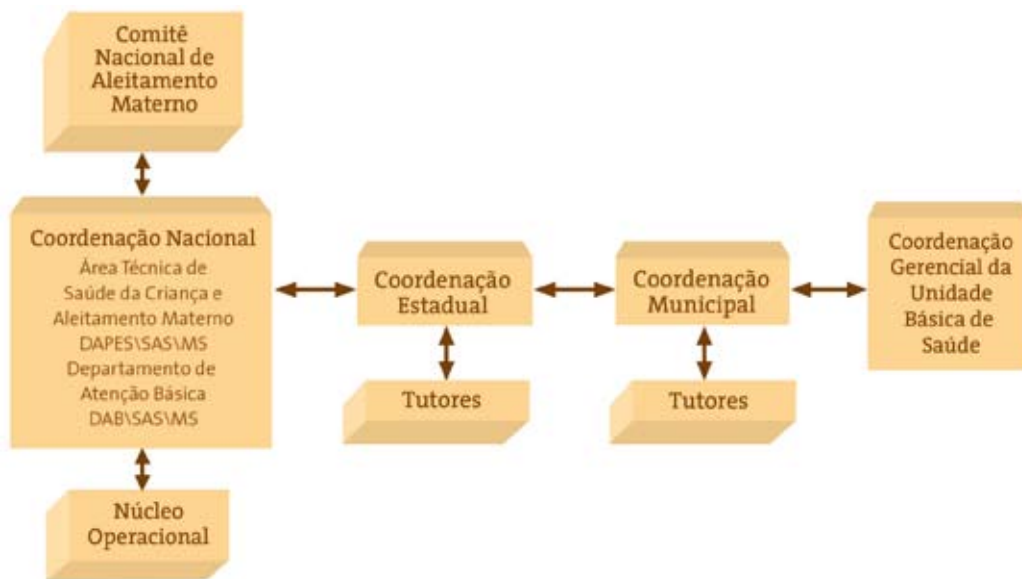


FIG. 1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA REDE AMAMENTA BRASIL

A coordenação nacional da Rede Amamenta Brasil é da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, vinculada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde.



O Comitê Nacional de Aleitamento Materno assessora a Coordenação Nacional na definição das políticas públicas de aleitamento materno.

É de responsabilidade do Núcleo Operacional, juntamente com as áreas técnicas do MS, dar apoio técnico aos Estados e municípios na implementação da Rede e auxiliar no monitoramento dos indicadores de AM e no acompanhamento das UBS certificadas pela Rede Amamenta Brasil.

Considerando a sua capilaridade, é de responsabilidade das coordenações estaduais da Área da Criança ou da Atenção Básica a implantação e coordenação da **Rede** nos Estados, assim como é de responsabilidade das coordenações municipais a sua implantação e coordenação nas UBS dos municípios. As UBS devem se reportar às coordenações municipais, que por sua vez se reportam às coordenações estaduais, que possuem canal de comunicação direto com o MS.

A proposta da difusão da **Rede Amamenta Brasil** está representada na figura 2 a seguir:

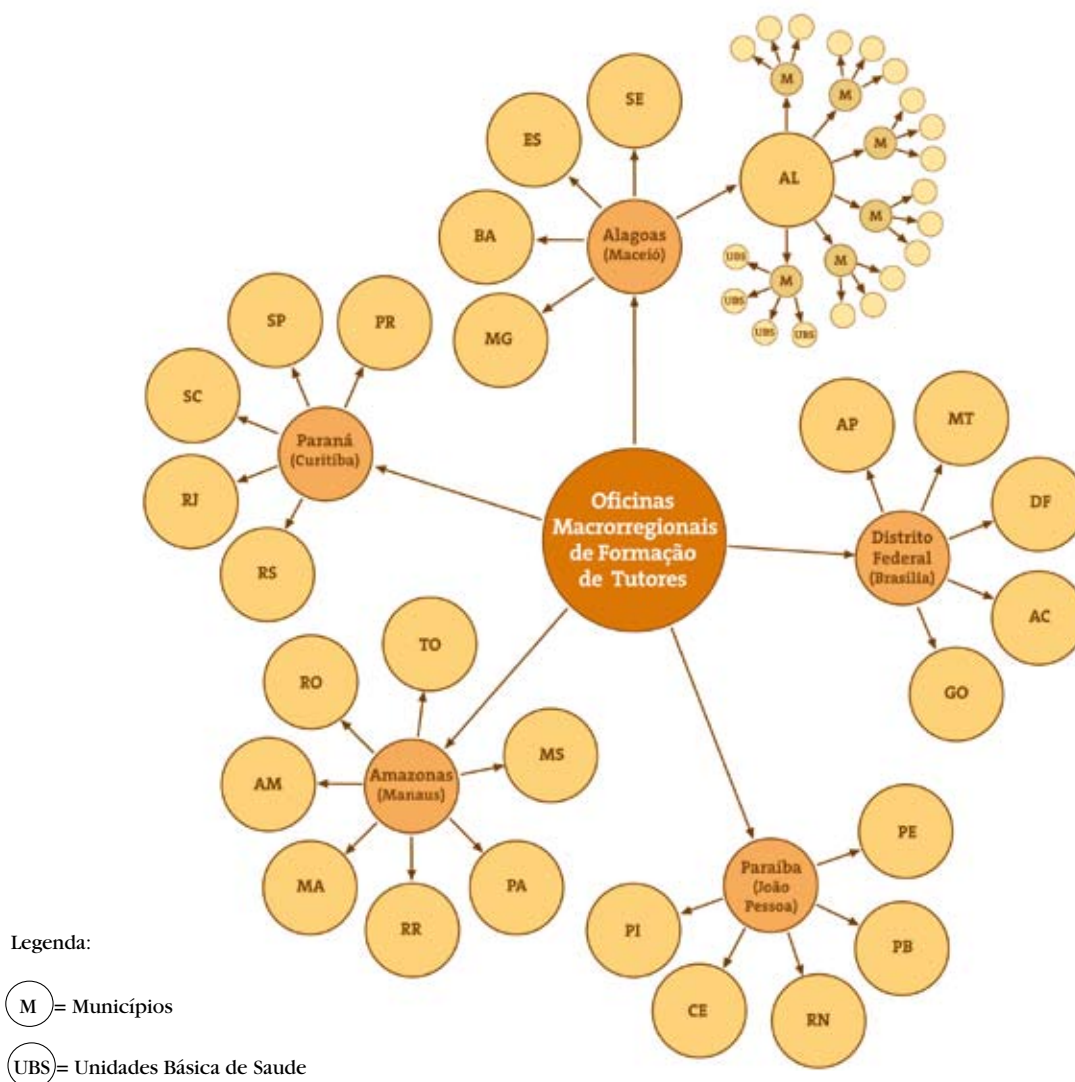


FIG. 2 CAPILARIDADE DA REDE



A **Rede Amamenta Brasil** utiliza-se da estratégia de Educação Permanente em Saúde que, para ser viabilizada, necessita do comprometimento das esferas federal, estadual e municipal. A operacionalização desta linha de ação se dará por meio de Oficinas de Formação de Tutores em AM e Oficinas de Trabalho em AM nas UBS.

As Oficinas de Formação de Tutores em AM são destinadas a representantes indicados pelas Áreas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e de Atenção Básica dos Estados e capitais e têm como objetivo capacitar os profissionais para a utilização dos referenciais da educação crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do AM, dando-lhes subsídios para a multiplicação de novos tutores com competência para a realização de Oficinas de Trabalho em AM nas UBS.

As Oficinas de Trabalho em AM nas UBS têm como objetivos discutir a prática do AM no contexto do processo de trabalho das UBS e pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM, de acordo com a realidade de cada UBS.

IMPLANTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA REDE

Para a consolidação da Rede, o acompanhamento das ações nas UBS é de fundamental importância. A partir das Oficinas de Trabalho em AM realizadas na UBS, cada tutor realizará visitas às UBS sob sua responsabilidade de acordo com a necessidade, com o objetivo de auxiliar nas eventuais dificuldades das equipes e acompanhar o desenvolvimento das ações pactuadas. A frequência das visitas vai depender das necessidades e demandas do serviço. Sugere-se pelo menos uma visita a cada três meses.

MONITORAMENTO DOS INDICADORES

O monitoramento dos indicadores de aleitamento materno é um pré-requisito para a participação da UBS na **Rede Amamenta Brasil**.

O acompanhamento das práticas de alimentação de crianças atendidas na UBS pode fornecer informações fundamentais para o planejamento e avaliação das ações de incentivo à amamentação.

Ao pensar em uma proposta de monitoramento da **Rede**, buscou-se otimizar o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde, evitando a criação de um novo instrumento de avaliação e um novo sistema de informação.

Dessa forma, optou-se por adotar o SISVAN Web, sistema gerenciado pela Coordenação

Geral de Políticas Alimentares e Nutricionais do Departamento de Atenção Básica, que foi lançado em janeiro de 2008, para o monitoramento da Rede.

O SISVAN Web foi escolhido por contemplar, na sua nova versão, um módulo sobre consumo alimentar, com questões que permitem a construção dos indicadores de aleitamento materno para as crianças na faixa etária de 0-24 meses.

Para as crianças menores de seis meses serão monitorados os seguintes indicadores: aleitamento materno exclusivo; aleitamento materno predominante; e aleitamento materno, de acordo com as definições da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Apêndice 1).

Sugere-se que:

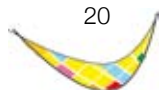
- *o questionário sobre consumo alimentar seja aplicado nas idades em que as crianças recebem as vacinas que constam do Calendário de Vacinação.*
- *os questionários estejam disponíveis na sala de vacinação e que as informações sejam coletadas quando as crianças forem levadas para serem vacinadas.*

Dessa forma, os dados de seguimento serão coletados e inseridos no Sistema aos 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 15 meses de idade, ou quando da realização das vacinas do calendário do Programa Nacional de Vacinação.

CERTIFICAÇÃO

As UBS que realizarem as oficinas poderão ser certificadas pela **Rede Amamenta Brasil**. Para tanto, deverão cumprir os seguintes critérios:

- participação de no mínimo oitenta por cento dos funcionários/equipe na Oficina, com pelo menos um profissional de cada categoria funcional, incluindo administrativos e terceirizados.
- monitoramento dos indicadores de AM por no mínimo três meses consecutivos, com a utilização do SISVAN Web.
- concretização de no mínimo uma das ações pactuadas ao final da Oficina de Trabalho na UBS.
- construção e implementação de fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê no período de amamentação que contemple os seguintes itens (Apêndice 2):
 - garantia de acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-bebê em amamentação, com prioridade no atendimento.



- garantia de acesso ao atendimento sob demanda programada da mulher que amamenta (atendimentos individuais e coletivos, visitas domiciliares).
- fluxo de referência para demais níveis de atenção, quando necessário, indicando os locais de referência disponíveis na rede (banco de leite humano, maternidade, ambulatório de especialidades, etc.).
- abordagem dos problemas de manejo mais frequentes em aleitamento em consonância com os protocolos de atenção básica locais/municipais.

A certificação tem validade de um ano, podendo ser renovada anualmente, se a UBS continuar cumprindo os critérios estabelecidos

COMPETÊNCIAS DAS ESFERAS DE GESTÃO

As competências dependem da abrangência de cada esfera; no entanto, algumas delas são comuns a todos que se comprometem com esta linha de ação.

COMPETÊNCIAS DE TODOS

- Divulgar a **Rede Amamenta Brasil**.
- Promover articulação entre as diferentes esferas e serviços.
- Alocar recursos orçamentários e financeiros para implementar a **Rede Amamenta Brasil**.
- Criar referência ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação, monitoramento e avaliação das ações, nos diferentes níveis.
- Divulgar sistematicamente os resultados do processo avaliativo das ações da **Rede Amamenta Brasil**.

COMPETÊNCIAS DO MS

- Coordenar a **Rede** no âmbito nacional.
- Elaborar e disponibilizar material de capacitação.
- Capacitar profissionais que servirão de multiplicadores nos seus Estados.
- Acompanhar e avaliar as **Redes** estaduais.



- Disponibilizar sistema eletrônico de monitoramento dos dados de AM coletados pelas UBS (SISVAN Web).
- Fornecer apoio técnico aos Estados para a consecução da **Rede**.
- Certificar as UBS que preencherem os critérios para inclusão na **Rede**.
- Monitorar os indicadores de AM em todos os níveis.

COMPETÊNCIAS DOS ESTADOS

- Instituir e coordenar a **Rede Amamenta Brasil** no âmbito estadual.
- Formar tutores em seus municípios, considerando os critérios de seleção.
- Fornecer apoio técnico aos municípios para a consecução da **Rede**.
- Fornecer certificado de participação na Oficina de Formação de Tutores.
- Solicitar ao Ministério da Saúde a certificação das UBS elegíveis.
- Acompanhar e avaliar as **redes** municipais.

COMPETÊNCIAS DOS MUNICÍPIOS

- Instituir e coordenar a **Rede Amamenta Brasil** no âmbito do município.
- Selecionar os tutores responsáveis pelas Oficinas de Trabalho em AM nas UBS, considerando os critérios estabelecidos.
- Fornecer apoio técnico às UBS para a consecução da **Rede**.
- Fornecer certificado de participação na Oficina de Trabalho em AM nas UBS.
- Solicitar ao Estado a certificação das UBS elegíveis.
- Acompanhar e avaliar as ações das UBS.

COMPETÊNCIAS DAS GERÊNCIAS E EQUIPES DAS UBS

- Viabilizar as condições necessárias para a realização da Oficina de Trabalho em AM.
- Pactuar atividades que promovam, protejam e apoiem a amamentação.
- Construir fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê em amamentação.
- Alimentar continuamente o sistema de monitoramento da **Rede Amamenta Brasil** – SISVAN Web.
- Analisar criticamente os dados de monitoramento da UBS e da avaliação e dar-lhes visibilidade.



SOBRE O TUTOR

*Procuro despir-me do que aprendi.
Procuro esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram, e raspar a tinta com que me pintaram os sentidos...
O essencial é saber ver. Mas isso (triste de nós que trazemos a alma vestida!), isso exige um estudo profundo, uma aprendizagem de desaprender.*

ALBERTO CAIEIRO

Um dos principais pilares que sustentam a proposta é o perfil dos tutores. Estar aberto para o novo e o desapego às formas tradicionais da transmissão do conhecimento são fatores preponderantes para a escolha do tutor.

Associado a esta disposição de experienciar uma metodologia crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do AM, o tutor precisa ter conhecimento teórico e vivencial na área e, sempre que possível, em educação. Deve ter disponibilidade para participar da Oficina de Tutores integralmente e se comprometer em aplicar as Oficinas de Formação de novos tutores conforme a demanda da sua região, além de conduzir Oficinas de Trabalho nas UBS. O tutor tem o compromisso de avaliar periodicamente as UBS nas quais conduziu as oficinas, “adotando-as” e oferecendo ajuda, sempre que necessário.

Recomenda-se que o tutor conheça em profundidade a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e compreenda os princípios da Atenção Básica, o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família e as competências de cada profissional preconizadas na PNAB.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

OBRIGATÓRIOS:

- Ter curso superior.
- Ter experiência em manejo clínico do AM.
- Ter realizado pelo menos um curso de formação em AM.
- Ter disponibilidade para participar integralmente do processo, que inclui a capacitação de 40h em caráter de imersão, a multiplicação das Oficinas de Formação de Tutores, a condução de Oficinas de Trabalho em AM e o acompanhamento das UBS.

DESEJADOS:

- Ter experiência e/ou vivência em Atenção Básica em Saúde.
- Ter experiência em educação.



- Ter vivência em metodologias ativas de aprendizagem.
- Ter perfil de liderança.
- Ter participado na organização de atividades relacionadas com políticas públicas de saúde em AM.
- Fazer parte de entidades (comitês, ONGs, associações) relacionadas ao AM.
- Ter experiência em condução de grupos.

Observação: excepcionalmente, serão permitidos tutores que não preencham todas as exigências.

COMPETÊNCIAS DO TUTOR

- Conhecer a Política Nacional de Atenção Básica.
- Multiplicar as Oficinas de Tutores.
- Conduzir a Oficina de Trabalho em AM nas UBS.
- Auxiliar na construção do fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê em amamentação nas UBS sob sua responsabilidade.
- Acompanhar o desenvolvimento das ações em AM nas UBS sob sua responsabilidade.

OFICINAS

METODOLOGIA

A pedagogia problematizadora pode se dar por diferentes caminhos, sempre fundamentada nas concepções da educação crítico-reflexiva. O educador precisa ter consciência crítica e percepção dos fatos relevantes, além do domínio do conteúdo, tendo o papel de mediador na construção do conhecimento, estimulando os aprendizes e não sendo apenas um expositor de conteúdos.

O método deve partir da prática cotidiana dos participantes e a ela retornar, de tal modo que o conhecimento analisado e processado possa contribuir para a transformação da prática pessoal, profissional e social.

O método é uma ferramenta, é o elemento que dá unidade a todo o processo educativo, permitindo a articulação com o conteúdo e favorecendo o encontro entre o epistemológico e o didático²⁶.

A EPISTEMOLOGIA é o estudo crítico do conhecimento científico. É a teoria do conhecimento. ←



Conteúdo são os conhecimentos sistematizados, que devem estar associados e articulados em nível crescente de complexidade, de forma a garantir que, a partir de sucessivas aproximações, o educando possa apreendê-lo e aplicá-lo³⁴.

A **Rede Amamenta Brasil** elege como metodologia a proposta de Brusilovscky, conhecida como Operações Mentais, por considerar que ela é factível em sua aplicação em todo o território nacional, uma vez que seus pressupostos podem ser compreendidos mesmo por educadores que não tenham vivência com a educação crítico-reflexiva³⁵.

Esse método teve início na França no final da Segunda Guerra Mundial e foi sistematizado a partir de reflexões e aplicações práticas realizadas por especialistas como sociólogos, psicólogos e educadores. Ele pode ser um ponto de partida para alternativas pedagógicas e é coerente com a concepção crítico-reflexiva³⁴. Trata-se de um método para educação de adultos que se propõe a cultivar metodicamente a inteligência e racionalizar a aprendizagem cotidiana, com o objetivo de prepará-los para se desenvolverem em seu meio de forma ativa, reflexiva e solidária. O ponto de partida é sempre a experiência adquirida pelo adulto em sua vida diária, entendendo isto não como um simples artifício pedagógico, uma vez que é precisamente em sua vida diária que o adulto tem as experiências mais valiosas, sendo o cotidiano sua real preocupação. No entanto, o fato de se partir da experiência cotidiana não implica em manter os adultos neste nível de análise, sendo este o início do processo que o levará à busca de mais informações³⁵. A falta de estímulos adequados dificulta o alcance do pensamento abstrato; portanto, é fundamental proporcionar ao educando conflito cognitivo que lhe permita desenvolver suas potencialidades.

Para a análise de uma situação ou de um problema são necessários três grupos de operações mentais:

- **Representação**, que tem por objetivo orientar o educando e estimulá-lo para que responda perguntas do tipo “o que é” e “como”, contribuindo para que ele se habitue a observar sistematicamente, a penetrar nos fenômenos, classificar ideias, enfatizando a formação de juízo, diferenciando os dados da realidade dos juízos e pontos de vista pessoais, exercitando o uso de critérios e formas de classificação relevantes. Neste momento, o papel do educador não é ensinar, mas facilitar o processo, estimulando a participação de todos e criando o conflito cognitivo, por meio de dramatizações, visitas, filmes, entrevistas, simulações, observações, etc.

- **Relação** é a busca das causas e consequências e o conhecimento das leis e teorias, favorecendo a análise dos fatos e a compreensão da situação, sendo que gradualmente se vai avançando até as generalizações e abstrações. A busca destas informações deve ser estimulada por leituras de textos, busca on-line e/ou biblioteca, mesa redonda, aula expositiva, roda de leitura, etc; até se chegar à síntese integradora final.

- **Ação**, cujo objetivo é fazer com que todo o processo anterior de reflexão e conhecimento seja base para que as pessoas se convertam em protagonistas conscientes, determinando objetivos, explicitando os valores e princípios que guiaram a ação, selecionando métodos e técnicas adequados, concretizando mudanças, e tendo controle dos resultados. Isso ocorre quando o sujeito aplica na prática os conceitos apreendidos.



A proposta deste método é substituir atitudes empíricas por atitudes intencionais e fundamentadas. Essas operações não se desenvolvem de forma linear, sequencialmente, mas podem se alternar. Este método pode ser aplicado em diferentes situações educativas, desde que se mantenha coerente com a proposta, que procura transformar o adulto, de um mero repetidor e consumidor passivo, em um indivíduo reflexivo que produz conhecimento e modifica o seu meio^{25,35}.

OFICINA DE FORMAÇÃO DE TUTORES

Esta oficina tem como objetivo capacitar tutores para a utilização dos referenciais da educação crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do AM, instrumentalizando-os para a multiplicação de novos tutores e para a realização de Oficinas de Trabalho em AM nas UBS.

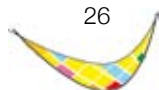
A Oficina de Formação de Tutores é realizada em caráter de imersão, durante cinco dias consecutivos, totalizando 40 horas, preferencialmente de segunda a sexta-feira. Recomenda-se que o número máximo de participantes por oficina seja 30, com um tutor para cada grupo de 15 participantes. A frequência é registrada em listas próprias e os certificados são emitidos aos participantes que cumprirem 100% da carga horária.

A Oficina tem atividades teórico-práticas. A fundamentação teórica é dada por meio de discussões, leitura de textos, troca de experiências, projeção de filmes, realização de dinâmicas de grupo, conhecimento da realidade local, sínteses e propostas de ação. A prática acontece em oficinas de trabalho nas UBS.

ORGANIZAÇÃO DA OFICINA DE FORMAÇÃO DE TUTORES

Antes da realização da Oficina de Formação de Tutores, o tutor responsável pela sua organização deve fazer contato com os coordenadores estaduais e/ou municipais das áreas de saúde da criança e/ou aleitamento materno e atenção básica para organização de reunião abordando as seguintes questões:

- Apresentação da Rede Amamenta Brasil.
- Definição do local para a realização das atividades teóricas da oficina com os seguintes recursos: 1 sala para 50 pessoas, 1 sala para reunião de grupo para 25 pessoas; 1 sala de apoio (se possível); possibilidade de refeições no local; espaço para projeção de filme à noite; espaço para 'café com prosa'.
- Critérios para escolha dos participantes da Oficina.
- Necessidade de os participantes assistirem ao filme recomendado previamente ao início da Oficina.
- Solicitação dos índices de AM das localidades/regiões dos participantes da Oficina.
- Escolha das UBS que receberão a Oficina de Trabalho, que deverão ser fechadas por no mínimo 6 horas.
- Contato com os coordenadores das UBS onde acontecerão as práticas para as providências necessárias para realização da oficina de trabalho em AM, listadas no item "Oficina de Trabalho em AM nas UBS", página 39.



