



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

KAROLINE HENRIQUE DOS SANTOS BATISTA

**A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL DE LAGOA SECA/PB ACERCA DA
IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO**

Campina Grande
2012

KAROLINE HENRIQUE DOS SANTOS BATISTA

**A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL DE LAGOA SECA/PB ACERCA DA
IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba
como pré-requisito para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Heloisa Gomes
Bandeira

Campina Grande
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA 01 – UEPB

B333p Batista, Karoline Henrique dos Santos.

A percepção das usuárias do Centro de referência de assistência social de Lagoa Seca/PB acerca da importância do aleitamento materno./ Karoline Henrique dos Santos Batista. – 2012.
30f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) –
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas,
2012.

“Orientação: Profa. Ms. Heloísa Gomes Bandeira, Departamento de
Serviço Social”.

1. Aleitamento materno . 2. CRAS 3. NASF I. Título.

21. ed. CDD 361.2

KAROLINE HENRIQUE DOS SANTOS BATISTA

**A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL DE LAGOA SECA/PB ACERCA DA IMPORTÂNCIA
DO ALEITAMENTO MATERNO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba como pré-requisito para
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Heloisa Gomes
Bandeira

Aprovada em: 14 de dezembro de 2012.

Nota : 9,0

BANCA EXAMINADORA

Heloisa Gomes Bandeira

Profª Ms. Heloisa Gomes Bandeira - DSS/UEPB
Orientadora

Adriana Freire Pereira Ferriz

Profª Dra. Adriana Freire Pereira Ferriz - DSS/UEPB
Examinador(a)

Christiano das Neves Viana Amorim

Christiano das Neves Viana Amorim – Supervisor de Campo
Examinador(a)

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
FNAS	Fundo Nacional da Assistência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH	Norma Operacional de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMOS.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	7
2 A ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL	9
2.1 CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)	12
3 A SAÚDE: UMA POLÍTICA EM DISCUSSÃO	13
3.1 NASF	14
3.2 ALEITAMENTO MATERNO.....	16
4 A PESQUISA DE CAMPO: AS USUÁRIAS DO CENTRO DE REFERENCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE LAGOA SECA/PB E O DEBATE ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO.....	21
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CRAS DE LAGOA SECA.....	21
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO NASF DE LAGOA SECA.....	23
4.3 RESULTADOS DA PESQUISA.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	28
APENDICE.....	30

A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE LAGOA SECA/PB ACERCA DA IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Karoline Henrique dos Santos Batista

Resumo: O Aleitamento materno é muito importante para a saúde do bebê e mãe, uma vez que fortalece os vínculos afetivos e age como forma de vacina nas primeiras amamentações é rico em vitaminas e facilita a digestão. O estudo sobre o referido tema é de suma relevância, pois trata dos benefícios que a prática do aleitamento proporciona para uma vida mais saudável para o bebê. O objetivo da pesquisa foi analisar a percepção das gestantes em relação à importância do aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida do bebê. Para tanto, buscou-se traçar o perfil sócio-econômico das gestantes atendidas pelo Centro de Referência da Assistência Social- CRAS, assim como avaliar o que o CRAS realiza em termos de articulação com a rede socioassistencial no sentido de oferecer suporte para o acesso das informações das gestantes no que tange a importância da prática do aleitamento além de verificar se as mães atendidas pelo CRAS conseguem perceber os benefícios do aleitamento materno. Trata-se de uma pesquisa de campo, feita por meio de questionários onde as sete usuárias do grupo de gestantes participaram de forma direta. O resultado do estudo revela um avanço no entendimento das gestantes do grupo atual, embora apresente algumas fragilidades. Tal debate é pertinente para estimular o conhecimento sobre a importância do aleitamento materno a novas futuras mães do grupo de gestantes do CRAS e a cooperação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF tem sido de extrema importância, visto que o apoio e estímulo passados implicou na conscientização das mulheres do grupo.

Palavras-chave: Aleitamento materno, CRAS; NASF

Abstract: The Breastfeeding is very important for the health of mother and baby, as it strengthens the emotional bonds, and acts as a form of vaccine in the early feedings is rich in vitamins and facilitates digestion. The study on the said topic is of paramount importance, as it benefits from the practice of breastfeeding provides for a healthier life for baby. The objective of the research was to analyze the perception of pregnant women about the importance of breastfeeding in the first six months of baby's life. Therefore, we sought to delineate the socio-economic profile of the women served by the Reference Center for Social-CRAS, and assess what the CRAS done in terms of coordination with the social assistance network in order to support the access of information of pregnant women regarding the importance of breastfeeding practices and to verify whether the mothers who attended the CRAS to realize the benefits of breastfeeding. This is a field survey, done through questionnaires where users of the seven groups of pregnant women participated directly. The result of the study reveals a breakthrough in the understanding of women in the current group, although there are some weaknesses. This debate is relevant to stimulate awareness about the importance of breastfeeding to new mothers in the group of pregnant CRAS and cooperation of the Center for Support of Family Health-NASF has been of utmost importance, since the stimulus passed and implied support awareness of women in the group.