- Organização do transporte para as UBS.
- Solicitação de fotocópias dos apêndices a serem preenchidos:
 - *Apêndice 3* – Caracterização da unidade e atividades desenvolvidas na área de saúde da mulher e da criança (1 para cada UBS). Deve ser preenchido pelo tutor em entrevista ao gerente da UBS.
 - *Apêndice 4* – Questionário sobre dificuldades percebidas pelo profissional (1 para cada funcionário das UBS selecionadas).
- Material que deve estar disponível para a Oficina de Formação de Tutores:
 - *Apêndice 5* – Lista de presença (1 para cada UBS).
 - *Apêndice 6* – Instrumento de avaliação do tutorando (1 cópia para cada participante).
 - *Apêndice 7* – Avaliação da Oficina de Formação de Tutores (1 para cada participante).
 - *Apêndice 8* – Reflexão sobre o filme O Óleo de Lorenzo (1 para cada participante).
 - *Apêndice 9* – Reflexão sobre o filme Sete Minutos (1 para cada participante).
- Material a ser preenchido durante a Oficina de Trabalho em AM nas UBS, listado no item “Oficina de Trabalho em AM nas UBS”, pág 39. Este material deve estar reunido em uma pasta para cada UBS.
- Equipamentos e materiais necessários para a realização da Oficina de Formação de Tutores:
 - Equipamento de multimídia (computador com DVD e telão).
 - Pastas, canetas, blocos de notas e crachás para os participantes.
 - 2 flip-chart ou local para escrever e fixar papel craft ou cartazes.
 - 250 folhas sulfite, 10 pincéis atômicos coloridos, 40 gizes de cera coloridos, 1 rolo de fita crepe grande, 1 rolo grande de barbante.
 - Álbum seriado sobre AM do MS (quando disponível).
 - Mama cobaia e boneca (quando disponível).
 - Pipoca, sacos para pipoca.
 - Filmes.
 - DVD filme motivacional.
 - Pôster com definições de AM e índices nacionais de AM.

Dicas de Acolhimento:

Providenciar mensagem de boas-vindas e algum mimo.

Providenciar uma atividade de confraternização (como jantar), se possível.

Buscar patrocínio para confecção de camisetas com a logomarca da Rede Amamenta Brasil.



PROGRAMAÇÃO DA OFICINA DE FORMAÇÃO DE TUTORES

DIA	HORA	ATIVIDADE
1º DIA	08:00 – 09:00	Acolhimento e abertura
	09:00 – 11:00	Início das atividades e apresentação da Rede Amamenta Brasil
	11:00 – 12:00	Almoço
	12:00 – 18:00	Vivência de uma Oficina de Trabalho em AM
	18:00 – 18:15	Avaliação do dia
	20:00 – 22:00	Filme (opcional)
2º DIA	08:00 – 09:30	Leitura de textos e dramatização: educação tradicional <i>versus</i> educação crítico-reflexiva
	09:30 – 09:50	Café com prosa
	09:50 – 11:00	Apresentação: Educação crítico-reflexiva e o AM
	11:00 – 12:00	Prática: abordagem/aconselhamento
	12:00 – 13:30	Almoço
	13:30 – 15:00	Filme
	15:00 – 15:20	Café com prosa
	15:20 – 16:20	Correlação da metodologia problematizadora com a sequência de atividades da Oficina de Trabalho em AM. leitura de textos e síntese.
	16:20 – 17:00	Apresentação e discussão da síntese.
	17:00 – 18:00	Preparação para a Oficina de Trabalho em AM - sistematização dos dados das UBS
18:00 – 18:10	Avaliação do dia	
3º DIA	08:00 – 08:30	Discussão dos filmes
	08:30 – 10:30	Reunião dos participantes com seus tutores para o preparo da Oficina de Trabalho em AM nas UBS
	10:30 – 11:30	Brunch/Almoço
	13:00 – 19:00	Grupo A – Oficina de Trabalho em AM nas UBS Grupo B – Autonomia de estudos (textos e diagrama)
4º DIA	07:00 – 13:00	Grupo B – Oficina de Trabalho em AM nas UBS Grupo A – Autonomia de estudos (textos e diagrama)
	13:00 – 15:00	Almoço
	15:00 – 15:50	Avaliação das oficinas
	15:50 – 16:50	Apresentação dos diagramas
	16:50 – 17:00	Orientação para a realização da avaliação da Oficina de Tutores
	17:00 – 17:30	Avaliação individual dos tutorandos
	17:30 – 18:30	Preparo da apresentação da avaliação da Oficina de Tutores
5º DIA	08:00 – 10:30	Elaboração e apresentação de plano de trabalho para implementação da Rede Amamenta Brasil em cada Estado/município
	10:30 – 10:50	Café com prosa
	10:50 – 11:50	Apresentação da avaliação da Oficina de Tutores
	11:50 – 12:00	Encerramento



SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES DA OFICINA DE FORMAÇÃO DE TUTORES

1º DIA

8h Acolhimento e entrega do material

8h30 Abertura

9h Início das atividades

Coordenar a apresentação pessoal e manifestação das expectativas dos participantes utilizando a dinâmica da rede (Apêndice 10)

- TEMPO SUGERIDO: 45 min
-

Coordenar a elaboração do acordo de convivência durante a realização da oficina, destacando:

- Participação ativa.
- Cumprimento de horários e intervalos.
- Uso de celulares.
- Outros critérios sugeridos pelos participantes.

- TEMPO SUGERIDO: 15 min
-

Apresentar a programação da Oficina.

- TEMPO SUGERIDO: 10 min
-

Apresentar a Rede Amamenta Brasil.

- TEMPO SUGERIDO: 50 min
-

11h Almoço

12h - 18h Vivência de uma Oficina de Trabalho em AM na UBS (duração de 6 horas).

Discutir como conduzir a dinâmica de apresentação pessoal, o levantamento das expectativas e o acordo de convivência quando da realização de uma Oficina de Trabalho na UBS. Reforçar a importância de respeitar o tempo previsto para cada atividade, para que todas sejam adequadamente contempladas.

- TEMPO SUGERIDO: 10 min
-



Conduzir a primeira etapa da dinâmica do peixe (Apêndice 11 Parte A)

- TEMPO SUGERIDO: 10 min
-

Apresentar a oficina e seus objetivos:

- Conhecer a oficina de trabalho em AM que será posteriormente replicada.
 - Vivenciar a metodologia problematizadora.
 - TEMPO SUGERIDO: 10 min
-

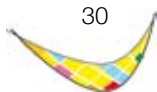
Convidar 4 a 6 pessoas para participarem da dramatização de uma situação envolvendo AM.

Um dos tutorandos deve orientar a dramatização:

- Dar instruções claras sobre o que deve ser feito.
- Partir de uma situação-problema da realidade, acrescentando elementos fictícios ou outras situações vivenciadas.
 - Apresentar diversos contextos (UBS, domicílio, comunidade) e diferentes personagens (profissionais, família, outros).
 - Incluir pontos positivos e negativos.
 - Garantir a dramatização da finalização do atendimento e dos encaminhamentos.
 - Evitar nomes verídicos e esclarecer que a situação apresentada e os profissionais envolvidos na dramatização são fictícios.
 - Simular papéis sem um roteiro escrito, como pequenas peças informais de curta duração.
 - Orientar para não falarem ao mesmo tempo e evitarem ficar de costas para a “plateia”.

Com o restante do grupo, o outro tutorando deve coordenar uma rápida reflexão com perguntas norteadoras, tais como:

- As duplas mãe-bebê atendidas em seu Estado/município/UBS apresentam problemas com a amamentação?
 - Quais problemas aparecem com mais frequência?
 - Por que razão esses problemas acontecem?
 - TEMPO SUGERIDO: 15 min
-



Coordenar a apresentação da dramatização e estimular a observação dos participantes, associando com sua vivência profissional, explicando que o foco dessa atividade é levá-los a refletir sobre a assistência integral à mulher e à família no processo de amamentar como um complexo multideterminado.

- TEMPO SUGERIDO: 15 min
-

Separar os participantes em 2 grupos, ficando um tutorando para cada grupo.

Estimular a discussão da dramatização e auxiliar na identificação dos tópicos relevantes, garantindo que sejam enfocados os seguintes itens:

- História do AM.
- Contexto do processo de AM.
- Acolhimento.
- Comunicação/empatia.
- Inclusão da família.
- Manejo/assistência.
- Orientações.
- Encaminhamentos.
- Postura.
- Relacionamento da equipe.
- Estratégias da equipe.
- Organização/fluxograma do serviço.
- Outros que surjam na dramatização.

Registrar os tópicos elencados em papel craft e depois, com o auxílio dos participantes, classificá-los em 4 eixos do manejo da amamentação, utilizando pincéis de cores diferentes:

- Abordagem (representados pela letra A): postura, acolhimento, comunicação dos profissionais de saúde.
- Biológicos/Técnicos (representados pela letra B): anatomia, fisiologia, dificuldades com a pega e problemas nas mamas, entre outros.
- Culturais/Familiares (representados pela letra C): aspectos socioculturais/vivência familiar/cultura profissional.
- Processo de Trabalho (representados pela letra T): formação dos profissionais e organização do processo de trabalho.

- TEMPO SUGERIDO: 40 min
-



Reunir o grande grupo e construir uma síntese integradora.

Comparar os resultados dos dois grupos.

Enfatizar os pontos relevantes, destacando os 4 eixos (abordagem, biológicos/ técnicos, culturais/familiares e processo de trabalho) como fatores determinantes no processo da amamentação e a inter-relação dos mesmos.

- TEMPO SUGERIDO: 10 min
-

Convidar os participantes para “Roda de Leitura” dos textos *Aspectos socioculturais da amamentação* (Anexo2 - pg. 88) e *Ouvir, entender e orientar* (Anexo3 - pg. 91).

Solicitar aos participantes que destaquem as idéias principais dos textos ou um novo conhecimento, para serem compartilhados ao final ou durante a leitura, de acordo com a escolha e o andamento do grupo.

Orientar para que não seja feita apenas a leitura dos textos, sem reflexão e discussão.

- TEMPO SUGERIDO: 30 min
-

Café com prosa – 20 minutos

Solicitar a socialização dos indicadores de AM, analisando-os criticamente.

Estimular a reflexão e discussão sobre a importância dos dados no planejamento das ações.

Perguntas norteadoras:

- As mulheres desta comunidade/serviço estão amamentando? Por que sim e por que não?
- O serviço possui algum instrumento para coletar os dados de AM? Como isso acontece?
- Quais são as dificuldades encontradas na coleta dos dados?
- O serviço avalia periodicamente os índices de AM?
- Como estão os índices deste serviço?
- Quem precisa saber destes índices?
- O que fazer com os índices encontrados?

- TEMPO SUGERIDO: 20 min
-

Apresentar os índices nacionais e regionais e as definições de AM (Apêndice 1).

Estimular a análise crítica dos dados, contextualizando-os e comparando-os aos índices preconizados (OMS, UNICEF, MS).

Construir o conflito cognitivo a partir de questões norteadoras, tais como:



- Existe rede de apoio nas UBS de seu Estado/município? Como ela acontece?
 - O que pode ser feito para melhorar?
 - TEMPO SUGERIDO: 15 min
-

Convidar os participantes para uma “Roda de Conversa” com o propósito de discutir o manejo do AM. Como apoio para o esclarecimento de dúvidas, consultar o texto sobre aleitamento materno dos Cadernos de Atenção Básica³⁶.

Caso o tempo seja insuficiente, indicar a possibilidade de esclarecer as dúvidas restantes em outro momento (visitas de acompanhamento do tutor, reunião de serviço ou oficinas de trabalho).

- TEMPO SUGERIDO: 50 min
-

Coordenar o exercício de pactuação.

Realizar um exercício de pactuação – levantar, em linhas gerais, o que já é feito e o que pode ser pactuado para a UBS.

Fornecer tiras de papel em branco e solicitar aos participantes que registrem ações que podem ser pactuadas (uma ação por tira).

Solicitar que fixem as tiras em um painel (fornecer fita crepe).

Organizar as tiras, de acordo com a seguinte classificação:

- UBS
 - no pré-natal;
 - após o nascimento.
- Na comunidade

Orientar o coordenador/gerente da UBS a sistematizar as ações pactuadas na planilha de planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao AM na UBS a partir da Oficina de Trabalho (Apêndice 12), que deverá ser entregue ao tutor responsável pela oficina até 10 dias após a sua realização, juntamente com o fluxograma de atendimento construído pelo grupo.

Apresentar modelo de fluxograma de atendimento à gestante e à dupla mãe-bebê em amamentação (Apêndice 2).

Discutir o monitoramento dos índices de AM da UBS pelo SISVAN Web.

Sugerir ao coordenador/gerente da UBS que deixe visível na Unidade os indicadores de aleitamento materno e a pactuação construída, com o objetivo de reflexão, monitoramento e avaliação do processo.

- TEMPO SUGERIDO: 1h10
-



Finalizar com a dinâmica do peixe – segunda etapa (Apêndice 11 Partes B e C)

- TEMPO SUGERIDO: 15 min
-

Conduzir a avaliação da vivência da Oficina de Trabalho em AM.

Questões norteadoras sugeridas:

- Como você se sentiu na oficina?
- O que você achou da atividade de dramatização e síntese?
- Qual foi o seu aproveitamento nas rodas de leitura ou discussão em grupo?
- O que significou a discussão dos índices de AM?
- O que foi diferente das outras capacitações vivenciadas?

- TEMPO SUGERIDO: 30 min
-

18h às 18h30 – **Avaliação do dia**

Solicitar aos participantes reflexões sobre o filme *O Óleo de Lorenzo*. Entregar cópia do Apêndice 8.

18h30 – Jantar

20h às 22h - **Apresentação do filme *O Óleo de Lorenzo* para os participantes que não o assistiram previamente**

- TEMPO SUGERIDO: 15 min
-

“Refletindo antes de dormir” – Realizar leitura individual do texto **Receita para comer queijo** (Anexo 4 - pg. 94).

2º DIA

Deixar, no início do dia, papéis e lápis de cor nas cadeiras.

Solicitar que o participante desenhe uma (apenas uma) flor em papel sulfite, utilizando lápis de cor.

Fixar os desenhos na parede e observar todas as flores desenhadas.

Leitura do texto *Era uma vez* (Anexo 5 - pg. 96) por um dos tutores.

- TEMPO SUGERIDO: 15 min
-



Dividir os participantes em dois grupos para leitura de recortes do texto *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (Anexo 6 - pg. 98) e *Referencial Teórico do Caderno do Tutor* (página 12).

- TEMPO SUGERIDO: 30 min
-

Solicitar que o grupo A apresente dramatização sobre educação crítico-reflexiva e o grupo B sobre educação tradicional, baseadas nos textos lidos.

- TEMPO SUGERIDO: 20 min PARA PREPARO, 20 min PARA APRESENTAÇÃO (10 min PARA CADA GRUPO).
 - TEMPO TOTAL SUGERIDO: 40 min
-

Cafê com prosa

- TEMPO SUGERIDO: 20 min
-

Realizar apresentação dialogada sobre “Educação Crítico-Reflexiva e AM”.

- TEMPO SUGERIDO: 1h10
-

Realizar exercício prático sobre alguns aspectos da abordagem e do aconselhamento em AM.

Dividir os participantes em dois grupos (A e B).

- Solicitar que um ou dois participantes de cada grupo, junto com o tutor, dramatizem situações negativas e/ou positivas de abordagem e acolhimento, sistematizando alguns princípios do aconselhamento ao final de cada situação apresentada.

- Orientar que os participantes não consultem o material durante essa atividade. Os dois grupos devem observar as representações e, após cada uma delas, analisar e sugerir condutas baseadas nos princípios do aconselhamento (Apêndice 13 - pg. 77).

- TEMPO SUGERIDO: 1h

No Apêndice 13 estão sugeridas algumas situações que podem ser dramatizadas; entretanto, o tutor poderá utilizar outras estratégias para abordar o conteúdo.

12h – Almoço

13h30 – “Sessão Cinema” – Assistir ao filme *Sete Minutos*. Solicitar aos participantes que façam reflexões sobre o filme posteriormente (Apêndice 9 - pg. 70).

Cafê com prosa

- TEMPO SUGERIDO: 20 min
-



Solicitar que os participantes formem grupos de 6 pessoas e orientar a atividade:

- Realizar leitura de recortes do texto *Mobilização para o conhecimento* (Anexo 7 - pg 102) e item *Metodologia* do Caderno do Tutor (pág. 24).

- TEMPO SUGERIDO: 30 min

- Realizar a leitura da *Seqüência de atividades da Oficina de Trabalho em AM nas UBS* do Caderno do Tutor (pág. 41).

- Correlacionar os textos com a seqüência de atividades da oficina (dramatização, síntese da dramatização, roda de leitura, índices de AM, pactuação e dinâmica do peixe).

- TEMPO SUGERIDO: 30 min

Solicitar que um grupo apresente em papel craft, em plenária, a correlação construída, estimulando a complementação pelos demais grupos.

- Fazer síntese integradora, esclarecendo as dúvidas.

- TEMPO SUGERIDO: 40 min

Entregar os instrumentos enviados pelas UBS (Apêndices 3 e 4) e solicitar que os participantes sistematizem as respostas e identifiquem as dificuldades da UBS onde realizarão as Oficinas de Trabalho.

- TEMPO SUGERIDO: 1h

Realizar a avaliação do dia com os participantes

- TEMPO SUGERIDO: 10 min

Jantar

“Refletindo antes de dormir” - Realizar leitura individual do texto *Pensar* (Anexo 8 - pg 108).

3º DIA

8h – Realizar discussão dos 2 filmes assistidos, baseando-se nas questões sugeridas no roteiro fornecido (Apêndice 14). Conduzir uma síntese refletindo sobre o saber integralizado e a rede sociobiológica do AM.

- TEMPO SUGERIDO: 30 min



Preparação para a Oficina de Trabalho em AM nas UBS:

Apresentar a distribuição dos participantes nas Oficinas e os tutores que os acompanharão.

Solicitar que os participantes reúnam-se com seus tutores para discussão dos trabalhos.

Esclarecer dúvidas, finalizar o preparo para as Oficinas e definir a participação de cada um nos diferentes momentos.

- TEMPO SUGERIDO: 2h30

10h30 às 11h30 – *Brunch/Almoço*

13h30 às 19h – *Oficina*

13h30 às 19h – Oficina

Grupo A – Conduzir as Oficinas de Trabalho nas UBS sob supervisão dos tutores.

Ao final da atividade, o tutor deverá avaliar a atuação dos participantes observando os seguintes itens (Apêndice 6):

- Compreensão da metodologia.
- Aplicação da metodologia.
- Respeito à sequência das atividades.
- Capacidade de problematizar.
- Capacidade de estimular a participação ativa de todos.
- Capacidade de valorizar e aproveitar a contribuição de cada um.
- Perfil acolhedor.
- Capacidade de contextualizar.
- Capacidade de síntese.
- Sensibilidade para redirecionamento das atividades.
- Capacidade de tomada de decisões.
- Domínio do tema AM.
- Facilidade de comunicação: tom da voz, vícios de linguagem, entre outros.

Grupo B – Autonomia de estudo. Participar de atividade de grupo orientada previamente pelo tutor

- Realizar leitura dos textos *A rede sociobiológica desenhada pelo leite humano* (Anexo 9 - pg. 110) e *Educação permanente em saúde* (página 15 do Caderno do Tutor) .

- Elaborar síntese integradora, utilizando representação gráfica que demonstre a relação entre os principais conceitos apreendidos com a Rede Amamenta Brasil.

Fornecer a dica: utilizar os textos lidos para auxiliar na tarefa de elaboração da síntese.

- TEMPO SUGERIDO: 6h



4º DIA

07h às 13h – Oficina

Traslado para UBS – 06h às 07h

Orientar as mesmas atividades da tarde do terceiro dia, com mudança de tarefas entre os grupos

TEMPO SUGERIDO: 6h

13h às 15h – *Almoço*

15h – Coordenar avaliação das oficinas nas UBS em plenária.

TEMPO SUGERIDO: 50 min

Coordenar a apresentação dos diagramas da síntese integradora (10 min para cada grupo)

TEMPO SUGERIDO: 1h

Orientar a preparação, em grupos de 6 pessoas, da avaliação geral da oficina de tutores para ser apresentada de forma criativa (música, dança, poema, mímica, etc.). Esta apresentação será realizada no encerramento da oficina.

TEMPO SUGERIDO: 10 min

Realizar avaliação individual de desempenho dos tutorandos e do tutor na oficina de trabalho em AM nas UBS

O tutor deverá solicitar que os tutorandos façam sua autoavaliação e escrevam a avaliação do tutor que os acompanhou na Oficina de Trabalho em AM na UBS no verso do instrumento. Preencher o instrumento de avaliação do tutorando e realizar feedback com cada um (Apêndice 6)

• TEMPO SUGERIDO: 30 min

Preparo da avaliação geral da oficina de tutores. Esta atividade pode ser feita em outro horário, a ser combinada entre os componentes do grupo.

Jantar



5º DIA

8h – Solicitar aos grupos representantes de cada região ou município, a elaboração de proposta para a construção da *Rede Amamenta Brasil* nos seus Estados/municípios, incluindo formação de novos tutores e adesão das UBS à *Rede*.

TEMPO SUGERIDO 1h30

Apresentar e discutir os projetos em plenária.

TEMPO SUGERIDO 1h

Café com prosa

TEMPO SUGERIDO: 20 min

Coordenar as apresentações sobre a avaliação da Oficina de Tutores realizada pelos grupos (10 min para cada grupo)

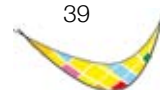
TEMPO SUGERIDO 50 min

Solicitar aos participantes o preenchimento da avaliação escrita da Oficina de Formação de Tutores (Apêndice 15)

Realizar encerramento da Oficina com apresentação de filme motivacional.

TEMPO SUGERIDO 20 min

Almoço de encerramento – opcional



OFICINA DE TRABALHO EM AM NA UBS

Esta oficina tem como objetivos discutir a prática do AM no contexto de trabalho da UBS e pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM de acordo com a realidade de cada UBS.

ORGANIZAÇÃO DA OFICINA DE TRABALHO EM AM NA UBS

Recomenda-se que o número de participantes seja no máximo 30, com dois tutores por oficina, com **duração mínima de 6 horas**.

Obrigatoriamente um dos tutores deve ter experiência e capacitação em AM. Recomenda-se que pelo menos um dos tutores tenha experiência em atenção básica e/ou educação crítico-reflexiva.

Obrigatoriamente o coordenador da UBS deve participar de toda a oficina e direcionar a equipe na implementação das ações pactuadas.

ATRIBUIÇÕES DO TUTOR:

- Realizar uma visita, previamente agendada, à UBS para contato com o coordenador/gerente, com a finalidade de apresentar a proposta de trabalho e entregar os instrumentos para a coleta de dados da Unidade (Apêndices 3 e 4). O tempo estimado para a visita é de 1 hora.
- Compilar e analisar os instrumentos preenchidos.
- Providenciar fotocópias do seguinte material:
 - Apêndice 1* – Planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao AM na UBS a partir da oficina de trabalho (1 para cada UBS).
 - Apêndice 3* – Fluxograma de atendimento à gestante e à dupla mãe-bebê em amamentação (1 para cada UBS).
 - Apêndice 12 B* – Dinâmica do peixe – Origami (1 cópia para cada grupo de 5 funcionários).
 - Apêndice 17* – Avaliação da Oficina de Trabalho em AM na UBS (1 cópia para cada funcionário).
 - Anexo 1* - Texto **Aspectos socioculturais da amamentação** (1 cópia para cada dois funcionários).
 - Anexo 2* – Texto **Ouvir, entender e orientar** (1 cópia para cada dois funcionários).
- Providenciar equipamentos e materiais necessários para a realização da Oficina (Apêndice 16).
- Conduzir a Oficina de Trabalho em AM na UBS em um período de 6 a 8 horas. Quando a carga horária for maior que 6 horas, a mesma deve ser dividida em dois períodos consecutivos.