Key-words: Breastfeeding, CRAS, NASF

1 INTRODUÇÃO

As mulheres, na atualidade e, em especial no nosso país, estão envolvidas em mudanças e padrões diferentes do que viviam anteriormente. Com seu tempo desgastado, com a correria da vida que vem se agravando cada vez mais devido à necessidade de ter a sua independência financeira e a falta de informações sobre a importância do aleitamento materno de muitas, são fatores que tem atrapalhado essa prática outrora mais frequente.

Antigamente a maioria das mulheres não trabalhava fora de casa e tinha todo seu tempo para dedicar-se a sua casa e seus filhos. Observamos atualmente uma realidade diversa, em que a mulher cada vez mais vem se destacando no mercado de trabalho, o que acarreta uma mudança na condução de sua vida, visto que hoje a mesma assume, cada vez mais, posições importantes na sociedade, chegando até mesmo ao cargo de presidente da república, porém mesmo diante dessa complexidade a mulher bem estimulada e orientada pode com excelência praticar o ato de amamentar.

Diante dos fatos vimos à importância que o CRAS tem ao oferecer serviços de assistência comunitária às famílias e mulheres que tenham dúvidas quanto a temática do aleitamento materno e contribuir para a efetivação dessa prática que propõe benefícios não só para o bebê como também para a mãe.

Nessa perspectiva, o objetivo central da pesquisa foi analisar a percepção das usuárias do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) de Lagoa Seca/PB acerca da importância do aleitamento materno, nos seis primeiros meses do bebê. Neste sentido, o presente estudo buscou também traçar o perfil socioeconômico das gestantes atendidas pelo CRAS de Lagoa Seca/PB; avaliar o que o CRAS realiza em termos de articulação com a rede socioassistencial, no sentido de oferecer suporte para o acesso das informações das gestantes no que tange a importância da prática do aleitamento materno e observar a compreensão das mães atendidas pelo CRAS acerca dos benefícios que o leite materno proporciona.

O interesse pelo tema foi despertado por ocasião das experiências vividas cotidianamente durante o período de março de 2011 a junho de 2012 no estágio supervisionado em Serviço Social, realizado no CRAS do município de Lagoa Seca/PB (conhecido também pelo nome de Casa da Família.) Durante o estágio,

observamos a falta de experiência das gestantes que já não faziam mais parte do grupo, porém vinham visitar o CRAS e já traziam as mamadeiras para os seus bebês, isso nos chamou atenção uma vez que elas passaram por todo o processo de gravidez e fizeram parte do grupo de gestantes, mas em relação ao tema, apresentavam medo e muitas dúvidas. A partir de diálogos realizados com as mulheres do grupo percebemos que necessita uma maior contribuição do CRAS na temática.

A relevância do estudo para o meio acadêmico é inegável, em especial para o Serviço Social e as demais áreas que compõem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), porque propõe refletir sobre a importância da intersectorialidade entre as políticas de Saúde e Assistência Social, tema preconizado pela Política Nacional de Assistência Social, cuja função exerce papel fundamental na garantia de direitos sociais de forma integral. Este estudo poderá também contribuir com os profissionais que atuam com grupos de gestantes na área da assistência social.

O universo da pesquisa foi composto pelos usuários cadastrados do CRAS de Lagoa Seca. A princípio, nossa intenção era definir uma amostra de 15 usuárias do grupo de gestantes existente no CRAS. No entanto, no momento da coleta de dados só foi possível a aplicação de sete questionários, pois as demais gestantes já não faziam parte do grupo uma vez que já haviam nascido os seus bebês.

Após a coleta de dados passamos ao momento da leitura e categorização das informações contidas nos formulários aplicados. Nesse momento foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, seguindo as fases propostas por Bardin (apud RICHARDSON, 1999): a pré-análise, que constitui o momento da organização propriamente dito, objetivando operacionalizar e organizar as ideias; a análise do material, que consiste na codificação e categorização dos dados; o tratamento dos resultados, a dedução e a interpretação.

O trabalho está estruturado em cinco sessões. A primeira traz os aspectos introdutórios. A segunda sessão discorre sobre a assistência social como política de seguridade social. A terceira é dedicada à saúde como uma política em discussão. Na quarta sessão apresentamos os resultados da pesquisa. E, por fim, na quinta sessão, trazemos as considerações finais acerca do tema estudado.

2. A ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL

Com a Carta Magna de 1988, a política de previdência social, saúde e assistência social foram reorganizadas e reestruturadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro. Apesar de ter um caráter inovador e compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência) (BOSCHETTI, 2004). A Assistência Social passa a ser reconhecida como política social pública no Brasil somente a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, esta ao lado da Saúde e da Previdência Social, passa a compor o tripé da Seguridade Social (Previdência, saúde e assistência social).