ORIENTAÇÕES PARA O COORDENADOR/GERENTE DA UBS:

- Providenciar local apropriado para a realização da oficina (Apêndice 16).
- Organizar a agenda das UBS, garantindo seu fechamento para realização das Oficinas de Trabalho em AM.
- Avisar a comunidade com antecedência (conselhos locais de saúde, usuários, associação de moradores, etc.) sobre o fechamento da Unidade.
- Entregar ao tutor os instrumentos “Questionário sobre dificuldades percebidas pelo profissional” (Apêndice 4) e “Caracterização da unidade e atividades desenvolvidas na área da saúde da mulher e da criança” (Apêndice 3) preenchidos, no prazo previamente estipulado.
- Obter os índices de AM da área de abrangência da UBS. Sugere-se que estes índices sejam apresentados em cartazes.
- Estimular a participação de toda a equipe da UBS, incluindo pessoal de apoio e administrativo. Caso o número de funcionários seja maior que 30, recomenda-se a realização de 2 Oficinas de Trabalho. Neste caso, deve-se garantir a presença do coordenador/gerente da UBS nas 2 oficinas.
- Estimular a participação de representantes dos usuários, de segmentos da sociedade e serviços de saúde da área de abrangência da UBS.
- Organizar o “Café com prosa”: lanche a ser providenciado pelo grupo da UBS para o intervalo da oficina.

SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES - OFICINA DE TRABALHO EM AM NAS UBS

A Oficina é conduzida por 1 tutor facilitador e 2 tutorandos.

Coordenar dinâmica para apresentação pessoal - a dinâmica da rede (Apêndice 10) poderá ser utilizada para a apresentação pessoal quando a oficina for de 8 h.

Providenciar crachás para os participantes.

- TEMPO SUGERIDO: 15 min

Apresentar os objetivos da oficina:

- discutir a prática do AM no contexto do processo de trabalho da UBS.
- pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM de acordo com a realidade da UBS.

Apresentar sucintamente a *Rede Amamenta Brasil*, cujo objetivo é contribuir para aumentar os índices de AM no Brasil.

Apresentar os critérios para certificação da UBS na *Rede Amamenta Brasil* (pág. 20 e 21).



Coordenar a elaboração do acordo de convivência durante a realização da Oficina, destacando:

- Participação ativa.
- Horários e intervalos – enfatizar a importância de permanência de todos até o final para a pactuação das ações em prol do AM pela equipe da UBS.

- Uso de celulares.

Outros critérios sugeridos pelos participantes.

- TEMPO SUGERIDO: 10 min
-

Conduzir a dinâmica do peixe (Apêndice 11 Parte A).

- TEMPO SUGERIDO: 15 min
-

Convidar 4 a 6 pessoas para participarem da dramatização de uma situação envolvendo AM.

Um dos tutores deve orientar a dramatização da seguinte maneira:

- Dar instruções claras sobre o que deve ser feito.
- Partir de uma situação-problema da realidade, acrescentando elementos fictícios ou outras situações vivenciadas.
- Apresentar diversos contextos (UBS, domicílio, comunidade) e diferentes personagens (profissionais, família, outros).
- Incluir pontos positivos e negativos.
- Garantir a dramatização da finalização do atendimento e os encaminhamentos.
- Evitar nomes verídicos e esclarecer que a situação apresentada e os profissionais envolvidos na dramatização são fictícios.
- Simular papéis sem um roteiro escrito, como pequenas peças informais de curta duração.
- Orientar os atores para não falarem ao mesmo tempo e evitarem ficar de costas para a “plateia”.

Com o restante do grupo, o outro tutor deve coordenar uma rápida reflexão com perguntas norteadoras, tais como:

- As duplas mãe-bebê atendidas em sua UBS apresentam problemas com a amamentação?
 - Quais problemas aparecem com mais frequência?
 - Por que razão esses problemas acontecem?
 - TEMPO SUGERIDO: 15 min
-



Coordenar a apresentação da dramatização e estimular a observação dos participantes, associando com sua vivência profissional, explicando que o foco dessa atividade é levá-los a refletir sobre a assistência integral à mulher e à família no processo de amamentar como um complexo multideterminado.

- TEMPO SUGERIDO: 15 min

Separar os participantes em 2 grupos, ficando um tutor para cada grupo.

Estimular a discussão da dramatização e auxiliar na identificação dos tópicos relevantes, garantindo que sejam enfocados os seguintes itens:

- História do AM.
- Contexto do processo de AM.
- Acolhimento.
- Comunicação/empatia.
- Inclusão da família.
- Manejo/assistência.
- Orientações.
- Encaminhamentos.
- Postura.
- Relacionamento da equipe.
- Estratégias da equipe.
- Organização/fluxograma do serviço.
- Outros que surjam na dramatização.

Registrar os tópicos elencados em papel craft e depois, com o auxílio dos participantes, classificá-los em 4 eixos do manejo da amamentação, utilizando pincéis de cores diferentes:

- Abordagem (representados pela letra A): postura, acolhimento dos profissionais de saúde.
- Biológicos/Técnicos (representados pela letra B): anatomia, fisiologia, dificuldades com a pega e problemas nas mamas, entre outros.
- Culturais/Familiares (representados pela letra C): aspectos socioculturais, vivência familiar e cultura profissional.
- Processo de Trabalho (representados pela letra T): formação dos profissionais e organização do processo de trabalho.

- TEMPO SUGERIDO: 40 min



Reunir o grande grupo e construir a síntese integradora.

Comparar os resultados dos dois grupos.

Enfatizar os pontos relevantes, destacando os 4 eixos (abordagem, biológicos/técnicos, culturais/familiares e processo de trabalho) como fatores determinantes no processo da amamentação e a inter-relação dos mesmos.

- TEMPO SUGERIDO: 10 min

Convidar os participantes para uma Roda de Leitura e discussão dos textos *Aspectos socioculturais da amamentação* (Anexo2) e *Ouvir, entender e orientar* (Anexo 3).

Solicitar aos participantes que destaquem nos textos algo que lhes chamou a atenção ou um novo conhecimento para ser compartilhado ao final ou durante a leitura, de acordo com a escolha e o andamento do grupo.

Orientar para que não seja feita apenas a leitura dos textos sem a reflexão e discussão.

- TEMPO SUGERIDO: 30 min

Café com prosa – 20 min

Solicitar a socialização dos indicadores de AM, analisando-os criticamente.

Estimular a reflexão e discussão sobre a importância dos dados no planejamento das ações.

Perguntas norteadoras:

- As mulheres desta comunidade/serviço estão amamentando? Por quanto tempo?
- O serviço possui algum instrumento para coletar os dados de AM? Como isso acontece?
- Quais são as dificuldades encontradas na coleta dos dados?
- Como estão os índices deste serviço?
- Quem precisa saber destes índices?
- O que fazer com os índices encontrados?

- TEMPO SUGERIDO: 20 min

Apresentar os índices nacionais e regionais e as definições de AM (Apêndice 1).

Estimular a análise crítica dos dados, contextualizando-os e comparando-os aos índices preconizados (OMS, UNICEF, MS).

Construir o conflito cognitivo a partir de questões norteadoras, tais como:

- A equipe registra e conhece os dados sobre AM da sua área de abrangência?
- O que pode ser feito para melhorar o registro dos índices?

- TEMPO SUGERIDO: 15 min



Convidar os participantes para uma Roda de Conversa com o propósito de discutir o manejo do AM. Como apoio para o esclarecimento de dúvidas, consultar o texto sobre aleitamento materno dos Cadernos de Atenção Básica³⁶.

Caso o tempo seja insuficiente, indicar a possibilidade de esclarecer as dúvidas restantes em outro momento (visitas do tutor de acompanhamento, reunião de serviço, oficinas de trabalho).

O tutor deve distribuir o tempo de forma a garantir a reserva de uma hora para a pactuação e finalização da oficina.

- TEMPO SUGERIDO: 50 min

Coordenar o exercício de pactuação, estimulando a participação e adesão de toda a equipe.

Solicitar que um dos participantes da equipe escreva no papel craft as ações propostas para serem pactuadas, listando-as de acordo com os períodos de intervenção:

- Na UBS:
 - pré-natal;
 - após o nascimento.
- Na comunidade.

Apresentar modelo de fluxograma de atendimento (Apêndice 2).

Orientar o coordenador/gerente da UBS a sistematização das ações pactuadas na planilha de planejamento estratégico (Apêndice 12) que deverá ser entregue ao tutor responsável pela oficina até 10 dias após a sua realização, juntamente com o fluxograma de atendimento construído pelo grupo.

Discutir o monitoramento dos índices de AM da UBS pelo SISVAN Web.

Sugerir ao coordenador/gerente da UBS que deixe visível na Unidade os indicadores de aleitamento materno e a pactuação construída, com o objetivo de reflexão, monitoramento e avaliação do processo.

- TEMPO SUGERIDO: 1h10

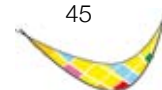
Finalizar com a dinâmica do peixe - segunda etapa (Apêndice 11 Partes B e C).

- TEMPO SUGERIDO: 10 min

Solicitar aos participantes que avaliem a Oficina em formulário próprio (Apêndice 15).

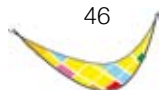
- TEMPO SUGERIDO: 5 min

Finalizar a oficina



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leon-Cava, N; Lutter, C; Ross, J; Martin, L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, D.C.: OPS; 2002.
2. Monte, CMG; Giugliani, ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J. Pediatr. (Rio J) 2004; 80(5 Supl):S131-S141.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. Deluiz, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. Formação: projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.17-26.
5. Castro, L.M.C.P; Araújo, L.D.S. Aspectos sócio-culturais da amamentação. In: Castro LMCP, Araújo, LDS, organizadoras. Aleitamento materno: manual prático. 2. ed. Londrina: SMS, 2006.
6. Almeida, J.A.G. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
7. Oliveira, M.I.C; Leal, M.C. Alojamento conjunto e parto cesáreo em maternidades do Estado do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública 1997;31:572-80.
8. Rea, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad Saúde Pública 2003; 19(Sup 7):S37-S45.
9. Castro, LMCP; Araújo, LDS. O papel das unidades básicas no incentivo ao aleitamento materno: a construção de um novo modelo na formação de profissionais de saúde. In: Castro LMCP, Araújo, LDS, organizadoras. Aleitamento materno: manual prático. 2. ed. Londrina: SMS, 2006. p.183-194.
10. Oliveira, MIC; Camacho, LAB; Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cad. Saúde Pública 2005;21:1901-10.
11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, coordenação. Objetivos de desenvolvimento do milênio - relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Série Pactos pela Saúde; v. 1).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
15. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
16. Organização Pan-Americana de Saúde. Fórum nacional de redes em saúde. Belo Horizonte: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.
17. Costa, ACG. O nó e a rede: a articulação como princípio estruturador da política de proteção integral à criança e ao adolescente. Belo Horizonte: Modus Faciendi, 1999.
18. Türck, MG. Articulação de recursos e formação de redes internas e sociais. Porto Alegre, 1993.



19. Whitaker, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. São Paulo: Câmara Municipal de São Paulo, 1993. Mimeografado.
20. Campos, G.W.S; Domitti, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, 2007;23:399-407.
21. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
22. Venancio, S.Y.; Escuder, M.M.L.; Kitoko, P; Rea, M.F.; Monteiro, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública 2002;36:313-8.
23. Vannuchi, M.T.O.; Thomson, Z; Escuder M.M.L, Tacla, M.T.G.M.; Vezozzo, K.M.K.; Castro, L.M.C.; et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina, Paraná. Rev. Bras. Saúde Mater Infant. 2005;5:155-62.
24. Araújo, L.D.S. A construção de um novo olhar no ensino do aleitamento materno: uma contribuição da educação crítico-reflexiva. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.
25. Anastasiou, L.G.C.; Alves, L.P. Processos de ensinagem na universidade. 5. ed. Joinville: Ed. Univille, 2005.
26. Vasconcelos, C.S. Construção do conhecimento em sala de aula. São Paulo: Libertad, 1999. (Cadernos pedagógicos do Libertad; 2).
27. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
28. Berbel, N.A.N. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: INEP/EDUEL, 1999.
29. Morin, E. Os setes saberes necessários à educação do futuro. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
30. A Rede Unida e os desafios para a consolidação do SUS. In: Rede: Boletim Eletrônico Informativo da Rede Unida. 2007 nov;69 (esp. 13a CNS). Disponível em ><http://www.Redeunida.Org.Br/Novoinrede/View.Asp?Id=34>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
32. Ausubel, D; Novak, JD; Hanesian, H. Psicologia educacional. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
34. Garanhani, M.L.; Alves, E.; Nunes, E.F.P.A.; Araújo, L.D.S. Princípios pedagógicos e metodológicos do currículo integrado de Enfermagem. In: Dellarozza, M.S.G., Vannuchi M.T.O. O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade. São Paulo: HUCITEC, 2005. p. 35-57.
35. Brusilovscky, S. Treinamento mental: um método para um enfoque à educação de adultos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde. Brasília; 1989. p. 22-26.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.



APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Definições de Aleitamento Materno e recomendações segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)

Aleitamento Materno Exclusivo (AME)

Quando a criança recebe somente leite materno (direto da mama ou ordenhado), ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais, ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante (AMP)

Quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), suco de frutas e fluidos rituais.

Aleitamento Materno (AM)

Quando a criança recebe leite materno diretamente da mama ou ordenhado, independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento Materno Complementado

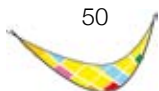
Quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido, com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento Materno Misto ou Parcial

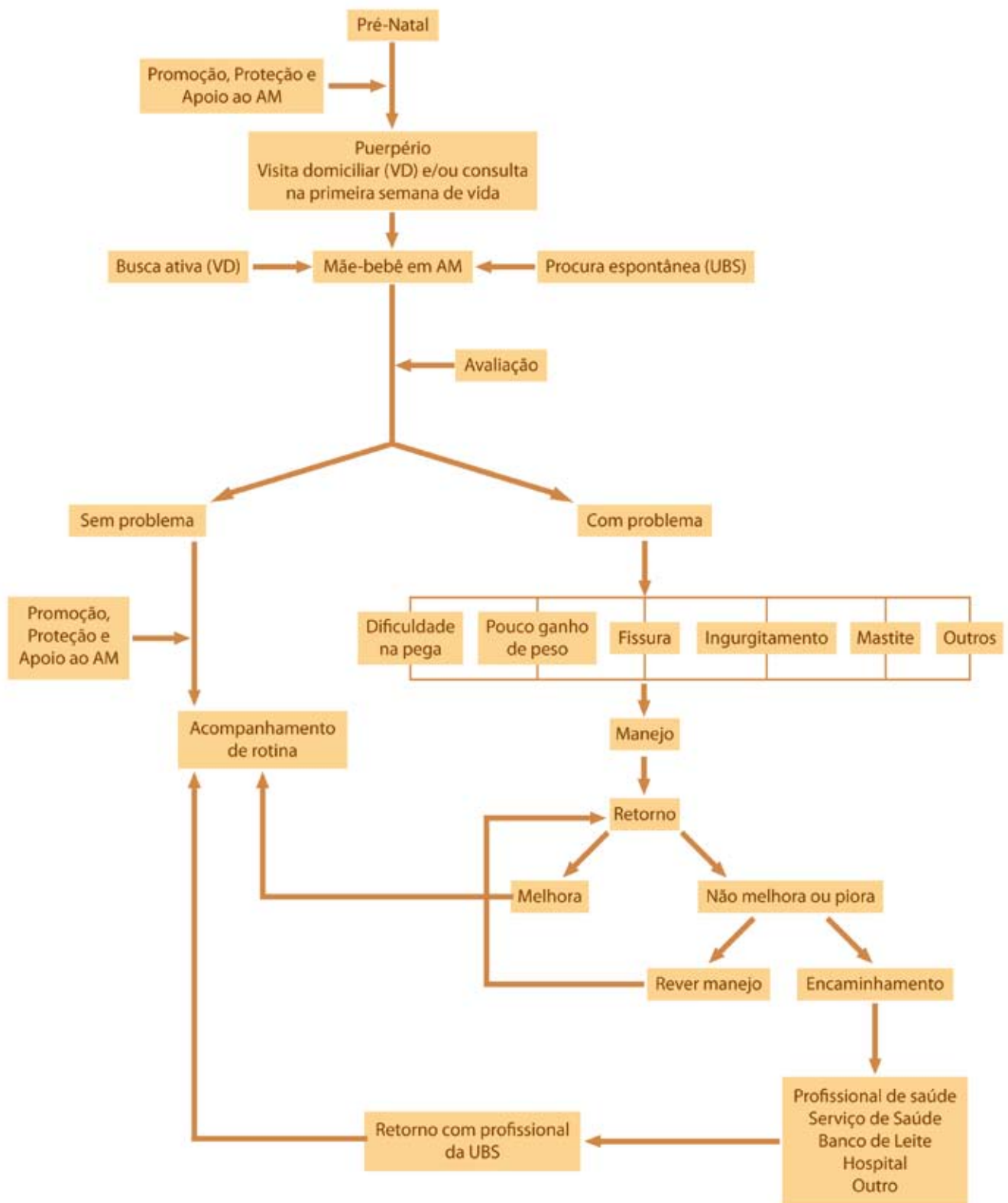
Quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Recomendações da OMS e MS:

- AM nos primeiros 6 meses de vida.
- AM complementado por 2 anos ou mais.
- Contato pele a pele da mãe com o bebê na primeira hora após o parto.
- Início do AM na primeira hora de vida.
- Início dos alimentos complementares a partir dos 6 meses.



APÊNDICE 2 - Modelo de fluxograma de atendimento à mulher e à criança com vistas ao AM



APÊNDICE 3 - Caracterização da unidade e atividades desenvolvidas na área de saúde da mulher e da criança

*NÃO É NECESSÁRIO PREENCHER AS COLUNAS SOMBREADAS.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Cidade: _____ Estado: _____

Nome da unidade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Tutor: _____

Endereço eletrônico do tutor: _____

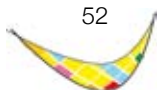
Entrevistado: _____

Endereço eletrônico do entrevistado: _____

1. Profissão do entrevistado: (1) médico. (2) enfermeiro. (3) nutricionista. (4) assistente social. (5) psicólogo. (6) administrador. (7) outra. Qual? _____	PROFEN	<input type="checkbox"/>
2. Função do entrevistado na UBS: (1) coordenador. (2) técnico. (3) outra.	FUCEN	<input type="checkbox"/>
3. Classificação da unidade: (1) mista. (2) posto de saúde da família. (3) centro de saúde. (4) unidade básica de saúde. (5) centro de apoio à saúde da família. (6) outro. Qual? _____	CLAUBS	<input type="checkbox"/>
4. Localização: (1) urbana. (2) rural.	LOCAL	<input type="checkbox"/>

ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

5. É realizado atendimento pré-natal na unidade? (1) sim. (2) não.	ATPRE	<input type="checkbox"/>
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL REALIZADO POR:		
6. Obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	ATPREOB	<input type="checkbox"/>
7. Médico de família: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	ATPREMF	<input type="checkbox"/>



8. Médico de outra especialidade: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	ATPREOE	<input type="checkbox"/>
9. Enfermeira obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	ATPREEO	<input type="checkbox"/>
10. Enfermeira de outra especialidade ou generalista: (1) sim. Qual? _____ (2) não. (8) NSA.	ATPREEE	<input type="checkbox"/>
11. Outro profissional? (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	ATPREOU	<input type="checkbox"/>
12. A gestante recebe orientações sobre aleitamento materno durante as consultas pré-natal? (1) sim, sempre. (2) sim, às vezes. (3) não. (8) NSA. Quais? _____	ORIPRE	<input type="checkbox"/>
13. A gestante de risco recebe orientações sobre aleitamento materno na UBS mesmo se faz acompanhamento em serviço de referência? (1) sim, sempre. (2) sim, às vezes. (3) não. (8) NSA.	ORIRIS	<input type="checkbox"/>
14. Atribua uma nota de 1 a 5 para a quantidade de orientações sobre aleitamento materno fornecidas às gestantes durante as consultas, sendo 1 a nota mínima e 5 a nota máxima: () nota. (8) NSA.	ORIQAT	<input type="checkbox"/>
15. Atribua uma nota de 1 a 5 para a qualidade das orientações sobre aleitamento materno fornecidas às gestantes durante as consultas: () nota. (8) NSA.	ORUQAL	<input type="checkbox"/>
16. É realizado grupo de gestantes? (1) sim. (2) não.	GRGES	<input type="checkbox"/>
O GRUPO DE GESTANTES É COORDENADO POR:		
17. Enfermeira?: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRCOEN	<input type="checkbox"/>
18. Obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRCOOB	<input type="checkbox"/>
19. Médico de família: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRCOMF	<input type="checkbox"/>
20. Médico de outra especialidade: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	GRCOOM	<input type="checkbox"/>
21. Nutricionista: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRCONT	<input type="checkbox"/>



22. Odontólogo: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRCOOD	<input type="checkbox"/>
23. Assistente social: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRCOAS	<input type="checkbox"/>
24. Técnica/auxiliar de enfermagem: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRCOAT	<input type="checkbox"/>
25. Agente comunitário de saúde: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRCOAC	<input type="checkbox"/>
26. Outro profissional: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	GRCOOP	<input type="checkbox"/>

PROFISSIONAIS QUE PARTICIPAM DO GRUPO DE GESTANTES:

27. Enfermeira: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGENF	<input type="checkbox"/>
28. Nutricionista: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGNUT	<input type="checkbox"/>
29. Psicóloga: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGPSI	<input type="checkbox"/>
30. Obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGOSB	<input type="checkbox"/>
31. Pediatra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGPED	<input type="checkbox"/>
32. Médico de família: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGMF	<input type="checkbox"/>
33. Médico de outra especialidade: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGMO	<input type="checkbox"/>
34. Odontólogo: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGODO	<input type="checkbox"/>
35. Assistente social: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGOAS	<input type="checkbox"/>
36. Técnico de enfermagem: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGTEF	<input type="checkbox"/>
37. Agente comunitário de saúde: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRGACS	<input type="checkbox"/>
38. Outro profissional: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	GRGOUT	<input type="checkbox"/>
39. Qual o número de encontros por grupo? (1) Um. (2) Dois. (3) Três. (4) Quatro. (5) mais de quatro. (6) não determinado. (8) NSA.	GRGNR	<input type="checkbox"/>



40. Aleitamento materno é assunto abordado no grupo de gestantes? (1) sim, sempre. (2) sim, às vezes. (3) não. (8) NSA.

GRGAM

ATENDIMENTO À PUÉRPERA

41. A unidade possui fluxograma de atendimento da dupla mãe-bebê em amamentação? (1) sim. (2) não.

ATEMB

42. A unidade oferece consulta à puérpera? (1) sim, sempre. (2) sim, às vezes. (3) não.

CONPR

43. As puérperas são atendidas na _____ semana pós-parto, em média. (1) 1ª (2) 2ª (3) 3ª (4) 4ª (5) após a 4ª (6) após a 6ª (7) após a 8ª (8) NSA

CONPRSE

PROFISSIONAL QUE REALIZA A PRIMEIRA CONSULTA À PUÉRPERA:

44. Obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.

CONPROB

45. Médico de família: (1) sim. (2) não. (8) NSA.

CONPRMF

46. Médico de outra especialidade: (1) sim. Qual? _____ (2) não. (8) NSA.

CONPRME

47. Enfermeira obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.

CONPREO

48. Enfermeira de outra especialidade ou generalista: (1) sim. Qual? _____ (2) não. (8) NSA.

CONPREE

49. Outro profissional (1) sim. Qual? _____ (2) não. (8) NSA.

CONPROP

ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO

50. A unidade oferece consulta ao recém-nascido? (1) sim. (2) não

CONRN

51. Os recém-nascidos são atendidos com _____ semanas de vida, em média. (1) 1ª (2) 2ª (3) 3ª (4) 4ª (5) após 30 dias (8) NSA

CONRND



PROFISSIONAL QUE REALIZA A PRIMEIRA CONSULTA AO RECÉM- NASCIDO:

52. Pediatra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	CONRNP	<input type="checkbox"/>
53. Médico de família?: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	CONRNMF	<input type="checkbox"/>
54. Médico de outra especialidade: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	CONRNME	<input type="checkbox"/>
55. Enfermeira pediátrica: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	CONRNEP	<input type="checkbox"/>
56. Enfermeira de outra especialidade ou generalista: (1) sim. Qual? _____ (2) não. (8) NSA.	CONRNEE	<input type="checkbox"/>

ATENDIMENTO NA AMAMENTAÇÃO

57. Mães e bebês com problemas na amamentação têm consulta garantida para o mesmo dia?: (1) sim, sempre. (2) sim, às vezes. (3) não.	PRAMCD	<input type="checkbox"/>
--	--------	--------------------------

PROFISSIONAL QUE REALIZA CONSULTA NA SITUAÇÃO DE PROBLEMAS COM AMAMENTAÇÃO

58. Obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRAMCO	<input type="checkbox"/>
59. Pediatra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRAMCP	<input type="checkbox"/>
60. Médico da família: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRAMCMF	<input type="checkbox"/>
61. Médico de outra especialidade: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	PRAMCME	<input type="checkbox"/>
62. Enfermeira obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRAMCEO	<input type="checkbox"/>
63. Enfermeira pediátrica: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRAMCEP	<input type="checkbox"/>
64. Enfermeira de outra especialidade ou generalista: (1) sim. Qual? _____ (2) não. (8) NSA.	PRAMCEE	<input type="checkbox"/>
65. Nutricionista: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRAMCNT	<input type="checkbox"/>



66. Técnica/auxiliar de enfermagem: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRAMCAT	<input type="checkbox"/>
67. Outro profissional: (1) sim. Qual? _____ (2) não. (8) NSA	PRAMCOP	<input type="checkbox"/>
68. Mães e bebês com problemas na amamentação são encaminhadas para algum centro de referência?: (1) sim, sempre. (2) sim, às vezes. (3) não.	PRBAMCR	<input type="checkbox"/>
LOCAL DE ENCAMINHAMENTO:		
69. Hospital:(1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRBAMHO	<input type="checkbox"/>
70. Serviço de pronto atendimento:(1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRBAMPA	<input type="checkbox"/>
71. Clínica de lactação: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRBAMCL	<input type="checkbox"/>
72. Banco de leite humano: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRBAMBL	<input type="checkbox"/>
73. consulta na própria unidade: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	PRBAMUB	<input type="checkbox"/>
74. outro local: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	PRBAMOT	<input type="checkbox"/>
75. É realizado grupo de apoio à amamentação na unidade? : (1) sim. (2) não.	GRUAM	<input type="checkbox"/>
PROFISSIONAL QUE COORDENA O GRUPO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO		
76. Enfermeira: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRUAMEN	<input type="checkbox"/>
77. Obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRUAMOB	<input type="checkbox"/>
78. Pediatra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRUAMPE	<input type="checkbox"/>
79. Médico de família: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRUAMMF	<input type="checkbox"/>
80. Médico de outra especialidade: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	GRUAMOM	<input type="checkbox"/>
81. Nutricionista: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRUAMNT	<input type="checkbox"/>



82. Odontólogo: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRUAMOD	<input type="checkbox"/>
84. Assistente social: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRUAMAS	<input type="checkbox"/>
85. Técnica/auxiliar de enfermagem: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRUAMAT	<input type="checkbox"/>
86. Agente comunitário de saúde: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRUAMAC	<input type="checkbox"/>
87. Outro profissional: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	GRUAMOP	<input type="checkbox"/>

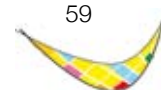
PROFISSIONAIS QUE PARTICIPAM DO GRUPO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

88. Enfermeira: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMEE	<input type="checkbox"/>
89. Nutricionista: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMNT	<input type="checkbox"/>
90. Psicóloga: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMPS	<input type="checkbox"/>
91. Obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMOB	<input type="checkbox"/>
92. Pediatra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMPD	<input type="checkbox"/>
93. Médico de família: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMMF	<input type="checkbox"/>
94. Médico de outra especialidade: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMME	<input type="checkbox"/>
95. Odontólogo:(1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMOD	<input type="checkbox"/>
96. Assistente social?: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMAS	<input type="checkbox"/>
97. Auxiliar/técnico de enfermagem: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMAT	<input type="checkbox"/>
98. Agente comunitário de saúde:(1) sim. (2) não. (8) NSA.	GRAMAC	<input type="checkbox"/>
99. Outro profissional: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	GRAMOT	<input type="checkbox"/>



ATENDIMENTO DE PUERICULTURA

CONSULTAS DE PUERICULTURA REALIZADAS POR:		
100. Pediatra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	CONPEP	<input type="checkbox"/>
101. Médico de família:(1) sim. (2) não. (8) NSA.	CONPEMF	<input type="checkbox"/>
102. Médico de outra especialidade: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	CONPEME	<input type="checkbox"/>
103. Enfermeira pediátrica: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	CONPEEP	<input type="checkbox"/>
104. Enfermeira de outra especialidade ou generalista: (1) sim. Qual? _____ (2) não. (8) NSA.	CONPEEE	<input type="checkbox"/>
105. Outro profissional: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	CONPEOP	<input type="checkbox"/>
106. É realizado visita domiciliar para _____% dos trinômios mãe/filho/família na primeira semana pós-parto. (1) menos de 25. (2) entre 25 e 50. (3) entre 50 e 75. (4) entre 75 e 100%. (5) não é realizada visita domiciliar.	VDTRI	<input type="checkbox"/>
PROFISSIONAL QUE REALIZA A VISITA DOMICILIAR NA PRIMEIRA SEMANA PÓS-PARTO		
107. Agente comunitário de saúde: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	VDACS	<input type="checkbox"/>
108. Enfermeira: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	VDENF	<input type="checkbox"/>
109. Obstetra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	VDOBS	<input type="checkbox"/>
110. Pediatra: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	VDPED	<input type="checkbox"/>
111. Médico de família: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	VDMFA	<input type="checkbox"/>
112. Médico de outra especialidade: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	VDMOE	<input type="checkbox"/>
113. Auxiliar/técnico de enfermagem: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	VDATEN	<input type="checkbox"/>



114. Assistente social: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	VDASSO	<input type="checkbox"/>
115. Outro profissional: (1) sim. Qual? _____ _____ (2) não. (8) NSA.	VDOTPR	<input type="checkbox"/>

DIFICULDADES NO ALEITAMENTO MATERNO

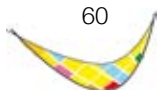
116. A equipe tem dificuldades no atendimento à dupla mãe-bebê com dificuldades no aleitamento materno? (1) sim. (2) não.	DFATMB	<input type="checkbox"/>
---	--------	--------------------------

DIFICULDADES PERCEBIDAS PELA EQUIPE:

117. Área física: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	DFATAF	<input type="checkbox"/>
118. Recursos materiais: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	DFATRM	<input type="checkbox"/>
119. Inexistência de protocolo: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	DFATIP	<input type="checkbox"/>
120. Inexistência de fluxograma de atendimento: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	DFATFA	<input type="checkbox"/>
121. Referência e contrarreferência: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	DFATRC	<input type="checkbox"/>
122. Alta demanda: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	DFATAD	<input type="checkbox"/>
123. Capacitação dos profissionais: (1) sim. (2) não. (8) NSA.	DFATCP	<input type="checkbox"/>
124. Outros fatores: (1) sim. (2) não. (8) NSA. Quais? _____	DFATOU	<input type="checkbox"/>

RECURSOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO QUE A UNIDADE POSSUI

125. Cartazes: (1) sim. (2) não.	AMCAR	<input type="checkbox"/>
126. Folhetos/apostilas: (1) sim. (2) não.	AMFOA	<input type="checkbox"/>
127. Filmes: (1) sim. (2) não.	AMFIL	<input type="checkbox"/>
128. álbum seriado: (1) sim. (2) não.	AMALS	<input type="checkbox"/>
129. Caderno de Atenção Básica: (1) sim. (2) não.	AMCAB	<input type="checkbox"/>
130. Outro material: (1) sim. Qual? _____ (2) não	AMOUT	<input type="checkbox"/>

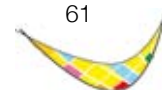


MÉDIAS MENSAIS DE ATENDIMENTOS NA UNIDADE

131. A gestantes em consulta de pré-natal _____ (888) NSA	CONRNR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
132. A gestantes em grupo _____ (888) NSA	CONRND	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
133. A puérperas em consulta _____ (888) NSA	CONRNP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
134. A puérperas em grupo _____ (888) NSA	CONRNMF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
135. Crianças entre 0 e 6 meses incompletos _____	CONRNME	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
136. Crianças entre 6 e 12 meses incompletos _____	CONRNEP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
137. crianças entre 12 e 24 meses incompletos _____	CONRNEE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quais as principais dificuldades das duplas mãe-bebê em relação à amamentação observadas pela equipe da UBS?

Data da entrevista:



APÊNDICE 4 - Questionário sobre dificuldades percebidas pelo profissional

Nome da unidade: _____

Nome do profissional: _____

Categoria profissional: _____

Tempo de formação: _____

Tempo de trabalho em Atenção Básica: _____

Participou de curso sobre aleitamento materno () não () sim. Qual? _____

1. Considerando sua experiência profissional, quais são as principais dificuldades das duplas mãe-bebê que você assiste ou assistiu para amamentar?

2. Quais são as suas principais dificuldades no atendimento relativo ao aleitamento materno?

3. O que você gostaria que fosse discutido na Oficina de Trabalho sobre aleitamento materno?

_____, ____ de _____ de _____.

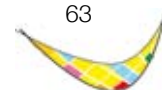
APÊNDICE 5 - Lista de presença na Oficina de Trabalho em AM na Unidade

Nome da unidade: _____

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário: _____

	NOME COMPLETO	ASSINATURA	CATEGORIA FUNCIONAL
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			



APÊNDICE 6 - Avaliação do tutorando

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO

Este instrumento serve de guia para a auto-avaliação e para a avaliação do tutor sobre a prática dos tutorandos na Oficina de Trabalho em AM na UBS.

Esta avaliação é processual e não tem o objetivo de aprovar ou reprovar o tutorando, mas sim levá-lo a refletir sobre sua prática e estimulá-lo a buscar fundamentação teórica e novas oportunidades para a construção de uma práxis cada vez mais competente e intencionalmente problematizadora.

O instrumento é composto por cinco categorias de avaliação que constituem as habilidades essenciais requeridas de um tutor da **Rede Amamenta Brasil**. Elas são analisadas separadamente, porém interagem de forma sistêmica e dinâmica.

1 - Compreensão e aplicação da metodologia crítico-reflexiva

A compreensão dos pressupostos da educação crítico-reflexiva é fundamental para o desenvolvimento da Oficina de Trabalho em AM.

Espera-se que o tutorando tenha competência para:

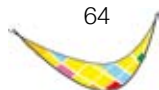
- **problematizar** a realidade;
- **considerar** o conhecimento prévio dos participantes;
- **estimular** a participação de todos;
- **utilizar-se** adequadamente dos momentos de representação, relação e ação, identificando-os posteriormente na sua autoavaliação;
- **construir o conflito cognitivo** utilizando as três operações mentais: **representação** – observar sistematicamente, classificar ideias; **relação** – analisar os fatos e compreender a situação e **ação** – fazer com que o processo anterior de reflexão e compreensão seja a base para a concretização de mudanças. Por exemplo, no final da representação, quando se lista e se classifica a observação da dramatização nos 4 eixos, utilizando-se das questões apresentadas pela equipe. O tutorando deve perceber o **que** mobilizou o grupo (por exemplo, o papel da avó na amamentação, o uso de compressas frias ou quentes no ingurgitamento), mostrando que essas questões serão respondidas a seguir, no momento da relação ou da construção teórica que acontece nas rodas de conversa. Este momento deve levar a uma relação estimuladora;
- **construir sínteses integradora e final** em cada um dos momentos de aprendizagem: na relação, na representação e na ação.

2 - Capacidade de problematizar

Dentre os pressupostos da educação crítico-reflexiva, a problematização da realidade é ferramenta fundamental para a construção de uma aprendizagem significativa.

Espera-se que o tutorando, no que se refere à **capacidade de problematizar**, tenha competência para:

- **reconhecer e valorizar a realidade local e o conhecimento prévio da equipe**, contextualizando-os com a necessidade de construir um novo conhecimento em Aleitamento Materno, atualizado.



- **problematizar a vivência diária no processo de trabalho**, estimulando a participação de todos e valorizando a contribuição de cada um.
- **redirecionar as opiniões divergentes** sem julgamentos.
- **readequirir-se às situações de imprevisibilidade** que surgirem, redirecionando-as de tal forma que não haja perda significativa da sequência de atividades e não comprometa as etapas de aprendizagem propostas na metodologia da **Rede Amamenta Brasil** (representação, relação e ação).

3 – Conhecimento específico em AM

O conhecimento atualizado no manejo do AM é um atributo importante.

Espera-se que o tutorando, no que se refere ao **conhecimento específico em AM**, tenha competência para:

- **discutir os conteúdos atualizados** e as evidências científicas do AM, associando os atributos biológicos aos condicionantes socioculturais.
- **utilizar os exemplos** da prática da equipe para correlacioná-los com a teoria.
- **valorizar** o conhecimento prévio da equipe.
- **remeter-se aos instrumentos preenchidos** pela equipe, sanando as dúvidas e respondendo, na medida do possível, os questionamentos feitos.
- **redirecionar as questões** e comprometer-se em voltar em tempo oportuno para a discussão de tópicos do AM, caso a demanda não possa ser atendida no momento. Se necessário, transferir a responsabilidade para outro tutor.

4 – Abordagem

A abordagem adequada é competência imprescindível para o tutorando.

Espera-se que ele seja capaz de:

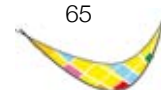
- **utilizar-se de ferramentas do aconselhamento** com a equipe para garantir uma comunicação eficaz.
- **fazer acolhimento** de toda a equipe.
- **utilizar-se de comunicação** verbal e não verbal.
- **demonstrar empatia**.
- **fazer perguntas abertas**.
- considerar valiosa a contribuição de cada participante da oficina.
- não emitir julgamentos.

5 – Comunicação

A comunicação adequada é fundamental para se atingir o objetivo desta oficina, lembrando-se que esta deve ser verbal e não verbal.

O tutorando precisa ter habilidades como:

- ter voz audível.
- expressar-se claramente.
- evitar vícios de linguagem.
- utilizar adequadamente os cartazes e textos.



FICHA DE AVALIAÇÃO DO TUTORANDO

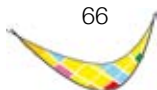
Nome do tutorando: _____

Nome do tutor: _____

Data: ____ / ____ / ____

Instrução: Marque com um X a coluna apropriada para cada item.

ITEM AVALIADO	ADEQUADO	PRECISA APRIMORAR
I - Compreensão e aplicação da metodologia crítico-reflexiva		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Compreendeu adequadamente os conceitos da educação crítico-reflexiva</i> <ul style="list-style-type: none"> – Estimulou a participação de todos – Considerou o conhecimento prévio dos participantes 		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Apropriou-se das diferentes etapas do processo de aprendizagem crítico-reflexiva</i> <ul style="list-style-type: none"> – Demonstrou competência para aplicação das três operações mentais: representação, relação e ação – Demonstrou capacidade de síntese nas diferentes etapas do desenvolvimento das atividades e ao final da oficina 		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estimulou o conflito cognitivo</i> <ul style="list-style-type: none"> – Construiu o conflito cognitivo no final da representação, percebendo o que mobilizou a equipe. 		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Respeitou a sequência das atividades propostas em tempo adequado</i> 		
II - Capacidade de problematizar		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Contextualizou a realidade local</i> 		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Problematizou a prática</i> <ul style="list-style-type: none"> – Resgatou e problematizou a vivência diária da equipe – Acolheu e redirecionou as opiniões equivocadas sem julgamentos 		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Demonstrou sensibilidade para o redirecionamento das atividades</i> 		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Demonstrou capacidade de tomada de decisão</i> <ul style="list-style-type: none"> – Readequou-se às situações de imprevisibilidade, redirecionando-as para o não prejuízo do trabalho 		
III - Conhecimento específico sobre aleitamento materno		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Discutiu os conteúdos atualizados e as evidências científicas sobre aleitamento materno, associando os atributos biológicos com os condicionantes socioculturais</i> • <i>Utilizou com clareza e objetividade os exemplos da prática vivenciada</i> 		



- *Correlacionou os conteúdos teóricos dos textos com a prática e a síntese da representação*
- Apropriou-se dos instrumentos preenchidos anteriormente pela equipe, valorizando-os
- Atendeu às expectativas da equipe apontadas nos instrumentos
- Demonstrou capacidade de síntese no manejo, utilizando o tempo adequadamente
- Remeteu as dúvidas e/ou questões não respondidas para uma nova oportunidade de discussão

IV - Abordagem

- *Utilizou as ferramentas do aconselhamento no relacionamento com os participantes*
- Fez acolhimento de toda a equipe
- Utilizou-se de comunicação não verbal
- Demonstrou empatia
- Fez perguntas abertas
- Não emitiu juízo de valor

V - Comunicação

- *Expressou-se claramente*
- *Usou adequadamente os cartazes e textos*

Comentários do tutorando sobre a atuação do tutor: _____

Assinatura do tutorando: _____

Comentários do tutor sobre a atuação do tutorando: _____

Assinatura do tutor: _____



APÊNDICE 7 - Avaliação da Oficina de Formação de Tutores

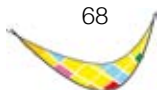
Local de realização: _____ Data: ____ / ____ / ____

Considere os seguintes pontos: conteúdos abordados, metodologia utilizada, material pedagógico, infraestruturas, sequência das atividades teóricas, atividade prática na UBS, organização, instrutores.

Que bom...

Que pena...

Que tal?



APÊNDICE 8 - Reflexão sobre o filme O Óleo de Lorenzo

Qual o resultado da integração dos diversos saberes abordados no filme?

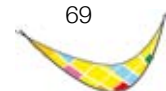
Qual foi a reação das pessoas frente ao novo conhecimento? Como isto acontece no AM?

Comente esta frase: “A ciência ainda não explica, a história já”. Qual a relação entre a história do filme e o AM?

Em vários momentos do filme a mãe é considerada culpada pela doença do filho. Que relação pode existir entre essa situação e o processo de amamentar?

No filme ficam evidentes os interesses políticos e econômicos sobre a doença. Você acha que isso acontece com o aleitamento materno? Como?

Que associação pode ser feita entre o filme, o aleitamento materno e a metodologia problematizadora?



APÊNDICE 9 - Reflexão sobre o filme Sete Minutos

Qual a relação do ator na peça de teatro com a plateia?

Que analogia pode ser feita com a relação entre os tutores e os participantes da oficina sobre AM?

O teatro está apoiado no tripé autor, ator e público. Qual analogia pode ser feita com o profissional, o binômio mãe-filho e a família?

No filme o ator fala: “Queremos a alma de quem vem nos ver, não queremos seu dinheiro... a rede carinhosa da plateia...” Como se toca a alma dos envolvidos no processo de amamentar?

“Mexendo os dedinhos...” e “Cada um tem uma razão para fazer o que faz”: qual a relação com o AM?

De acordo com o filme, o que podemos considerar como novo?

Que associação pode ser feita entre o filme, a abordagem de situações relacionadas ao aleitamento materno e a metodologia problematizadora?



APÊNDICE 10 - Dinâmica da Rede

Objetivo:

Promover a apresentação de cada integrante da oficina.

Expor as expectativas de cada participante.

Demonstrar o conceito de “rede integrada”, que busca um objetivo comum e o equilíbrio entre os interesses individuais.

Material:

– 1 novelo de barbante (fazer um novelo com o barbante retirando o papelão central para que fique mais leve) ou novelo de lã grossa.

– 1 balão colorido.

Desenvolvimento da dinâmica:

1. Todos os participantes devem ficar em pé, dispostos em círculo.
2. O coordenador toma nas mãos o novelo de barbante ou lã e prende a ponta do mesmo em um dos dedos de sua mão.
3. O coordenador apresenta-se brevemente, dizendo quem é, de onde vem, o que faz e qual sua expectativa em relação à oficina em 1(uma) palavra, jogando o rolo para uma das pessoas da roda sem soltar a ponta do barbante.
5. A pessoa que recebe o rolo deve segurar o barbante esticando-o bem, apresentar-se como o participante anterior e jogar o rolo para outro colega da roda, mantendo o barbante firmemente seguro em sua mão.
6. Esse passo é repetido até que todos os componentes da roda tenham recebido o novelo e se apresentado.
7. O último integrante deve jogar o rolo para o membro que iniciou a dinâmica, “fechando a rede”.
8. Os fios da rede formada conectam uns aos outros, como demonstrado na figura de exemplo.





Processamento:

O coordenador deve solicitar que os participantes observem a Rede e façam comentários sobre:

- O que pode ser depreendido da dinâmica
- O que aconteceria se alguém soltasse o barbante

Fechamento:

Após as pessoas realizarem os comentários, o coordenador deverá reforçar a finalidade de um trabalho em rede.

Comentar: “Cada indivíduo desta roda é uma parte que forma um todo. É importante perceber que essas partes estão interligadas, se comunicam, interagem e dependem umas das outras para formar o todo e fazê-lo funcionar adequadamente. Essa é a essência de se trabalhar em equipe. Esta é a **Rede Amamenta Brasil**, a união de todos que possibilita a formação de uma rede e a intercessão dos fios demonstrando a troca de conhecimentos e experiências, formando os nós, que dão sustentação ao processo”.

Opcional:

Encher o balão, colocando-o sobre a trama de fios que forma a rede.

Comentar: “Este balão, que está sendo sustentado pela nossa rede, representa o equilíbrio resultante da interação de cada parte. Para que o balão se mantenha sustentado e equilibrado, é importante que todas as partes colaborem entre si. O todo e cada parte são interdependentes numa totalidade harmônica e funcional, numa oscilação na qual o todo e as partes se mantêm mutuamente”.

- TEMPO SUGERIDO: 1h

APÊNDICE 11 - Dinâmica do Peixe

Objetivo:

Vivenciar uma experiência de criação em equipe que promova a percepção do fazer em conjunto da soma das diferenças, guiado por um protocolo de ações.

Material:

- Papel sulfite em quantidade adequada ao número de participantes (uma folha para cada participante na primeira etapa da dinâmica e uma folha para cada 3 ou 4 participantes na segunda etapa).
- Fita crepe.

Desenvolvimento da dinâmica

Primeira etapa - Parte A (TEMPO SUGERIDO: 10 min)

- Entregar uma folha de papel sulfite para cada participante e solicitar que cada um faça com ela um peixe utilizando apenas as mãos; não usar caneta, lápis, tesoura ou qualquer outro objeto. Pode-se rasgar o papel.
- Solicitar a exposição dos peixes numa parede ou mural da sala, colando-os com fita crepe, formando um grande aquário.
- Informar que ao final das atividades da oficina haverá a segunda etapa da dinâmica.

Segunda etapa - Parte B (TEMPO SUGERIDO: 15 min)

- Solicitar que os participantes formem grupos de 3 ou 4 pessoas e construam coletivamente um peixe utilizando um protocolo – a técnica do origami.
- Distribuir nova folha de papel sulfite para cada grupo, juntamente com as instruções para construção do peixe.
- Salientar a importância da participação de todos no processo de construção.
- Solicitar que, ao finalizarem o peixe, colem-nos na parede ou mural, ao lado dos peixes anteriormente construídos (fornecer fita crepe).

Instruções da técnica de origami para confecção do peixe

Faça um quadrado com a folha de papel sulfite, dobrando uma das pontas da folha na diagonal até a margem oposta da folha, formando um triângulo. Rasgue o pedaço de papel que fica fora do triângulo de forma que, ao abrir, a folha seja quadrada. Utilize apenas o quadrado para confecção do peixe.



1. Dobre o quadrado na diagonal conforme figura 1.

2. Dobre uma das pontas do triângulo formado até que a mesma encontre a base do triângulo, conforme figuras 2 e 3.

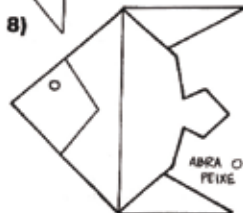
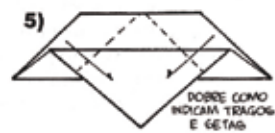
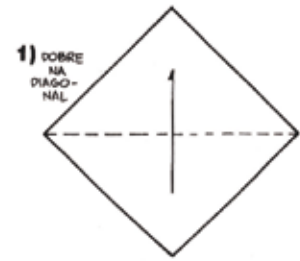
3. Dobre a outra ponta de forma que a mesma ultrapasse a base do triângulo, conforme figura 4.

4. Marque o centro da figura obtida e dobre as bordas de forma que as laterais se encontrem no centro da dobradura, conforme indicam as setas da figura 5.

5. Marque o meio novamente e dobre no sentido mostrado pela seta na figura 6, de forma que os dois lados se juntem.

6. Rasgue (não totalmente) a pontinha menor que ficou embaixo e dobre o excesso, conforme mostra a figura 7.

7. Abra seu peixe, conforme a figura 8 e cole-o no mural ou parede.



Processamento - Parte C (TEMPO SUGERIDO: 10 min)

Observando os aquários formados, solicitar a manifestação das pessoas baseada nos questionamentos a seguir:

- Qual a diferença observada entre fazer o peixe sozinho e fazer em grupo seguindo instruções norteadoras?
- Houve momentos em que foi preciso ceder para alcançar o objetivo?

Fechamento (TEMPO SUGERIDO: 5 min)

Comentar:

- A harmonia do resultado apesar das diferenças individuais.
- O exercício da renúncia do modo de fazer pessoal e da soma das diferenças na experiência do fazer conjunto, guiado por um protocolo de ações.
- O exercício de continuidade ao que o outro iniciou, bem como a fidelidade ao roteiro original.
- Comentar:

“Cada peixe deste aquário é uma parte que forma um todo. É importante perceber que essas partes (peixes) de alguma forma estão interligadas, comunicam-se, interagem e dependem umas das outras para que o aquário tenha vida. Essa é a essência de se trabalhar em equipe. Essa condição favorece o equilíbrio e a conquista de objetivos.

Esta é a **Rede Amamenta Brasil**. É a união de todos que possibilita a construção de um aquário com troca de conhecimentos e experiências, com respeito às diferenças, buscando a harmonia e o equilíbrio resultante da interação de cada parte e de um protocolo de ações.”



APÊNDICE 12 - Planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao AM na UBS a partir da Oficina de Trabalho

Nome da UBS: _____

Local: _____ Data da Oficina: _____

Nome do coordenador da UBS: _____

Tutores responsáveis: _____

Número de participantes: _____ Número de funcionários da UBS: _____

Número de profissionais presentes na Oficina:

Pediatra Obstetra Médico de família Dentista

Agente de Saúde Enfermeira Auxiliar/Técnico de enfermagem

Auxiliar/Técnico de enfermagem Técnico Higiene Dental

Auxiliar de Consultório Dentário Auxiliar administrativo

Auxiliar de serviços gerais Vigilante

Outros. Especificar: _____

	Ação	Para quem	Como fazer	Quem fará	Quando fazer	Material necessário	Previsão de início
Pré-Natal (Exemplo)	Grupo gestantes	Gestantes a partir do 2º trimestre	4 encontros semanais, com 10 gestantes	enfermeira, nutricionista, pediatra	Segundas-feiras das 15h às 16h	Sala com 15 cadeiras	Junho/2008
Pré-Natal							
Pós-Natal							
Comunidade							
Capacitação da Equipe							
Monitoramento							



APÊNDICE 13 - Abordagem/Aconselhamento

Situação 1

USE COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ÚTIL

Uma das pessoas fica sentada e a outra em pé, de braços cruzados, numa posição de superioridade. Com o olhar distante, não interage com a mãe. Aos poucos passa a se preocupar com o tempo, olhando várias vezes para o relógio. Por último, numa atitude inconsequente e sem pedir permissão, toca a mãe, que demonstra expressão de constrangimento e censura.

Grupos A e B analisam a situação apresentada e sugerem intervenções apropriadas para o profissional de saúde, no que diz respeito a:

- Manter o rosto no mesmo nível do rosto da mãe e olhar para a mãe e o bebê, favorecendo a interação e o acolhimento.
- Prestar atenção ao que a mãe relata.
- Remover mesa, cadeira, escrivaninha, computador, para que nenhum mobiliário ou equipamento se interponha entre a mãe e o profissional, prejudicando a interação.
- Dedicar tempo para estar com a mãe e o bebê, evitar olhar para o relógio; é importante a mãe perceber a disponibilidade do profissional em estar com ela.
- Tocar apropriadamente a mãe e o bebê quando a relação de confiança estiver estabelecida e a mãe permitir.

Situação 2

FAÇA PERGUNTAS ABERTAS

Nesta representação, uma das pessoas é a mãe com o bebê no colo e a outra é o profissional de saúde.

O profissional de saúde se aproxima da mãe e pergunta:

- Você já amamentou seu bebê hoje? E ele está mamando direitinho/
- Quando você termina de amamentar, você coloca seu bebê para arrotar?

Grupos A e B analisam a situação apresentada e sugerem perguntas apropriadas, abertas, incentivando a mãe a fornecer maiores informações sobre a pergunta feita.

Exemplo:

- Como você alimentou seu bebê hoje?
- O que você faz quando seu bebê termina de mamar?



Situação 3

USE EXPRESSÃO E GESTOS QUE DEMONSTREM INTERESSE

Neste momento, a pessoa que representa a mãe faz uma pergunta aos profissionais de saúde, que estão conversando. Estes não dão atenção ao questionamento da mãe, não valorizam a sua presença e continuam a conversar entre si.

Grupos A e B analisam a situação apresentada e sugerem a atitude apropriada para a situação.

A mãe faz a pergunta e os profissionais interrompem a sua conversa para prestar atenção à mãe, com olhares direcionados para ela, e expressões que demonstrem acolhimento (balançar a cabeça afirmativamente, sorrir, expressões que indiquem interação): Ah é? Mmm! Ahã!

Situação 4

DEVOLVA COM SUAS PALAVRAS O QUE A MÃE DIZ

Nesta situação, a mãe relata um fato que está lhe preocupando.

Exemplo:

O meu bebê chorou a noite toda.

O profissional, de maneira superficial, diz para a mãe que bebê é assim mesmo.

A mãe sente-se constrangida para continuar a falar sobre o fato.

Grupos A e B analisam a situação apresentada e sugerem a atitude apropriada para a situação apresentada.

A mãe fala: O meu bebê chorou demais a noite toda.

O profissional, numa atitude de interesse pelo relato da mãe, devolve com suas próprias palavras o que a mãe diz:

- Seu bebê chorou muito a noite toda e você passou a noite acordada?
-

Situação 5

DEMONSTRE EMPATIA

Nesta cena, a mãe fala ao profissional de saúde:

Sabe, eu ando tão cansada! O meu bebê quer mamar toda hora.

O profissional de saúde avalia a situação sob o seu ponto de vista e fala:

- Você não deve estar amamentando direito, por isso ele chora.

Grupos A e B analisam a cena e sugerem outra abordagem para a situação apresentada.



À queixa da mãe, o profissional de saúde demonstra empatia, ou seja, tenta se colocar no lugar dela, evita falar palavras que demonstrem julgamento como: certo, errado, bem, mal. Com essa atitude, coloca a mãe no centro da situação e de sua atenção.

Então, dirige-se à mãe e fala:

- Eu posso imaginar como você deve estar se sentindo! Você deve estar preocupada. Vamos ver como você está amamentando seu bebê?
-

Situação 6

CONFIANÇA E APOIO

Nesta apresentação, uma mãe chega à UBS para a consulta de puericultura. Durante a consulta a mãe fala:

Eu vou dar mamadeira para o meu bebê, porque acho que o meu leite é fraco, pois ele é muito ralinho....

O profissional de saúde diz:

- Seu leite nunca é fraco. Você não deve dar mamadeira para o bebê!

Grupos A e B analisam o fato e sugerem outra abordagem para a situação apresentada.

Frente à afirmação da mãe, o profissional de saúde não discorda dela, porém procura uma forma neutra para corrigi-la:

- Eu compreendo a sua preocupação. O leite materno parece ralo no começo da mamada, mas é cheio de nutrientes!
-

Situação 7

RECONHECER, ELOGIAR O QUE A MÃE E O BEBÊ ESTÃO FAZENDO ADEQUADAMENTE

Uma mãe chega à UBS com um bebê mal cuidado, sujo, com odor fétido, feridas na cabeça e no corpo, pediculose, desnutrido, com fralda suja e chorando.

O profissional de saúde fala para mãe:

- Nossa, o que é isto! Como você deixou seu filho ficar assim?

A mãe, sentido-se constrangida e culpada, ameaça ir embora.

Grupos A e B avaliam a situação e propõem uma outra atitude do profissional frente a essa situação. Ao invés de apresentar uma atitude de condenação e julgamento pelo estado da criança, ele deveria se posicionar da seguinte maneira:

- Que bom que você trouxe seu bebê aqui!
-



Situação 8

DAR AJUDA PRÁTICA

Durante um atendimento, a mãe comenta:

Meus peitos estão empedrados! Não estou mais aguentando de dor.

O profissional de saúde fala:

- Ah! Deixa de “manha”, isto é assim mesmo! É só você colocar o bebê no peito que resolve...

Grupos A e B avaliam a situação e propõem uma outra intervenção.

O profissional de saúde sugere:

- Eu posso tentar ajudar. Se você me permitir, vou esvaziar um pouco sua mama e mostrar como você pode fazer em casa para aliviar a dor e facilitar a sucção do bebê.
-

Situação 9

DÊ POUCA E RELEVANTE INFORMAÇÃO

A mãe está em casa, cansada, no 4º dia após cesareana, com dificuldade para colocar o bebê no peito e recebe a visita de rotina da equipe de saúde da família.

Um dos profissionais da equipe diz:

- A senhora sabe que o leite materno é o melhor alimento para o seu bebê? Ele contém todos os nutrientes que o seu filho precisa para crescer forte e sadio.

Tem vitaminas, proteínas, água, tudo pronto! Não precisa esquentar, é grátis.

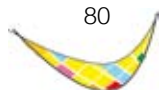
Além disso, protege contra doenças como diarreia, pneumonia, dor de ouvido... É uma verdadeira vacina. E sabia que vai deixar o seu filho mais inteligente? Sem falar das vantagens para a senhora. Seu peso vai voltar mais rápido, suas chances de ter câncer de mama e diabetes vão diminuir, o seu útero vai diminuir de tamanho mais rápido, diminuindo o sangramento e pode ser um método para prevenir gravidez. E tem mais: ele é bom para o planeta, pois o que sobra quando a criança mama no peito é só cocô. Se você der outro leite, o que vai para o ambiente é caixinha, latinha, borracha, plástico, uma meleca.

É importante dizer, ainda, como você deve segurar o seu bebê para dar o peito. Tem que segurar o bebê de frente para você, barriga com barriga, abrindo bem a boca para abocanhar a sua aréola, como uma boquinha de peixe, sabe como é, né? E ainda vou te falar: não acredite se alguém lhe disser que existe leite fraco, é mentira...

Grupos A e B avaliam a situação e fazem algumas considerações:

– Fornecer somente informações importantes para a situação do momento; no caso, observar a pega e corrigir, se necessário.

– Ter bom senso se a mãe estiver cansada ou se já tiver recebido muitas informações.



APÊNDICE 14 - Reflexões sobre os filmes

Filme O Óleo de Lorenzo

Qual o resultado da integração dos diversos saberes abordados no filme?

- Visão da integralidade.
- Importância da comunicação entre os profissionais (referência/contra-referência).
- Compreensão do processo da doença.
- Descoberta da cura.
- Sinergia paciente/cuidador.
- Confiança no profissional e na conduta adotada.
- Valorização da cultura popular.

Qual foi a reação das pessoas frente ao novo conhecimento? Como isto acontece no AM?

- Resistência em aceitar.
- Não ver necessidade de mudar (cultura profissional).
- Necessidade de provar que o novo pode dar certo.

Comente esta frase: “A ciência ainda não explica, a história já”. Qual a relação entre a história do filme e o AM?

- Quando a ciência não dá resposta, as pessoas buscam alternativas.
- Para a ciência o tempo é específico, é necessário seguir protocolos para avançar nas pesquisas.

Em vários momentos do filme, a mãe é considerada culpada pela doença do filho. Que relação pode existir entre essa situação e o processo de amamentar?

- Escolha do momento para ter filhos.
- Gestação planejada ou não planejada.
- Culpabilização da mãe pelo insucesso do AM.
- Por não existir uma causa evidente, surgem conflitos emocionais.

No filme, ficam evidentes os interesses políticos e econômicos em torno da doença. Você acha que isso acontece com o AM? Como?

- Interesses econômicos da indústria, valorizando o consumo.
- Indústrias de leite artificial.

Que associação pode ser feita entre o filme e a metodologia problematizadora?

- A construção de um conhecimento a partir da realidade. É necessário valorizar o conhecimento popular e dos profissionais. O mesmo deve acontecer com o AM.



Filme Sete Minutos

Qual a relação do ator na peça de teatro com a plateia?

- Há uma relação profissional e uma troca. O ator precisa de plateia para exercer sua prática.

Que analogia pode ser feita com a relação dos tutores com os participantes da oficina sobre AM?

- Os tutores precisam da participação de toda a equipe na construção do conhecimento em AM fundamentado na problematização da realidade.

O teatro está apoiado no tripé autor, ator e público. Qual analogia pode ser feita com o profissional, o binômio mãe-filho e a família?

- Autor – profissional.
- Ator – mãe.
- Público – família.

No filme o ator fala: “Queremos a alma de quem vem nos ver, não queremos seu dinheiro... a rede carinhosa da plateia...” Como se toca a alma dos envolvidos no processo de amamentar?

- Acolhimento.
- Aconselhamento.

“Mexendo os dedinhos...” e “Cada um tem uma razão para fazer o que faz”. Qual a relação com o AM?

- Considerar a história e o momento de vida.
- A escuta dos profissionais com relação ao AM.
- Certezas temos muitas, mas é preciso construir um espaço para refletir.

De acordo com o filme, o que podemos considerar como novo?

- “Novo é aquilo que não conheço.”

Qual associação pode ser feita entre o filme, a abordagem de situações relacionadas ao aleitamento materno e a metodologia problematizadora?

- Levar em consideração a história de cada um, o senso comum, os aspectos culturais envolvidos, conhecer a pessoa na sua essência.



APÊNDICE 15 - Avaliação da Oficina de Trabalho em AM na UBS

Local de realização: _____ Data: ___/___/_____

Sua avaliação é muito importante para a Rede Amamenta Brasil.

Que bom...

Que pena...

Que tal?



APÊNDICE 16 - Preparo para a Oficina de Trabalho em AM na UBS

Antes da Oficina:

- Solicitar previamente os índices de AM da UBS.
- Combinar 'café com prosa' com a UBS.
- Solicitar o fechamento das UBS por pelo menos 6 horas.
- Solicitar o preenchimento dos instrumentos:

Apêndice 3 – Caracterização da unidade e atividades desenvolvidas na área de saúde da mulher e da criança (1 para cada UBS).

Apêndice 4 – Questionário sobre dificuldades percebidas pelos profissionais (1 para cada funcionário).

- Providenciar local apropriado para realização da Oficina (arejado com cadeiras removíveis e que comporte o número de funcionários da unidade). Caso o número de funcionários da unidade ultrapasse 25, o local deverá constar de mais 1 sala para 20 pessoas.

Materiais necessários:

- Flip-chart ou local para escrever e fixar papel craft ou cartazes (8 folhas).
- Folhas de papel sulfite (3 por funcionário).
- 6 pincéis atômicos (2 de cada cor).
- 1 rolo fita crepe.
- Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.
- textos de apoio – 1 cópia para cada 2 funcionários.
- Álbum seriado do MS (quando disponível).
- Mama cobaia e boneca (quando disponível).
- Cartaz com definições de AM, índices nacionais e locais.
- Cópia da dinâmica do peixe – 1 folha para cada 5 funcionários.



ANEXOS

*“A boquinha se abre obedecendo à fome”.
A mãe a aperta contra o seio.
A busca chegou ao fim: há o encontro..
A boca suga, o leite escorre; tem início a mágica operação.
O corpo apreende seu primeiro prazer,
que será metáfora de todos os outros...”*

RUBEM ALVES



ANEXO 1 – PORTARIA Nº 2.799, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2008.

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil.

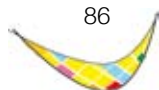
O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida em 2008, definidos pela Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, entre os quais estabelece a redução da mortalidade materna e infantil; Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que estabelece como princípios da Atenção Básica a universalidade, a acessibilidade, a integralidade, o vínculo, a responsabilização, a equidade, a humanização, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado; Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 8 de março de 2004, que visa monitorar o cumprimento das ações de proteção à saúde da criança e da mulher; Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial o quarto Objetivo, cuja meta é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 e 2015; Considerando a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS/2006, que revela que os índices de aleitamento materno no Brasil estão bem abaixo do recomendado; Considerando ser o aleitamento materno importante estratégia de vínculo entre mãe e filho e de proteção e promoção da saúde da criança e da mãe, cujo sucesso tem implicação direta na redução da mortalidade materna e infantil; Considerando a existência da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Rede de Bancos de Leite Humano como marcos importantes da promoção do aleitamento materno com foco na atenção hospitalar; e Considerando a necessidade de fomentar as ações de promoção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil.

Parágrafo único. A Rede Amamenta Brasil se constitui numa estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde.

Art. 2º A Rede Amamenta Brasil será formada pelo conjunto das unidades básicas de saúde que cumprirem os critérios de inclusão definidos no Caderno de Tutores a ser publicado pela Rede.

Art. 3º A Rede Amamenta Brasil será desenvolvida de forma articulada com a Rede de Bancos de Leite Humano, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal e com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e contará com a participação de um representante de cada uma dessas instituições.



Art. 4º A Rede, ora instituída, será coordenada, em âmbito nacional, pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em conjunto com o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, e, em âmbito estadual e municipal, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

§ 1º À coordenação nacional compete dar apoio técnico aos Estados e Municípios na consecução da Rede, acompanhar as atividades das Redes Estaduais e certificar as Unidades Básicas de Saúde que cumprirem os critérios de inclusão, de acordo com critérios definidos em ato específico a ser editado.

§ 2º À coordenação estadual compete dar apoio técnico aos Municípios na consecução da Rede e acompanhar as atividades das Redes Municipais.

§ 3º À coordenação municipal compete dar apoio técnico às Unidades Básicas de Saúde para sua inclusão na Rede, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno das unidades básicas de saúde certificadas.

Art. 5º Para fins de monitoramento e avaliação dos indicadores de aleitamento materno, nas unidades básicas de saúde, pela Rede Amamenta Brasil, será utilizado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.

Art. 6º O Regimento Interno, para o funcionamento articulado da Rede Amamenta Brasil, será publicado em portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde, no prazo de 30 dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO



ANEXO 2 – ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DA AMAMENTAÇÃO¹

*Lilian Mara Consolin Poli de Castro
Lylían Dalete Soares de Araújo*

Compreender o processo da amamentação para além de suas determinações hormonais e fisiológicas e avaliar seu sucesso não somente pelos aspectos meramente técnicos da pega e da ordenha correta, é o grande desafio para os profissionais de saúde. O paradigma atual da amamentação, ancorado em uma visão biologicista e fragmentada, precisa ser superado. Quando há dificuldades na amamentação, é muito comum supor que seja por uma incapacidade da mulher que amamenta, no entanto, é importante salientar que o desmame precoce tem ocorrido mesmo em mulheres com acesso à informação.

As mulheres atualmente têm pouca vivência pessoal e familiar com a amamentação, se comparadas com suas mães e principalmente avós. Estas, pertencentes a famílias numerosas, com muitos irmãos e primos que moravam perto, tinham mais oportunidades de verem mães e tias amamentando, ajudando a cuidar dos irmãos menores.

O número de filhos diminuiu, as famílias em geral se encontram menos, moram em cidades maiores, e suas mães (que serão as avós) geralmente trabalham fora e poderão dar menos suporte e retaguarda. Além disso, há 20 anos o marketing do leite em pó e das mamadeiras, sem o controle atual, influenciava ainda mais as mães daquela época, que hoje, como avós, têm pouca experiência para compartilhar.

O ato de amamentar envolve a tomada de decisão da mulher, sua vontade e desejo de amamentar. É um momento em que a mulher faz uma revisão de seus vários papéis sociais, coloca em movimento a integralidade do ser mulher, estabelecendo modificações importantes em seu viver.

O papel da família nesse processo tem sido muitas vezes influente e/ou determinante na tomada de decisão da mulher em como alimentar seu filho. A família fornece orientações à mãe sobre a melhor prática alimentar a ser implementada com a criança. Cada família tem uma história de vida que vai sendo construída e perpetuada ao longo do tempo, constituindo-se a base dos ensinamentos, crenças e valores repassados a seus membros. Dessa forma, cada família e cultura têm suas próprias orientações sobre a prática do aleitamento materno e/ou alimentação da criança.

Quando nasce uma criança, os parentes desempenham alguns papéis com intuito de ajudar a mulher e seu filho nessa fase delicada da vida. Junto com essa ajuda, vêm também formas de cuidar específicas de cada família que são influenciadas por culturas diferentes. Através desse cuidar a família transmite as práticas e orientações que cada uma carrega, calcadas em sua própria história de vida.

1. CASTRO, LMCP de, ARAÚJO, LDS de. Aspectos socioculturais da amamentação. In: _____ Aleitamento materno: manual prático. 2.ed. Londrina:PML, 2006. Cap. II, p. 37-40.



Vários fatores influenciam a prática do aleitamento materno: a história familiar, o estado emocional da mulher que amamenta, assim como o apoio dos serviços de saúde, do trabalho, da comunidade, da mídia e da família. A mulher que amamenta necessita de um espaço para expor seus medos, temores, prazeres e dúvidas para conseguir equilíbrio que possibilite a amamentação.

As razões para não amamentar são multifatoriais e determinadas pelos fatos e possibilidades da realidade concreta de cada mulher. Segundo Almeida (1999, p.51) o grande desafio que se apresenta para o AM no Brasil neste momento talvez seja “a capacidade de compatibilizar os determinantes biológicos com os condicionantes sócio-culturais, os quais configuram a amamentação como um híbrido natureza-cultura”.

O aleitamento materno deve ser tratado como resultante de fenômenos regidos pelas leis da ciência e dos homens, simultaneamente. A amamentação assume diferentes práticas, comportamentos e significados entre as várias culturas, determinados conforme as épocas e os costumes.

O fato de não considerar o AM como um ato social, com significados e representações, regulado por normas sociais e pela história de vida de cada mulher, pode ser a causa do desmame precoce. A construção de um novo olhar sobre o processo de amamentação começa por reconhecer a mulher que amamenta como protagonista no seu processo de amamentar, dando-lhe voz e vez.

O processo do Aleitamento Materno deve ser compreendido como um processo político e social, na medida em que é um ato compartilhado e, portanto, regulado pela sociedade que imprime sua ideologia. É uma opção da mulher, determinada por suas condições concretas de vida.

É preciso considerar o AM em todos os seus aspectos, construir uma rede sociobiológica que não separe mais os aspectos biológicos dos sociais, culturais e históricos, considerando a amamentação não apenas como biologicamente determinada, mas também socioculturalmente condicionada.

O grande desafio dos profissionais de saúde, hoje, é compreender que o ato de amamentar não acontece com pessoas abstratas, mas com pessoas concretas, inseridas num contexto real de vida, e por isso a prática de cada um de nós deve ser crítica, intencional e compromissada com a transformação qualitativa da realidade, além de teoricamente fundamentada e clinicamente competente.

O profissional de saúde deve identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural familiar e, a partir desta compreensão, cuidar da mulher que amamenta e de sua família. É necessário que ele esteja comprometido em buscar formas de interagir com a população para que assim possa conscientizá-la quanto à importância de se adotar uma prática saudável de aleitamento materno, pois esta prática deve ser aprendida e apoiada. Ele deve ainda estar adequadamente preparado para prestar um cuidado e uma assistência competente, solidária, integral e contextualizada com as possibilidades, os desejos e a história de vida de cada mulher.



Portanto, as dimensões técnica e emocional devem aliar-se no estímulo ao AM. Para tanto, é preciso ter consciência do seu significado e possibilidade para cada mulher, competência necessária para orientá-la e apoiá-la na superação de seus medos e dificuldades, e sensibilidade para valorizar e solidarizar-se com suas dores e inseguranças.

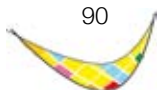
REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, João A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, João A. G. de; GOMES, Romeu. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rev. Latino Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 71-76, jun., 1998.

ARAÚJO, Lylían D.S. de. **Querer/Poder Amamentar: uma questão de representação?**. Londrina : ed. UEL, 1997.

POLI, Lilian M.N. . **O Processo de aleitamento materno na perspectiva do cuidado cultural da enfermagem**. Curitiba, 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Paraná.



ANEXO 3 - OUVIR, ENTENDER E ORIENTAR

Mauren T. G. Mendes Tacla²

A amamentação é fundamental para a saúde e desenvolvimento das crianças e importante para a saúde das mães, sendo que os profissionais de saúde têm papel chave na sua manutenção. Para que isto ocorra, é necessário desenvolver, nesses profissionais, habilidades de aconselhamento e apoio.

É importante ressaltar que ‘aconselhar’ não significa dizer à mulher o que ela deve fazer. Significa, isto sim, ajudá-la a decidir o que é melhor para ela e a adquirir autoconfiança. No entanto, antes de aconselhá-la é preciso ouvi-la e entender como ela se sente. Só assim, os profissionais de saúde podem, de fato, ajudar as mães no processo de amamentação.

A mulher que amamenta

- Perde facilmente a confiança em si mesma.
- Pode responder às pressões da família e dos amigos dando mamadeira a seu filho.

Portanto, é preciso ter habilidade para ajudá-la a se sentir confiante e bem consigo mesma. A confiança pode ajudar a mãe a ter sucesso na amamentação e a ajuda a resistir às pressões de outras pessoas.

Também é importante não fazer com que a mulher sinta que fez algo errado. Ela facilmente acredita que existe algo errado com ela mesma ou com seu leite, ou que ela não está se saindo bem em seu papel de mãe.

É necessário evitar dizer o que fazer à mulher que amamenta. Ao invés disso, ajude cada mãe a decidir por si mesma o que é melhor para ela e seu bebê. Isto também aumenta sua confiança.

Ouvir e aprender

A mãe que amamenta pode ter dificuldade em falar sobre os seus sentimentos. O profissional de saúde precisa ouvi-la e fazer com que sinta que está interessado nela. Assim, será estimulada a falar mais.

Para isso, é necessário atentar para alguns pontos:

Use comunicação não verbal útil:

- Manter a cabeça no mesmo nível que a da mãe;
- Prestar atenção;
- Remover barreiras (mesa, papéis);

2. TACLA, MTGM. Ouvir, entender e orientar. In: CASTRO, LMCP de, ARAÚJO, LDS de, org.. **Aleitamento materno: manual prático**. 2.ed. Londrina:PML, 2006. Cap. V, p. 37-40.



- Dedicar tempo, sem pressa;
- Tocar apropriadamente (a mãe ou o bebê).

Faça perguntas abertas:

- São geralmente mais úteis e para respondê-las a mãe tem que dar alguma informação;
- Em geral começam por: “Como? Quê? Quando? Onde? Por quê?” Como você está alimentando seu bebê?

Uso de expressões e gestos que demonstram interesse:

- Olhe para ela, balance a cabeça afirmativamente e sorria. Use expressões: “Ah é?!” “Mmm” “Aha!”

Devolva com suas palavras o que a mãe diz:

- Devolva a questão à mãe refletindo o que ela diz. Isso mostra que você entendeu e pode incentivá-la a falar mais. Se a mãe refere que o bebê chorou demais à noite, você pode responder com uma pergunta: “Seu bebê fez você ficar acordada porque chorou a noite toda?”

Demonstre empatia:

- Demonstramos empatia quando verbalizamos entender como ela se sente, colocando a mãe no centro da situação e de nossa atenção. É diferente de simpatia, pois neste caso você vê a situação do seu ponto de vista.

- Quando a mãe relata que a causa do seu cansaço é o fato do bebê querer mamar toda hora, o profissional de saúde, para demonstrar empatia pode responder: “Você anda se sentindo muito cansada?”

Evite palavras que soam como julgamento:

- Evite estas palavras: certo, errado, bem, mau, suficiente, apropriado. Você pode fazer a mãe se sentir errada ou que há algo errado com o bebê.
- Não diga: “O bebê dorme bem?” Ao invés disso diga: “Como o bebê tem dormido?”

Confiança e apoio

O profissional de saúde deve aceitar e respeitar o que a mãe sente. Portanto, não discorde dela, isso pode fazer com que a mulher se sinta errada. Também não concorde com uma idéia equivocada, responda de uma forma neutra.

Respeitamos o que a mãe pensa, por exemplo, quando ela diz que precisa dar mamadeira porque seu leite é fraco e respondemos dizendo que entendemos sua preocupação com o seu leite.

Algumas vezes podemos dar uma informação para corrigir o que a mãe pensa de forma delicada. Quando ela afirma que seu leite é fraco, podemos responder que “o leite materno sempre parece ralo no começo da mamada, mas é cheio de nutrientes”.



Reconhecer e elogiar o que a mãe e o bebê estão fazendo certo

– É sempre útil reconhecer e elogiar quando o bebê está indo bem. Por exemplo, ganhando peso ou sugando bem.

– Isto aumenta a confiança da mãe e encoraja-a a continuar estas boas práticas. Facilita que ela aceite sugestões depois.

– Quando, aparentemente, não houver nada a ser elogiado, lembre-se de valorizar o fato dela ter levado seu filho para a UBS, ambulatório ou hospital.

Dar ajuda prática

Este é um aspecto de extrema relevância em nossa habilidade de dar apoio à mulher que amamenta. Dentre as suas várias aplicações, estes são alguns exemplos rotineiros:

– Aliviar o ingurgitamento e colocar o bebê para sugar;

– Ajudá-la a encontrar uma posição confortável para amamentar colocando travesseiros ou trocando de cadeira;

– Segurar o bebê por alguns minutos.

Dê pouca e relevante informação

A informação dada deve ser importante para a situação daquele momento. Dê poucas informações de cada vez. Especialmente se ela estiver cansada e já tiver recebido muitas orientações.

Concluindo

Aconselhamento é uma forma de trabalhar com as pessoas. Você procura entender como elas se sentem e as ajuda a decidir o que fazer. Vale destacar que essas habilidades são úteis em outras situações, tanto profissionais quanto pessoais.

REFERÊNCIAS

OMS. **Aconselhamento em amamentação**: um curso de treinamento. 1995. (Guia do Treinador).



ANEXO 4 – RECEITA PARA COMER QUEIJO³

Rubem Alves

A Adélia Prado me ensina pedagogia. Diz ela: “Não quero faca nem queijo; quero é fome”. O comer não começa com o queijo. O comer começa na forme de comer queijo. Se não tenho fome, é inútil ter queijo. Mas, se tenho fome de queijo e não tenho queijo, eu dou um jeito de arranjar um queijo.

Sugeri, faz muitos anos, que, para entrarem numa escola, alunos e professores deveriam passar por uma cozinha. Os cozinheiros bem que podem dar lições aos professores. Foi na cozinha que a Babette e a Titã realizaram suas feitiçarias... Se vocês, por acaso, ainda não as conhecem, tratem de conhecê-las: a Babette, no filme **A festa da Babette**, e a Titã, no filme **Como água para chocolate**. Babette e Titã, feiticeiras, sabiam que os banquetes não se iniciam com a comida que se serve. Eles se iniciam com a fome. A verdadeira cozinheira é aquela que sabe a arte de produzir fome...

Quando vivi nos Estados Unidos, minha família e eu visitávamos, vez por outra, uma parente distante, nascida na Alemanha. Seus hábitos germânicos eram rígidos e implacáveis. Não admitia que uma criança se recusasse a comer a comida que era servida. Meus dois filhos, meninos, movidos pelo medo, comiam em silêncio. Mas eu me lembro de uma vez em que, voltando para casa, foi preciso parar o carro para que vomitassem. Sem fome, o corpo se recusa a comer. Forçado, ele vomita.

Toda experiência de aprendizagem se inicia com uma experiência afetiva. É a fome que põe em funcionamento o aparelho pensador. Fome é afeto. O pensamento nasce do afeto, nasce da fome. Não confundir afeto com beijinhos e carinhos. Afeto, do latim **affecare**, quer dizer “ir atrás”. O afeto é o movimento da alma na busca do objeto de sua fome. É o eros platônico, a fome que faz a alma voar em busca do fruto sonhado.

Eu era menino. Ao lado da pequena casa em que eu morava havia uma casa com um pomar enorme que eu devorava com os olhos, olhando sobre o muro. Pois aconteceu que uma árvore, cujos galhos chegavam a dois metros do muro, se cobriu de frutinhas que eu não conhecia. Eram pequenas, redondas, vermelhas, brilhantes. A simples visão daquelas frutinhas vermelhas provocou o meu desejo. Eu queria comê-las. E foi então que, provocada pelo meu desejo, minha máquina de pensar se pôs a funcionar. Anote isto: o pensamento é a ponte que o corpo constrói a fim de chegar ao objeto do seu desejo.

Se eu não tivesse visto e desejado as ditas frutinhas, minha máquina de pensar teria permanecido parada. Imagine que a vizinha, ao ver os meus olhos desejantes sobre o muro, com dó de mim me tivesse dado um punhado das ditas frutinhas, pitangas. Nesse caso também minha máquina de pensar não teria funcionado. Meu desejo teria se realizado por

3. ALVES, Rubem. *Ao professor, com o meu carinho*. Campinas: Verus Editora, 2004. 62p.



meio de um atalho sem que eu tivesse tido necessidade de pensar. Anote isso: se o desejo for satisfeito, a máquina de pensar não pensa. Assim, realizando-se o desejo, o pensamento não acontece. A maneira mais fácil de abortar o pensamento é realizando o desejo. Esse é o pecado de muitos pais e professores que ensinam as respostas antes que tivesse havido perguntas.

Provocada pelo meu desejo, minha máquina de pensar me fez uma primeira sugestão, criminosa. “Pule o muro à noite e roube as pitangas.” Furto, fruto, tão próximos... Sim, de fato era uma solução racional. O furto me levaria ao fruto desejado. Mas havia um senão: o medo. E se eu fosse pilhado no momento do meu furto? Assim, rejeitei o pensamento criminoso, pelo seu perigo. Mas o desejo continuou, e minha máquina de pensar tratou de encontrar outra solução: “Construa uma maquineta de roubar pitangas”. McLuhan nos ensinou que todos os meios técnicos são extensões do corpo. Bicicletas são extensões das pernas, óculos são extensões dos olhos, facas são extensões das unhas. Uma maquineta de roubar pitangas teria de ser uma extensão do braço. Um braço comprido, com cerca de dois metros. Peguei um pedaço de bambu. Mas um braço comprido de bambu sem uma mão seria inútil: as pitangas cairiam. Achei uma lata de massa de tomates vazia. Amarrei-a com um arame na ponta do bambu. E lhe fiz um dente, que funcionasse como um dedo que segura. Feita a minha máquina apanhei todas as pitangas que quis e satisfiz meu desejo. Anote isso: conhecimentos são extensões do corpo para a realização do desejo.

Imagine agora que eu, mudando-me para um apartamento no Rio de Janeiro, tivesse a idéia de ensinar ao menino meu vizinho a arte de fabricar maquinetas de roubar pitangas. Ele me olharia com desinteresse e pensaria que eu estava louco. No prédio não havia pitangas para serem roubadas. A cabeça não pensa aquilo que o coração não pede. Anote isso: conhecimentos que não são nascidos do desejo são como uma maravilhosa cozinha na casa de um homem que sofre de anorexia. Homem sem fome: o fogão nunca será aceso. O banquete nunca será servido. Dizia Miguel de Unamuno: “Saber por saber: isso é humano...” A tarefa do professor é a mesma da cozinheira: antes de dar faca e queijo ao aluno, provocar a fome... Se ele tiver fome, mesmo que não haja queijo, ele acabará por fazer uma maquineta de roubar queijos. Toda tese acadêmica deveria ser isto: uma maquineta de roubar o objeto que se deseja...



ANEXO 5 – ERA UMA VEZ⁴

Helen Buckley

Era uma vez um menino bastante pequeno que contrastava com a escola bastante grande.

Uma manhã, a professora disse:

– Hoje nós iremos fazer um desenho.

“Que bom!”- pensou o menino.

Ele gostava de desenhar leões, tigres, galinhas, vacas, trens e barcos... Pegou a sua caixa de lápis-de-cor e começou a desenhar.

A professora então disse:

– Esperem, ainda não é hora de começar!

Ela esperou até que todos estivessem prontos.

– Agora, disse a professora, nós iremos desenhar flores.

E o menino começou a desenhar bonitas flores com seus lápis rosa, laranja e azul.

A professora disse:

– Esperem! Vou mostrar como fazer.

E a flor era vermelha com caule verde

– Assim, disse a professora, agora vocês podem começar.

O menino olhou para a flor da professora, então olhou para a sua flor. Gostou mais da sua flor, mas não podia dizer isso... Virou o papel e desenhou uma flor igual à da professora.

Era vermelha com caule verde

Num outro dia, quando o menino estava em aula ao ar livre, a professora disse:

– Hoje nós iremos fazer alguma coisa com o barro.

– “Que bom!” - pensou o menino.

Ele gostava de trabalhar com barro. Podia fazer com ele todos os tipos de coisas: elefantes, camundongos, carros e caminhões. Começou a juntar e amassar a sua bola de barro.

Então, a professora disse:

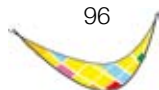
– Esperem! Não é hora de começar!

Ela esperou até que todos estivessem prontos.

– Agora, disse a professora, nós iremos fazer um prato.

“Que bom!” – pensou o menino.

4. <http://www.meusinho.trix.net/reflexoes/048.htm> Acesso em 27/11/2008.



Ele gostava de fazer pratos de todas as formas e tamanhos.

A professora disse:

– Esperem! Vou mostrar como se faz. Assim, agora vocês podem começar.

E o prato era um prato fundo

O menininho olhou para o prato da professora, olhou para o próprio prato e gostou mais do seu, mas ele não podia dizer isso.

Fez um prato fundo, igual ao da professora.

E muito cedo o menininho aprendeu a esperar e a olhar e a fazer as coisas exatamente como a professora.

E muito cedo ele não fazia mais coisas por si próprio.

Então aconteceu que o menininho teve que mudar de escola.

Essa escola era ainda maior que a primeira.

Um dia a professora disse:

– Hoje nós vamos fazer um desenho.

“Que bom!”- pensou o menininho e esperou que a professora dissesse o que fazer.

Ela não disse. Apenas andava pela sala.

Então foi até o menininho e disse:

– Você não quer desenhar?

– Sim, e o que é que nós vamos fazer?

– Eu não sei, até que você o faça.

– Como eu posso fazê-lo?

– Da maneira que você gostar.

– E de que cor?

– Se todo mundo fizer o mesmo desenho e usar as mesmas cores, como eu posso saber o que cada um gosta de desenhar?

– Eu não sei . . .

E então o menininho começou a desenhar

uma flor vermelha com o caule verde



ANEXO 6 - PEDAGOGIA DA AUTONOMIA: SABERES NECESSÁRIOS À PRÁTICA PEDAGÓGICA⁵ (RECORTES)

Paulo Freire

A Educação “Bancária”

Quanto mais analisamos as relações educador-educandos, na escola, em qualquer de seus níveis (ou fora dela), parece que mais nos podemos convencer de que estas relações apresentam um caráter especial e marcante – o de serem relações fundamentalmente narradoras, dissertadoras.

Narração de conteúdos que, por isto mesmo, tendem a petrificar-se ou a fazer-se algo quase morto, sejam valores ou dimensões concretas da realidade. Narração ou dissertação que implica num sujeito – o narrador – e em objetos pacientes, ouvintes – os educandos.

Há uma quase enfermidade da narração. A tônica de educação é preponderantemente esta – narrar, sempre narrar.

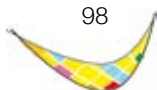
Falar da realidade como algo parado, estático, compartimentado e bem comportado, quando não falar ou dissertar sobre algo completamente alheio à experiência existencial dos educandos vem sendo, realmente, a suprema inquietação desta educação. A sua irrefreada ânsia. Nela, o educador aparece como seu indiscutível agente, como o seu real sujeito, cuja tarefa indeclinável é “encher” os educandos dos conteúdos de sua narração. Conteúdos que são retalhos da realidade desconectados da totalidade em que se engrenam e em cuja visão ganhariam significação. A palavra, nestas dissertações, se esvazia da dimensão concreta que devia ter ou se transforma em palavra oca, em verbosidade alienada e alienante. Daí que seja mais som que significação e, assim, melhor seria não dizê-la.

Por isto mesmo é que uma das características desta educação dissertadora é a “sonoridade” da palavra e não sua força transformadora. Quatro vezes quatro, dezesseis. Pará, capital Belém, que o educando fixa, memoriza, repete, sem perceber o que realmente significa quatro vezes quatro. O que verdadeiramente significa capital, na afirmação, Pará, capital Belém. Belém para o Pará e Pará para o Brasil.

A narração, de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em “vasilhas”, em recipientes a serem “enchidos” pelo educador. Quanto mais vá “enchendo” os recipientes com seus “depósitos”, tanto melhor o educador será. Quanto mais se deixem docilmente “encher”, tanto melhores educandos serão.

Desta maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante.

5. FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.



Em lugar de comunicar-se, o educador faz “comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção “bancária” da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los. Margem para serem colecionadores ou fichadores das coisas que arquivam. No fundo, porém, os grandes arquivados são os homens, nesta (na melhor das hipóteses) equivocada concepção “bancária” da educação. Arquivados, porque, fora da busca, fora da práxis, os homens não podem ser. Educador e educandos se arquivam na medida em que, nesta distorcida visão da educação, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros. Busca esperançosa também.

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro.

O educador, que aliena a ignorância, a mantém em posição fixa, invariável. Será sempre o que sabe enquanto os educandos serão sempre os que não sabem. A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processos de busca.

O educador se põe frente aos educandos como sua antinomia necessária. Reconhece, na absolutização da ignorância daqueles, a razão de sua existência. Os educandos, alienados, por sua vez, à maneira do escravo na dialética hegeliana, reconhecem em sua ignorância a razão da existência do educador, mas não chegam a descobrirem-se educadores do educador.

Na verdade, como mais adiante discutiremos, a razão de ser da educação libertadora está no seu impulso inicial conciliador. Daí que tal forma de educação implique na superação da contradição educador-educandos, de tal maneira que se façam ambos, simultaneamente, educadores e educandos.

Na concepção “bancária” que estamos criticando, para a qual a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos, não se verifica nem pode se verificar esta superação. Pelo contrário, refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da “cultura do silêncio”, a “educação bancária” mantém e estimula a contradição.

Daí, então, que nela:

- a) o educador é o que educa; os educandos, os que são educados;
- b) o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem;
- c) o educador é o que pensa; os educandos, os pensados;
- d) o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente;
- e) o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados;
- f) o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos, os que seguem a prescrição;
- g) o educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de que atuam, na atuação do educador;



h) o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele;

i) o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que se opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele;

j) o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos.

Se o educador é o que sabe, se os educandos são os que nada sabem, cabe àquele dar, entregar, levar, transmitir o seu saber aos segundos. Saber que deixa de ser de “experiência feita” para ser de experiência narrada ou transmitida.

Não é de estranhar, pois, que nesta visão “bancária” da educação os homens sejam vistos como seres da adaptação, do ajustamento. Quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria e sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos.

Quanto mais se lhes imponha passividade, tanto mais ingenuamente, em lugar de transformar, tendem a adaptar-se ao mundo, à realidade parcializada nos depósitos recebidos.

Na medida em que esta visão “bancária” anula o poder criador dos educandos ou o minimiza, estimulando sua ingenuidade e não sua criticidade, satisfaz aos interesses dos opressores: para estes, o fundamental não é o desnudamento do mundo, a sua transformação. O seu “humanitarismo”, e não humanismo, está em preservar a situação de que são beneficiários e que lhes possibilita a manutenção de sua falsa generosidade a que nos referimos no capítulo anterior. Por isso mesmo é que reagem, até instintivamente, contra qualquer tentativa de uma educação estimulante do pensar autêntico, que não se deixa emaranhar pelas visões parciais da realidade, buscando sempre os nexos que prendem um ponto a outro, ou um problema a outro.

Na verdade, o que pretendem os opressores “é transformar a mentalidade dos oprimidos e não a situação que os oprime”, e isto para que, melhor adaptando-os a esta situação, melhor os dominem.

Para isto se servem da concepção e da prática “bancárias” da educação, a que juntam toda uma ação social de caráter paternalista, em que os oprimidos recebem o nome simpático de “assistidos”. São casos individuais, meros “marginalizados”, que discrepam da fisionomia geral da sociedade, que precisa, por isto mesmo, ajustá-los a ela, mudando-lhes a mentalidade de homens ineptos e preguiçosos.

Como marginalizados, “seres fora de” ou “à margem de”, a solução para eles estaria em que fossem “integrados”, “incorporados” à sociedade sadia de onde um dia “partiram”, renunciando, como trânsfugas, a uma vida feliz...

Sua solução estaria em deixarem a condição de “seres fora de” e assumirem a de “seres dentro de”.



Na verdade, porém, os chamados marginalizados, que são os oprimidos, jamais estiveram **fora de**. Sempre estiveram **dentro de**. Dentro da estrutura que os transforma em “seres para outro”. Sua solução, pois, não está em “integrar-se”, em “incorporar-se” a esta estrutura que os oprime, mas em transformá-la para que possam fazer-se “seres em si”.

Este não pode ser, obviamente, o objetivo dos opressores. Daí que a “educação bancária”, que a eles serve, jamais possa orientar-se no sentido da conscientização dos educandos.

Na educação de adultos, por exemplo, não interessa a esta visão “bancária” propor aos educandos o desvelamento do mundo, mas, pelo contrário, perguntar-lhes se “Ada deu o dedo ao urubu”, para depois dizer-lhes enfaticamente, que não, que “Ada deu o dedo à arara”.

A questão está em que, pensar autenticamente, é perigoso. O estranho humanismo desta concepção “bancária” se reduz à tentativa de fazer dos homens o seu contrário – o autômato, que é a negação de sua ontológica vocação de Ser Mais.

O que não percebem os que executam a educação “bancária”, deliberadamente ou não (porque há um sem-número de educadores de boa vontade, que apenas não se sabem a serviço da desumanização ao praticarem o “bancaísmo”) é que nos próprios “depósitos” se encontram as contradições, apenas revestidas por uma exterioridade que as oculta. E que, cedo ou tarde, os próprios “depósitos” podem provocar um confronto com a realidade em devenir e despertar os educandos, até então passivos, contra a sua “domesticação”.

A sua “domesticação” e a da realidade, da qual se lhes fala como algo estático, pode despertá-los como contradição de si mesmos e da realidade. De si mesmos, ao se descobrirem, por experiência existencial, em um modo de ser inconciliável com a sua vocação de humanizar-se. Da realidade, ao perceberem-na em suas relações com ela, como devenir constante.

É que, se os homens são estes seres da busca e se sua vocação ontológica é humanizar-se, pode, cedo ou tarde, perceber mantê-los e engajar-se na luta por sua libertação.



1 - A Mobilização em Questão

A mobilização corresponde a uma sensibilização para o conhecimento, a criar uma atitude favorável à aprendizagem. A mobilização refere-se à carga energética colocada no ato de conhecer. É como que um chaveamento existencial (liga/desliga) que tem que ser vencido para se dar o conhecimento. Este chaveamento tem a ver com as necessidades, interesses, afetividade, desejos, ideologias, sentidos, etc. É preciso uma “temperatura afetiva”, uma espécie de “catalisador do processo de construção do conhecimento”, “aquecer” a relação para que possa ocorrer mais interação: disposição de energias físicas e psíquicas para o ato de conhecer. O sujeito só aprende dentro de um vínculo afetivo. O desenvolvimento é inaugurado pela afetividade e não pela inteligência.

... Situação orientadora inicial: é a criação de uma situação motivadora, aguçamento da curiosidade, colocação clara do assunto, ligação com o conhecimento e a experiência que o aluno traz, proposição de um roteiro de trabalho, formulação de perguntas instigadoras.

- Importância da Abordagem

Por que a aproximação ao objeto de conhecimento é tão decisiva? Se o homem fosse simples razão, não seria preciso a preocupação com o processo de aproximação, de abordagem do objeto de conhecimento. Ocorre que, além de razão, somos afetivos, estéticos, sociais, econômicos, etc. Devemos lembrar que a consciência é determinada, ainda que não mecanicamente, pela existência; se queremos, pois, a educação da consciência, temos que levar em conta a existência concreta do sujeito de conhecimento, para interagir com ela, através de uma nova prática social onde o sujeito participe, abrindo possibilidades de mudança de sua consciência.

1.1. Significação

Para que o sujeito se debruce, coloque sua atenção sobre o objeto, esse deve ter um significado, ainda que mínimo num primeiro momento. Aqui se encontra a primeira grande preocupação que o educador deve ter na construção do conhecimento: a proposta de trabalho deverá ser significativa para o educando, sendo esta uma condição para a mobilização para o conhecimento. Se a mobilização é a meta, a significação é o caminho.

Numa primeira aproximação, poderíamos dizer que a significação é o processo de vinculação ativa do sujeito aos objetos de conhecimento – sobre os quais ele dedica sua

6. VASCONCELOS, C.S. Construção do conhecimento em sala de aula. São Paulo:Libertad,1999. (Cadernos pedagógicos do Libertad; 2).



atenção – e a conseqüente construção do sentido dos mesmos no sujeito. Condição para haver essa vinculação, é o objeto de conhecimento estar relacionado a alguma **necessidade** do sujeito e ser elaborada uma **representação**. A aprendizagem significativa depende, pois, além do nível de representação, da carga afetiva envolvida.

Para aprender, a pessoa precisa querer, ou de forma mais precisa, deve sentir **necessidade**. Se a simples enunciação do objeto de conhecimento fosse suficiente para mobilizar a atenção do sujeito sobre o objeto, grande parte do problema pedagógico estaria resolvida. Mas, normalmente, não é isto que ocorre. Significar um objeto de conhecimento, para que o sujeito se debruce sobre ele, implica uma ação educativa no sentido de **provocar, desafiar, estimular, ajudar** o sujeito a estabelecer uma relação pertinente com o objeto, que corresponda, em algum nível, à **satisfação de uma necessidade** sua, mesmo que essa necessidade não estivesse tão consciente de início.

Precisamos entender aqui ‘necessidade do sujeito’ no sentido bem amplo e radical, qual seja, relacionada a qualquer uma das suas dimensões enquanto ser humano, a saber: intelectual, afetiva, ética, física, lúdica, estética, espiritual, econômica, política, social, cultural. A tarefa do educador é ajudar o educando a tomar consciência das necessidades postas pelo social, colaborar no discernimento de quais são as essenciais e na articulação delas com o objeto de conhecimento em questão.

... A função da Mobilização é trazer à tona, ativar elementos (que o sujeito já tem em sua representação) correlatos, pertinentes, relacionados ao objeto de estudo. Isto para facilitar “acoplamentos”, conexões, enfim, novas relações. Quanto maior a necessidade de conhecer, mais representações prévias são ativadas no cérebro, possibilitando, por consequência, maior número de relações.

1.2. Dialética da Mobilização

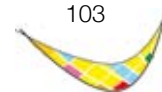
Numa primeira visão da motivação no processo educacional, considerava-se que era o professor que motivava o aluno; posteriormente, passou-se a considerar que a motivação era interna (intrínseca) e que, portanto, o responsável por ela era o próprio aluno. Hoje temos uma compreensão mais abrangente, que supera essas concepções dicotômicas da motivação. Parafraseando P. Freire, podemos afirmar que:

- Ninguém motiva ninguém. Ninguém se motiva sozinho.
- Os homens se motivam em comunhão, mediados pela realidade.

...Numa visão ingênua, acredita-se que a motivação do aluno vem da “novidade” (computador, vídeo, laboratório, jeito diferente de dar aula, local diferente, etc.). ... Quando a pessoa está sintonizada com a proposta de trabalho, ela abre seus canais de percepção e reflexão, permitindo acontecer interações e assimilação de novos elementos, ocorrendo aprendizagem.

Articulação realidade-objeto-mediação

A fim de propiciar a ação consciente e voluntária do educando, essencialmente, a ação



do educador também o deve ser. Desta forma, para se estabelecer a metodologia dialética de trabalho é preciso por parte do professor (estrutura da ação humana consciente):

– conhecer a realidade do grupo, para ver suas redes de relações, necessidades; para que possa estabelecer a mobilização, deve levar em conta a realidade, o prático social em que o trabalho educativo se acha inserido;

– ter clareza dos objetivos; saber o que quer, aonde quer chegar;

– buscar as mediações apropriadas, estabelecer uma prática pedagógica para o grupo (o homem se transforma a partir da sua prática, a partir da sua interação com o mundo).

Vejamos um pouco mais de perto cada uma dessas exigências.

Conhecer (e atuar a partir da) a realidade

... A mobilização é função da realidade do sujeito de conhecimento, que, por sua vez, só pode ser compreendida no contexto da realidade social maior em que o sujeito está inserido. Portanto, se queremos efetivamente buscar a mobilização, precisamos resgatar a realidade concreta desse sujeito...Para isto, de início, o professor tem que **aprender** com seus alunos.

Ter clareza de objetivos

O educador deve ter clareza dos objetivos que pretende atingir com seu trabalho. Não estamos nos referindo aqui à formulação mecânica de objetivos, trata-se de preocupar com a sua **intencionalidade**.

Para ensinar o latim a João, todos sabem hoje que é indispensável conhecer o latim e o João. Mas mais ainda: é preciso saber por que é que se deseja que João aprenda latim, como é que a aprendizagem do latim o irá ajudar a situar-se no mundo de hoje – numa palavra, quais são os fins visados pela educação.

... O específico do educador, neste sentido, não se restringe à informação que oferece, mas exige sua inserção num projeto social, a partir do qual desenvolve a capacidade de **desafiar**, de **provocar**, de **contagiar**, de **despertar** o desejo, o interesse, a vida no educando, a fim de que possa se dar a interação educativa e a construção do conhecimento, bem como a instrumentalização, de forma que o educando possa continuar autonomamente a elaboração do conhecimento.

Deverá agir como “facilitador das relações” e “problematizador das situações”. É indispensável que o educador domine o conteúdo e domine muito bem, para saber onde é importante dar ênfase, relacionar, criar, selecionar e organizar (caso contrário ele seria um simples “animador”). Deve ter convicções de que aquilo que está propondo é relevante para os educandos, além de ter a tranquilidade de ter feito com antecedência o plano de trabalho.

O papel do educador, dessa forma, não seria apenas de ficar passando informações, mas de provocar no outro a **abertura para a aprendizagem** e de **colocar meios** que possibilitem e direcionem esta aprendizagem. A provocação para a aprendizagem tem a ver com a



sensibilidade para com as pessoas a quem se dirige, com o significado que aquilo tem para ele, bem como a correlação que tem com a existência. Trata-se de acompanhar a caminhada do educando na sua relação com o conhecimento, estando atento às nuances, às situações, ao grau de interação.

Em se tratando de uma educação participativa, onde se busca a construção da significação, essa exigência de clareza de objetivos não pode ficar restrita ao educador, a não ser num primeiro momento de organização do trabalho pedagógico. O aluno deve ter objetivos também, para que sua ação seja **intencional**. O trabalho de aprendizagem deve ser “o resultado de um movimento que tem origem na consciência que se dirige ao mundo para aprendê-lo”.

A meta a ser alcançada e desenvolvida é a prática pedagógica significativa. Dialeticamente, o professor deve confrontar **realidade** e **objetivo**, visando a realização de uma **prática** consciente, ativa e transformadora, que supere o viés reprodutivista (fazer acriticamente o sempre se fez) ou idealista (ficar nas idéias e não alterar a realidade). Essa prática consciente do professor irá se desdobrar nas três dimensões (Mobilização, Construção e Expressão).

Mediação do objeto de conhecimento

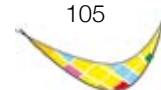
... Dependendo da qualidade de mediação do objeto, pode-se favorecer mais ou menos o conhecimento. Pela palavra do professor pode trazer o mundo para dentro da sala de aula (questão da linguagem); esta é uma capacidade admirável, mas ambígua, pois o professor pode se perder nas palavras, no discurso, empobrecendo ou dificultando o acesso à realidade mesma em estudo.

Nesta primeira dimensão do método pedagógico, o sujeito deve ter um contato com o objeto de conhecimento na sua totalidade, pois esta percepção inicial é que guiará todo o trabalho posterior de construção do conhecimento pela análise e síntese. Trata-se de uma circunstância não tanto de conceitos claros e precisos, mas de se explorar a riqueza de estímulos motivadores e de significações. A significação plena só se dará com a construção e síntese do conhecimento.

a) Levantamento das representações do grupo

A mobilização é o momento de se **solicitar a visão/concepção** que os alunos têm a respeito do objeto (senso comum, síncrese). ...Em função da grande quantidade de informações que o aluno recebe, está muito comum o professor propor um assunto e o aluno dizer: “eu já sei”, quando, na verdade, “ouviu falar”, ou seja, tem algumas informações desconexas superficiais.

O educador deverá entender o educando, seu ponto de vista, para saber como ajudá-lo na construção do conhecimento (seja pelo estabelecimento de contradição, pela problematização, etc.) Para isto, os educandos devem ter espaço (físico e psicológico) para expressão do que sabem, pensam, sentem, a respeito do objeto de conhecimento. Conhecer a realidade dos educandos implica em fazer um mapeamento, um levantamento



das representações do conhecimento dos alunos sobre o tema de estudo. Este espaço é importante, pois podem aparecer concepções equivocadas que, se não forem trabalhadas no sentido de uma superação, funcionarão como *obstáculos epistemológicos* na aprendizagem.

Não é possível ensinar sem aprender. Não é possível ensinar nada sem conhecer a realidade vivida por esse grupo com o qual o educador vai trabalhar. Como é que alguém de fora poderá saber que configuração tem essa situação-problema? Que instrumento o grupo já possui para enfrentá-la e que instrumentos ainda não possui e tem interesse e necessidade de adquirir?

Deve-se buscar o vínculo com as representações que o sujeito tem, com sua prática, suas necessidades, interesses, representações, valores, experiências, expectativas, problemas que se colocam, etc., como forma de ter pontos de articulação com o conhecimento a ser construído.

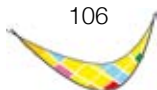
À medida que uma situação de conhecimento vai se dando, o sujeito, participando ativamente, vai procurar fazer relações com aquilo que ele sabe, seja para corrigir, iniciar novas relações, expandir um pouco o já sabido. Quando não há estrutura de assimilação para o novo conhecimento, este pode ficar armazenado na memória por um determinado período de tempo, se ao menos foi entendido em termos de código. Se depois de algum tempo não for ligado a alguma estrutura cognitiva (rede de relações significativas), cairá no esquecimento (perde-se o acesso a ele).

Levar em conta o conhecimento anterior do aluno não é, pois, um diletantismo pedagógico, uma “demagogia”; não pode ser uma estratégia para simplesmente aumentar a “participação”, o envolvimento do aluno com a aula; nem tampouco para saber “em que nível o aluno se encontra”, no sentido de saber se pode ou não dar um conteúdo novo. É uma questão muito mais profunda – de ordem epistemológica -, que remete aos fundamentos mesmo do processo de conhecimento na perspectiva dialética, a saber:

- Se conhecer é estabelecer relações, o conhecimento anterior é a base para estas relações;
- O caráter histórico do conhecimento: assim como na evolução da ciência, não se trata de fazer “tábula rasa” do conhecimento anterior; ao contrário, há que se tornar o conhecimento estabelecido como ponte para o avanço do conhecimento;
- A possibilidade de entrar em contradição com o conhecimento atual do educando, visando uma superação.

b) Interação coletiva

O educador tem um papel importantíssimo, uma vez que, apesar de ser impotente quanto à aprendizagem – feito o que tinha que fazer só resta esperar a interação entre o sujeito e o objeto -, tem como função ser o articulador de todo o processo de conhecimento em sala de aula. Assim sendo, sua atividade deve ser tal que consiga a **predominância de um clima favorável à interação**; dificilmente vai conseguir de todos os elementos, mas deve lutar para garantir este clima, em termos hegemônicos, que é próprio para o trabalho pedagógico. Deve-



se levar em conta que a construção do conhecimento em sala de aula exige um certo grau de construção do sujeito, e esta necessita da construção do coletivo, base de toda construção. ...Aqui se percebe a importância da organização da coletividade.Pela participação dos alunos, cria-se uma rede de mobilização, não ficando só polarizada no professor.

Conclusão

É importante destacar que não basta a mobilização inicial para se estabelecer o vínculo significativo no processo de conhecimento. Também, e principalmente, na fase subsequente é fundamental que se mantenha uma relação consciente e ativa com o objeto de conhecimento, o que exige uma prática pedagógica que, no seu conjunto, seja significativa para o sujeito.



Quando eu era menino, na escola as professoras me ensinaram que o Brasil estava destinado a um futuro grandioso porque as suas terras estavam cheias de riquezas: ferro, ouro, diamantes, florestas e coisas semelhantes. Ensinaram errado. O que me disseram equivale a predizer que um homem será um grande pintor por ser dono de uma loja de tintas. Mas o que faz um quadro não é a tinta: são as idéias que moram na cabeça do pintor. São as idéias dançantes na cabeça que fazem as tintas dançarem sobre a tela.

Por isso, sendo um país tão rico, somos um povo tão pobre, somos pobres em ideias. Não sabemos pensar. Nisto nos parecemos com os dinossauros, que tinham excesso de massa muscular e cérebros de galinha. Hoje nas relações de troca entre os países, o bem mais caro, o bem mais cuidadosamente guardado, o bem que não se vende, são as ideias. É com as ideias que o mundo é feito. Prova disso são os tigres asiáticos, Japão, Coréia, Formosa, que pobres de recursos naturais, se enriqueceram por ter se especializado na arte de pensar.

Minha filha me fez uma pergunta: “O que é pensar?”. Disse-me que esta era uma pergunta que o professor de filosofia havia imposto à classe. Pelo que lhe dou os parabéns. Primeiro, por ter ido diretamente à questão essencial. Segundo, por ter tido a sabedoria de fazer a pergunta, sem dar a resposta. Porque se tivesse dado a resposta, teria com ela cortado as asas do pensamento. O pensamento é como a águia que só alça voo nos espaços vazios do desconhecido. Pensar é voar sobre o que não se sabe. Não existe nada mais fatal para o pensamento que o ensino das respostas certas. Para isso existem as escolas: não para ensinar as respostas, mas para ensinar as perguntas. As respostas nos permitem andar sobre a terra firme. Mas somente as perguntas nos permitem entrar pelo mar desconhecido.

E, no entanto, não podemos viver sem respostas. As asas, para o impulso inicial do vôo, dependem dos pés apoiados na terra firme. Os pássaros, antes de saber voar, aprendem a se apoiar sobre os seus pés. Também as crianças, antes de aprender a voar têm de aprender a caminhar sobre a terra firme.

Terra firme: as milhares de perguntas para as quais as gerações passadas já descobriram as respostas. O primeiro momento da educação é a transmissão desse saber. Nas palavras de Roland Barthes: “Há um momento em que se ensina o que se sabe...” E o curioso é que este aprendizado é justamente para nos poupar da necessidade de pensar.

As gerações mais velhas ensinam às mais novas as receitas que funcionam. Sei amarrar os meus sapatos, automaticamente, sei dar o nó na minha gravata automaticamente: as mãos fazem o trabalho com destreza enquanto as idéias andam por outros lugares. Aquilo que um dia eu não sabia me foi ensinado; eu aprendi com o corpo e esqueci com a cabeça. E a condição para que as minhas mãos saibam bem é que a cabeça não pense sobre o que elas estão fazendo. Um pianista que, na hora da execução, pensa sobre os caminhos que seus

7. ALVES, RUBEM *Ao professor com o meu carinho*. Campinas: Verus, 2004. 2p.



dedos deverão seguir, tropeçará fatalmente. Há a história de uma centopeia que andava feliz pelo jardim, quando foi interpelada por um grilo: “Dona centopeia, sempre tive a curiosidade sobre uma coisa: quando a senhora anda, qual, dentre as suas cem pernas, é aquela que a senhora movimenta primeiro?”. “Curioso”, ela respondeu. “Sempre andei, mas nunca me propus esta questão. Da próxima vez, prestarei atenção”. Termina a história dizendo que a centopeia nunca mais voltou a andar.

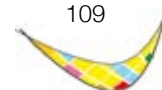
Todo mundo fala, e fala bem. Ninguém sabe como a linguagem foi ensinada e nem como ela foi aprendida. A despeito disso, o ensino foi tão eficiente que não preciso pensar em falar. Ao falar, não sei se estou usando um substantivo, um verbo ou um adjetivo, e nem me lembro das regras da gramática. Quem, para falar, tem que se lembrar dessas coisas, não sabe falar. Há um nível de aprendizado em que o pensamento é um estorvo. Só se sabe bem com o corpo aquilo que a cabeça esqueceu. E assim escrevemos, lemos, andamos de bicicleta, nadamos, pregamos prego, guiamos carros: sem saber com a cabeça, porque o corpo sabe melhor. É um conhecimento que se tornou parte inconsciente de mim mesmo. E isso me poupa do trabalho de pensar o já sabido. Ensinar, aqui, é inconscientizar.

O sabido é o não pensado, que fica guardado, pronto para ser usado como receita, na memória deste computador que se chama cérebro. Basta apertar a tecla adequada para que a receita apareça no vídeo da consciência. Aperto a tecla moqueca. A receita aparecerá no meu vídeo cerebral: panela de barro, azeite, peixe, tomate, cebola, coentro, cheiro-verde, urucum, sal, pimenta, seguidos de uma série de instruções sobre o que fazer.

Não é coisa que eu tenha inventado. Me foi ensinado. Não precisei pensar. Gostei. Foi para a memória. Esta é a regra fundamental desse computador que vive no corpo humano: só vai para a memória aquilo que é objeto do desejo. A tarefa primordial do professor: seduzir o aluno para que ele deseje e, desejando, aprenda.

E o saber fica memorizado de cor – etimologicamente, no coração -, à espera que o teclado deseje de novo o chame de seu lugar de esquecimento.

Memória: um saber que o passado sedimentou. Indispensável para se repetir as receitas que os mortos nos legaram. E elas são boas. Tão boas que nos fazem esquecer que é preciso voar. Permitem que andemos pelas trilhas batidas. Mas nada têm a dizer sobre os mares desconhecidos. Muitas pessoas, de tanto repetir as receitas, metamorfosearam-se de águias em tartarugas. E não são poucas as tartarugas que possuem diplomas universitários. Aqui se encontra o perigo das escolas: de tanto ensinar o que o passado legou – e ensinou bem – fazem os alunos se esquecer de que o seu destino não é passado cristalizado em saber, mas um futuro que se abre como vazio, um não-saber que somente pode ser explorado com as asas do pensamento. Compreende-se então, que Barthes tenha dito que, seguindo-se ao tempo em que se ensina o que se sabe, deve chegar o tempo em que se ensina o que não se sabe.



João Aprigio Guerra de Almeida¹

Por que é importante falar sobre o leite humano?

Em uma manhã de domingo, ao ler as manchetes de primeira página de um jornal de circulação nacional, mais uma vez constatamos que a globalização é um fato e que a informação flui com uma velocidade espantosa através dos meios de comunicação de massa, mas que nem por isso a emissão de poluentes diminuiu, ao contrário, aumentou e os problemas ecológicos continuam a se agravar. Em destaque, verificamos a chamada para uma matéria que aborda o crescimento do contraste social, evidenciando como a fome, que leva à desnutrição, convive com a superalimentação, responsável pela obesidade, todos estes casos em um mesmo bairro de classe média na cidade do Rio de Janeiro. Um pouco mais abaixo, ainda na primeira página, as estratégias praticadas na década de 80 para conter o avanço do *Vibrião* que causa a cólera são lembradas pelo jornalista, que dá destaque ao *Dengue* como a principal epidemia do novo milênio.

Na sessão de economia, a preocupação com a dívida externa divide espaço com as novas estratégias das empresas multinacionais que comercializam leites para recém-nascidos, que optaram pelo caminho da importação dos produtos que fabricam na Europa e América do Norte. Já na coluna de defesa do consumidor, um episódio de intoxicação de crianças menores de um ano, que fizeram uso de um determinado produto alimentício, se transformou numa importante chamada para os riscos das alergias e intolerâncias alimentares. Por fim, no caderno saúde, encontramos uma interessante matéria sobre um estudo dinamarquês acerca do quociente de inteligência de seus jovens e os fatores que determinam o seu aumento ou sua diminuição, bem como o impacto destas tendências sobre o futuro daquele país.

Mas a esta altura, você já deve estar se perguntando o que tem isso tudo a ver com a nossa conversa sobre o leite humano. Globalização, meios de comunicação, informação, poluição, ecologia, fome, desnutrição, obesidade, cólera, dengue, epidemias, economia, mercado externo, estratégias de *marketing*, alergia alimentar, desenvolvimento do quociente de inteligência e a construção de um projeto de estado nação para o futuro. Onde o leite humano entra nessa história? Como encontrar um nexo entre todas estas coisas e o líquido branco-opaco que a mãe secreta de suas mamas para cumprir a singela tarefa de alimentar o seu filho?

Em verdade, este fluido biológico traça uma fina rede capaz de interligar e dar um sentido singular a todas essas questões aparentemente díspares, hibridizando-as e transformando-as em partícipes de uma mesma trama, a trama da ecologia do desenvolvimento humano.

Esse caráter híbrido do leite humano, cuja importância nos remete a necessidade de melhor compreender as diferentes questões que permeiam o desenvolvimento humano, desde a mais tenra idade, se mostra evidente na leitura do mesmo jornal, cujo caderno saúde traz um

8. ALMEIDA, JAG de A rede sociobiológica desenhada pelo leite humano. In: CASTRO, LMCP de, ARAÚJO, LDS de, org.. *Aleitamento materno: manual prático*. 2.ed. Londrina:PML, 2006. Cap. I, p. 28-36



artigo escrito por um especialista que trata de alguns aspectos relacionados à amamentação, o qual transcrevemos a seguir:

O crescimento populacional, associado a conceitos sociais complexos, vem demonstrando a necessidade do desenvolvimento de tecnologia para garantir tanto a quantidade como a qualidade de alimentos para a população. Estas exigências tornam-se ainda mais acentuadas quando se trata de recém-nascidos e, particularmente, daqueles que são prematuros e os que nascem com baixo peso. Nestas situações, em particular, o alimento muitas vezes se transforma em um fator de sobrevivência.

A excelência do leite humano como alimento exclusivo nos seis primeiros meses de vida não constitui motivo de dúvida, sendo cada vez mais imposta à medida que suas propriedades se tornam mais conhecidas e que, por sua vez, cada uma delas reflete o cumprimento das exigências nutricionais e particularidades fisiológicas do metabolismo da criança. Dentre os fatores de superioridade do leite humano figuram a sua melhor digestibilidade, sua composição química balanceada, a ausência de princípios alergênicos, a proteção de infecções que confere ao organismo da criança, o favorecimento do desenvolvimento do quociente de inteligência do bebê, além do baixo custo. Em resumo, a amamentação é a melhor maneira de alimentar o bebê, constituindo base para efeitos biológicos e emocionais no desenvolvimento da criança (Almeida, 1999).

Ao escrever esse texto, o especialista nos oferece mais do que um importante conjunto de conhecimentos sobre o leite. Ele em verdade nos fornece uma luz, talvez a luz do fim do túnel da suposta falta de nexos entre o singelo fluido branco-opaco e todas estas coisas aparentemente imiscíveis, mas que assim como nas páginas do jornal, caminham sempre juntas, se misturam e tomam conta do cotidiano, invadindo as nossas vidas sem qualquer tipo de consentimento prévio.

Assim, de posse do conhecimento que a ciência nos oferece, utilizando-o como um foco para iluminar o caminho na busca do nexo que se estabelece entre o leite humano e os diferentes fenômenos e fatos sociais elencados em nossa conversa, voltemos ao jornal.

O leite humano na prevenção da desnutrição e obesidade

A desnutrição proteico-energética e a obesidade que assolam crianças menores de um ano em um bairro de classe média, diz a manchete. Em verdade, tanto a desnutrição como a obesidade, apesar de se manifestarem de forma distinta no organismo humano, ambas se originam na mesma causa, ou seja, o erro alimentar. A quantidade e a qualidade do alimento ingerido devem ser adequadas a cada faixa etária do desenvolvimento humano. Assim, quando oferecemos alimentos que não sejam capazes de suprir as necessidades nutricionais demandadas, o resultado é a desnutrição. Por outro lado, quando a oferta supera as necessidades do organismo, a obesidade é inevitável.

Mais uma vez você deve estar se perguntando – e o leite humano? O que tem afinal o leite a ver com isso? O leite humano é fluido “vivo”, ímpar, que contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas e água na exata proporção que o bebê precisa. Estas substâncias não se fazem presentes em quantidades fixas como nos produtos que são embalados comercialmente



e que habitam as prateleiras dos supermercados. A mama não é uma embalagem, mas sim uma grande fábrica, brilhantemente gerenciada pela interação mãe-filho, numa verdadeira gestão participativa, que permite ajustar a composição do produto em cada mamada às diferentes exigências nutricionais do bebê. O processo é evolutivo e os ajustes se sucedem de forma progressiva, garantindo uma perfeita sintonia entre alimento ofertado e demandado ao longo dos seis primeiros meses de vida do bebê. Por essa razão, crianças que recebem exclusivamente leite humano nos seis primeiros meses de vida, em regime de livre demanda, ou seja, através de mamadas em momentos estabelecidos por sua própria vontade e não com horários prefixados, não correm o risco de desnutrir ou de se transformarem em obesos.

Mas, além disso, a relação entre a obesidade e o leite humano merece alguns comentários adicionais. Em uma sociedade na qual o consumo é a palavra de ordem, proliferam os apelos em favor da utilização de produtos industrializados na alimentação de crianças menores de um ano de idade. Apesar de o conhecimento científico evidenciar que este não é o melhor caminho, muitos engodos mercadológicos são armados para atrair o consumidor desinformado, evocando pseudovantagens decorrentes de propriedades miraculosas em suas fórmulas. Dentre as muitas verdades nunca ditas por estes fabricantes em suas campanhas promocionais, reside o fato da grande maioria destes produtos serem formulados a partir do leite de vaca, que mesmo transformado em pó, continua sendo leite de vaca e como tal, contendo nutrientes que a natureza sabiamente desenhou para prevenir a desnutrição e a obesidade no filho da vaca, ou seja, no bezerro.

Nesse ponto da nossa conversa, vale destacar um estudo que fizemos quase vinte anos atrás. Nessa pesquisa estávamos interessados em comparar a composição de nutrientes dos leites de diferentes espécies de mamíferos. Para tanto, estudamos a composição do leite das seguintes fêmeas: rata, jumenta, porca, égua, ovelha, cabra e vaca, todas submetidas a um regime alimentar controlado, com nutrientes balanceados e em quantidades compatíveis com as suas necessidades individuais. Nossos resultados revelaram que a composição do leite de cada espécie de mamífero, guarda uma relação direta com a taxa de crescimento do filhote. A título de exemplo, vale destacar os teores de proteína encontrados para os leites de rata, de vaca e da mulher, que foram em média de 12%, 3,5% e 0,9%, respectivamente. O teor encontrado no leite humano, por ser mais baixo que os demais, pode aparentar uma desvantagem, em face da importância do conteúdo proteico de um alimento. Contudo, não se pode desconsiderar que estes teores são ajustados para a velocidade de crescimento da cria de cada espécie. Ou seja, o tempo gasto para dobrar o peso de nascimento é diferente: enquanto o bebê demanda mais de um mês, o bezerro o faz em alguns dias e o rato em poucas horas. Assim, trocar inadvertidamente o leite entre as espécies significa um sério risco alimentar cujo resultado seria obrigatoriamente a desnutrição ou a obesidade.

A substituição do leite humano por fórmulas infantis, além de outros comentários que podem ser feitos, traz consigo o risco da obesidade. Por mais que os fabricantes utilizem em sua propaganda, argumentos como “*maternizado, modificado, ajustado às necessidades*”, dentre outros, não se pode perder de vista que a grande maioria destes produtos utiliza como base de suas formulações o leite bovino, que originalmente foi desenhado pela glândula mamária da vaca, para atender às necessidades e peculiaridades fisiológicas do organismo do bezerro.



Cada mamada é uma vacina?

No início da década de oitenta, quando foi despertado o nosso interesse em estudar as questões relacionadas à amamentação e mais particularmente ao leite humano, éramos, por assim dizer, o que no meio acadêmico se denomina profissionais de bancada. Trabalhávamos no laboratório, mergulhados no interior do leite humano, numa crescente busca de suas propriedades ímpares. Bactérias, vírus, nutrientes, moléculas, dentre outros, representavam novos desafios para o conhecimento, que, por sua vez, era o combustível que nos impulsionava naquela vida de laboratório.

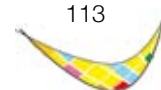
Em meio à visão de mundo que nos era possível à época, certa vez fomos convidados a participar de uma reunião com um grupo de mães em processo de amamentação, para conversar sobre o leite humano. Por mais incrível que possa parecer, aquela oportunidade representou um dos mais importantes desafios de nossa vida profissional – conversar com a mulher que vive a amamentação. A forma como as vivências foram apresentadas, logo de início nos permitiu entender que o maior desafio não era o de construir o conhecimento e registrá-lo nas páginas dos livros, mas sim, o que seria possível fazer a partir daí. Como extraí-lo das páginas e disponibilizá-lo para a sociedade? Uma daquelas mães, que funcionou como verdadeira mestre naquele momento, nos mostrou um caminho formulando uma pergunta – Eu posso dizer que o leite humano funciona como uma vacina?

Em resposta a esta dúvida, vale lembrar que há mais de duas décadas é conhecido no meio científico o fato de o leite humano ser muito mais do que uma coleção de nutrientes. Trata-se de um fluido biológico vivo de grande complexidade, capaz de estimular de forma adequada o desenvolvimento do sistema de defesa do organismo do bebê, protegendo-o de infecções e alergias.

Além da efetiva ação que exerce contra diarreia, cólera, dengue, inúmeras viroses, otites, infecções respiratórias, dentre outras, o leite humano apresenta em sua composição substâncias que funcionam como fatores de defesa originalmente desenvolvidos para atender às necessidades da mãe, mas que terminam por beneficiar o bebê, como que em um processo de transferência de uma memória sociobiológica. A mulher, ao longo de sua vida, entra em contato com germes patogênicos entéricos nos diferentes lugares em que viveu ou vive, contra os quais cria defesas e constrói assim uma memória imunológica. Esta competência adquirida por seu organismo, de se defender de germes nocivos à saúde, é transferida a seu filho através do leite humano.

Esta visão da dinâmica protetora exercida pelo leite humano, mais do que permitir afirmar que cada mamada funciona como uma espécie de vacina, nos possibilita entender como este fluido, que nos maravilha a cada dia com as novas descobertas sobre as oportunidades sociais de seu uso, se insere de forma inigualável na ecologia do desenvolvimento humano.

O desafio que aflorou no grupo de mães no início da década de oitenta persiste. Ou seja, continuar perseguindo o fio condutor da rede desenhada pelo leite humano, que reúne em sua malha todas estas coisas confusas, conferindo-lhes um nexos comum.



Como o leite é produzido?

O processo de produção do leite é muito complexo e por mais incrível que possa parecer ele tem início no momento em que a mulher engravida, pois a partir da concepção, começam a ocorrer transformações importantes no organismo, voltadas para garantir o alimento do bebê após o parto. Nesta fase, as mamas vão se preparando progressivamente para adquirir capacidade de sintetizar leite e em geral, no último trimestre de gestação, já estão prontas para entrar em funcionamento, mas isso normalmente não ocorre, devido à presença de um conjunto de substâncias que circulam pelo corpo através do sangue, os chamados *esteróides sexuais placentários*⁹, que impedem que a mama entre em funcionamento antes do momento adequado, retardando assim o processo de síntese do leite humano, conhecido como *lactação*¹⁰.

No momento do parto ocorre a saída da placenta e com ela também saem de cena os *esteróides sexuais placentários*, deixando, por assim dizer, o caminho livre para que a *lactação* tenha início. A partir de então, uma importante substância tem a sua quantidade aumentada no sangue – a *prolactina*¹¹. Um dos principais fatores responsáveis pela instalação e manutenção da lactação, a prolactina depende de estímulos externos para permanecer em níveis elevados na circulação sanguínea e sua presença é indispensável no processo de síntese do leite.

Todo o leite que a mulher produz resulta de um conjunto de mecanismos complexos de transferência dos constituintes de seu sangue para o leite, através das *glândulas mamárias*. Os *alvéolos* são as unidades produtoras das glândulas, os locais onde efetivamente ocorre a síntese, que para entrar em funcionamento depende da presença da prolactina. A título de melhor compreender, vale pensar em cada alvéolo como sendo uma máquina produtora de leite e que o conjunto de máquinas formam a fábrica, ou seja, a glândula mamária. Cada máquina só entra em funcionamento com a presença da chave que a aciona – a prolactina. O sangue é quem leva as chaves para as inúmeras máquinas (alvéolos) que compõem a fábrica (glândula mamária).

Cerca de 30 – 40 horas após o parto, existem chaves (prolactina) disponíveis para todas as máquinas e a fábrica (glândula mamária) entra em funcionamento com sua capacidade máxima. A partir daí começa a acontecer o que chamamos de *autorregulação*¹², ou seja, a produção se ajusta ao consumo, pois a capacidade de armazenamento é limitada e não é possível manter grandes estoques.

9. São substâncias presentes no sangue em níveis elevados durante a gestação e estão associados à própria presença da placenta. Cumprem importantes papéis para o feto que está sendo gerado e ajudam na regulação do estágio 1 da lactação, impedindo a síntese do leite antes do nascimento do bebê.

10. Nome atribuído ao conjunto de processos que envolvem a síntese do leite.

11. Hormônio que induz a síntese do leite humano. Em verdade é um dos principais responsáveis pela lactação. Sua presença é indispensável e depende de estímulo externo, principalmente da sucção do bebê ao seio e da interação mãe-bebê.

12. Sistema através do qual a mama ajusta o volume de leite produzido às necessidades do bebê. Está sujeito a um complexo conjunto de mecanismos que envolve aspectos físicos e emocionais, dentre os quais a frequente sucção do bebê na mama se constitui num dos mais importantes determinantes.



A autorregulação é o sistema gerencial de nossa fábrica. Ela é quem determina a quantidade a ser fabricada em um dado momento, visando compatibilizar o volume de leite produzido pela mama com o que é demandado pelo bebê, respeitando assim uma antiga lei de mercado, a lei da oferta e da procura. O sucesso deste sistema depende da efetiva participação de seu gerente – a interação mãe/filho.

A interação mãe-filho é quem rege os reflexos maternos para produção e saída do leite, envolvendo a ação de hormônios, cuja concentração no sangue depende da estimulação de terminações nervosas do *complexo mamiloareolar* pelo bebê, bem como de estímulos visuais, auditivos e até mesmo do condicionamento.

Como a nossa fábrica dispõe de uma pequena capacidade de estocar o leite que produz, se faz necessário dispor de um eficiente sistema para escoar a produção, uma vez que estamos trabalhando na perspectiva de atender a lei da oferta e da procura. Nesse caso, o nosso agente facilitador é a *ocitocina* que atua impulsionando o leite para fora dos *ductos*, através das contrações que promove sobre os alvéolos.

Em resumo, o ritmo de funcionamento da glândula mamária vai depender da interação que se estabelece entre o reflexo de produção definido pela prolactina e o de ejeção pela ocitocina.

A base do reflexo de produção é primordialmente orgânica e dependente da estimulação das terminações nervosas da mama. O reflexo de ejeção, por sua vez, apresenta um componente psicológico maior do que o orgânico e sofre influência direta dos níveis de estresse – físico ou psíquico – a que se submete a mulher no período da lactação. *Além de responder aos estímulos de contato direto entre mãe e bebê no ato da amamentação, o reflexo de ejeção pode ser deflagrado por estímulos visuais, olfativos, auditivos e de condicionamento. Isto explica o fato de algumas mães, mesmo fisicamente distante de seus filhos, poderem experimentar os efeitos do reflexo da ejeção, como o gotejamento de leite de suas mamas, graças a um simples olhar sobre um outro bebê que lhe fez lembrar o seu; à percepção do perfume semelhante ao do seu filho; ao choro de uma outra criança ou ao fato de ter chegado a hora de amamentar* (Almeida, 1999).

Leite ralo, marrom, verde: Qual a origem da cor?

A cor do leite nunca havia despertado o nosso interesse a ponto de transformá-la em objeto de investigação. Sempre foi entendida como algo de pouca importância, até mesmo porque ninguém se dá ao direito de parar e perder tempo observando a cor do leite humano. Esta nossa convicção se configurou em mais um dos nossos equívocos, constatado a partir de um problema que emergiu do concreto vivido.

Por funcionar como referência em amamentação e banco de leite humano, o nosso serviço recebe há muito, solicitações diárias provenientes das mais diferentes regiões do País. Certa feita, aí pelos idos da segunda metade da década de oitenta, nos chegou o mais incomum de todos os pedidos recebidos até aquele momento: Amostras de leite provenientes de duas mulheres que tinham em comum o fato de apresentar uma coloração verde escura intensa



e de que ambas eram vizinhas, moradoras de um bairro situado na periferia da cidade. O que poderia estar ocorrendo? Esta era a pergunta. A análise cuidadosa dos leites revelou a presença de *riboflavina* em concentrações elevadas. Por sua vez, o inquérito alimentar promovido com as mães evidenciou que ambas incorporavam em sua dieta, uma elevada quantidade de hortaliças ricas em riboflavina.

O que de início se apresentava como um grande problema, em verdade não passava da nossa incapacidade de compreender as dinâmicas que regem a cor do leite humano.

A cor do leite humano resulta da interação dos seus constituintes, podendo variar de azul claro muito tênue até um amarelo intenso, passando por padrões intermediários como verde-escuro, da tonalidade de caldo de cana, e branco opaco sem que isso sinalize qualquer anormalidade. As alterações na cor decorrem sobretudo das variações na composição do leite ao longo da mamada ou ordenha, em função da predominância dos constituintes que se concentram em cada fase (Almeida, 1999).

Para produzir leite não é preciso tomar leite

A alimentação e nutrição da mulher constituem um dos principais objetos de preocupação ao longo da gestação e de todo o período de amamentação.

Inúmeros são os tabus alimentares, cardápios, dietas e regras que gravitam em torno da gestante e da lactante. Em meio a este conjunto de construções sociais, o estímulo ao consumo de leite de vaca e derivados merece atenção especial, praticamente por ser uma prática valorizada em estratégias comerciais, que se originam na pecuária leiteira e que ganham ênfase nas indústrias que fabricam leites modificados (Almeida, 1999).

O consumo de leite bovino e seus derivados durante a gestação e amamentação devem ser visto e tratado com muita cautela, guardando-se sempre o respeito para com o hábito alimentar da mulher, gestante ou lactante. Mulheres que normalmente não consomem leite e derivados, ou fazem-no em baixa escala, não devem ser estimuladas a fazê-lo, menos ainda de forma indiscriminada e inconsequente, como se dá no caso das propagandas, veiculadas nos meios de comunicação, que são dirigidas à mulher de forma ampla e irrestrita, com o único objetivo de vender o produto ofertado.

O estímulo ao consumo de leite bovino é absolutamente desnecessário e pode ocasionar riscos à saúde da criança. Quando há de fato uma preocupação com a saúde da mulher e do bebê, o mais importante e correto é promover uma adequação da dieta da mulher, respeitando-se, acima de tudo, o seu hábito alimentar (Almeida, 1999).

Terminando a conversa

Eu imagino que você agora já deve estar encontrando um sentido comum para esse conjunto de fatos e eventos que se formam entre os domínios da biologia e da sociedade, caracterizando o leite humano como um híbrido capaz de envolvê-los em uma mesma história.

A nossa rápida conversa sobre o leite humano se encaminha para o final e dentre as questões que trouxemos a relevo logo de início, uma foi propositalmente deixada de lado - o



desenvolvimento do quociente de inteligência e a construção de um projeto de estado nação para o futuro. Pelo menos neste ponto em particular, acredito que a dúvida ainda persiste – Onde o leite humano entra nessa história?

A literatura científica reúne uma série de estudos que evidenciam o fato do leite humano conter em sua composição, substâncias que favorecem o desenvolvimento tanto do sistema nervoso central, como do quociente de inteligência. Alguns destes estudos se dedicaram a seguir os bebês do nascimento até a fase de suas vidas em que ingressaram na universidade. De uma forma unânime, todas as pesquisas revelaram a ocorrência de quocientes de inteligência mais elevados, nas diferentes faixas etárias estudadas, entre os jovens que receberam leite humano por mais de três meses ao longo do primeiro ano de vida.

Assim, se considerarmos que a construção de um estado nação mais digno no futuro depende dos investimentos na infância, a amamentação rompe as fronteiras da saúde para ser discutida como uma questão de cidadania, entendendo que o primeiro direito que toda criança tem ao desabrochar neste mundo é o direito ao leite materno como salvaguarda à vida.

REFERÊNCIAS:

- AKRE, J. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 1989.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ALMEIDA, J. A. G. Composição e síntese do leite humano. In: Santos Jr. (Org.). **A mama no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- ALMEIDA, J. A. G. & NOVAK, F. R. Ecologia microbiana do leite humano. In: Santos Jr. (Org.). **A mama no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- NOVAK, R. F.; ALMEIDA, J. A. G.; SILVA, O. G.; BORBA, L. M. Colostro humano: fonte natural de probióticos? *J. Ped.* 2001 77 (4): 265-70.



Participantes da Oficina Piloto realizada em Londrina, PR, de 25 a 29 de fevereiro de 2008

- Ana Olympia V. Marcondes Dornellas - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina - Paraná
- Andreza Daher Delfino Sentone - Universidade Estadual de Londrina - Paraná
- Antonio Garcia Reis Júnior - Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS - Distrito Federal
- Arlete Bernini Fernandes e Silva - Universidade Estadual de Ponta Grossa - Paraná
- Cilene Maria Martins dos Santos - Maternidade Municipal Lucilla Ballalai Londrina - Paraná
- Cláudia Orthof - Organização não governamental Amigas do Peito e Organização não governamental REHUNA - Rio de Janeiro
- Edilaine Giovanini Rossetto - Universidade Estadual de Londrina - Paraná
- Ednamara Filomena dos Santos - Escola Superior de Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde - Distrito Federal
- Elizabeth Timotheo Crivaro - FIOCRUZ - Rio de Janeiro
- Elsa Regina Justo Giugliani - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES/SAS/MS - Distrito Federal
- Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos - Universidade Federal de Santa Catarina - Santa Catarina
- Fernão Diego Lopes - Secretaria Estadual de Saúde - Paraná
- Gisele Bortolini - Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/MS - Distrito Federal
- Kátia Mara Kreling Vezozzo - UniFil - Centro Universitário Filadélfia - Londrina-Paraná
- Keiko Miyasaki Teruya - Centro de Lactação de Santos - São Paulo
- Kleyde Ventura de Souza - Pontifícia Universidade Católica - Paraná
- Lélia Dionete Soares de Araújo - Secretaria Estadual de Saúde - Paraná
- Lilian Cordova do Espirito Santo - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES/SAS/MS - Distrito Federal
- Lilian Mara Consoli Poli de Castro - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina - Paraná
- Lylian Dalete Soares de Araújo - Universidade Estadual de Londrina - Paraná
- Márcia Maria Benevenuto de Oliveira - Universidade Estadual de Londrina - Paraná
- Maria Carla Vieira Pinho - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina - Paraná
- Maria do Socorro Marques Luz - Secretaria Estadual de Saúde - Alagoas
- Maria Inês Couto de Oliveira - Universidade Federal Fluminense - Rio de Janeiro
- Marina Ferreira Rea - Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde - São Paulo
- Marli Terezinha Oliveira Vannuchi - Universidade Estadual de Londrina - Paraná
- Mauren T. Grubisich Mendes Tacla - Universidade Estadual de Londrina - Paraná
- Rosania de Lourdes Araújo - Secretaria de Saúde - Distrito Federal
- Sandra Aparecida Silva Santos - Escola de Saúde Pública - Paraná
- Sandra Mendonça Oliveira Domingues - Banco de Leite Humano da Secretaria Municipal de Saúde de Marília - São Paulo
- Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza - Universidade Estadual de Londrina - Paraná
- Sonia Aparecida Álvares Spagnuolo - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina - Paraná
- Sônia Maria Coutinho Orquiza - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina - Paraná
- Sonia Maria de Almeida Petris - Secretaria Estadual de Saúde - Paraná
- Sonia Ioyama Venâncio - Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde - São Paulo
- Soyama Maria Brasileiro - Secretaria de Saúde - Distrito Federal
- Suziane Regina Parreira Feitosa - Secretaria Estadual de Saúde - Amazonas
- Valderez Araújo de Lima Ramos - Secretaria Estadual de Saúde - Paraíba
- Valentina Simioni Rodrigues - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina - Paraná
- Vilneide Braga Serva - Instituto Materno Infantil - Pernambuco