A Constituição Federal de 1988 trouxe grandes avanços para a Política de Assistência Social, muito embora que tal avanço não contemple a totalidade dos cidadãos que dela necessitam. Isto representa uma característica que está intrinsecamente ligada ao fator econômico, tendo em vista que em uma sociedade capitalista tornam-se inevitáveis as desigualdades sociais, ou seja, enquanto o social estiver subjugado ao econômico, as mazelas do capitalismo estarão presentes, e sendo assim, estão postos os limites e as possibilidades para execução de uma política de Assistência Social pautada nos direitos, cujo grande desafio é como efetivá-los.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei n. 8.742 de 07 de dezembro de 1993, sancionada pelo então presidente Itamar Franco, dispõe de um sistema descentralizado e participativo e preconiza que a gestão política e a organização das ações devem ser articuladas nos três níveis de gestão governamental. A LOAS estabelece normas e critérios para organização da assistência social, e as deliberações para implementação do Sistema Único de Assistência Social que tem como público alvo a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice (BRASIL, 1993).

Das definições e dos objetivos do Capítulo I da LOAS, Art.1º, dispõe:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) constitui em uma garantia de renda básica, no valor de um salário mínimo, tendo sido direito estabelecido diretamente na Constituição Federal e posteriormente regulamentado para o público a partir de 65 anos de idade e pessoas com deficiência. Uma das condições para o acesso ao BPC é o fato da família do requerente não ter meios para mantê-lo. A LOAS, fixou um critério objetivo para definir a ausência de condições de provimento da própria subsistência ou da família, qual seja, a renda mensal familiar per capita deve ser inferior a um quarto do salário mínimo.

Como expressão de lutas e reivindicações da sociedade brasileira, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), e o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), torna pública a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), na IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília, em dezembro de 2003.

A versão preliminar da PNAS foi apresentada em 23 de junho de 2004 e amplamente divulgada e discutida em vários estados brasileiros, nos diversos encontros, seminários e reuniões, e entre os dias 20 e 22 de setembro de 2004, a política foi aprovada e configura responsabilidades de Estado próprias a serem asseguradas aos cidadãos brasileiros (BRASIL, 2004, p. 01).

A PNAS define como usuários da política pública de Assistência Social os seguintes segmentos:

Constitui o público usuário da PNAS as/os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2004, p.10).

O SUAS é um sistema não contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social (BRASIL, 2004).

Tal sistema vem sendo debatido e organizado desde 2003, porém agora em 2011, o SUAS vigora como Lei 12.435 de 2011. Assim, a lei recentemente foi aprovada, conhecida nacionalmente como Lei SUAS, representou um grande avanço para a assistência social brasileira, pois assegurou ao SUAS ações de caráter permanente, que independem do governo e/ou gestão.

Coordenado pelo MDS, o SUAS é composto pelo poder público e sociedade que participam diretamente do Processo de Gestão Compartilhada. Em Julho de 2010, 99,7% dos municípios brasileiros já estavam habilitados em um dos níveis de gestão do SUAS. Do mesmo modo, todos os Estados, comprometidos com a implantação de sistemas locais e regionais de assistência social e com sua adequação aos modelos de gestão e cofinanciamento propostos, assinaram pactos de aperfeiçoamento do Sistema (BRASIL, 2011, P.01).

Em 2005 o Conselho Nacional de Assistência Social, apresenta a Norma Operacional Básica (NOB), que é fundada em pacto entre os entes federativos – o que assegura a unidade de concepção e de âmbito da PNAS em todo território nacional, sob o paradigma dos direitos à proteção social pública de seguridade social e à defesa da cidadania da/do usuário (a).

A NOB, afirma, ainda, a primazia e a precedência da regulação estatal sobre essa atividade pública, cuja dinâmica democrática sob controle social prevê a participação da população e da sociedade na formulação e controle das ações e o comando único das ações em cada esfera de governo. Esta retoma as NOBs de 1997 e 1998 e constitui o mais novo instrumento de regulação dos conteúdos e definições da PNAS, como também vem consagrar os eixos estruturantes para implementação e consolidação do SUAS no Brasil.

Em dezembro de 2006 foi aprovada a Norma Operacional de Recursos Humanos (NOB/RH). A política de Recursos Humanos teve destaque ao compreender que os serviços estatais são viabilizados por intermédio dos servidores públicos efetivos, ou seja, com carreira adequada, salários compatíveis e condições para desempenho do trabalho, esse documento consolidou os principais eixos a

serem considerados para a gestão dos Recursos Humanos na Assistência Social, como princípios éticos para trabalhadores, equipes de referência, planos de cargos, carreiras e salários, entre outros (BRASIL, 2007).

A PNAS, por sua vez, efetiva sua atuação por meio da divisão de níveis de proteção social. São eles: Proteção social básica e proteção social especial. Ambos os níveis possuem equipamentos estruturados com o objetivo de executar as ações previstas pela PNAS. Dentro da proteção social básica, destacamos o Centro de Referência da Assistência Social, sobre o qual abordaremos na sessão seguinte.

2.1. CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

O Centro de Referência da Assistência Social é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrange um total de até 1.000 famílias/ano. Executa serviços de Proteção Social Básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e o convívio sócio familiar e comunitário, além de ser responsável pelo desenvolvimento do Serviço de Proteção e atendimento à Família (PAIF), que passa a ser serviço continuado, com referência territorializada, que valorize as heterogeneidades, as particularidades de cada grupo familiar, a diversidade de culturas e que promova o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, conforme preconiza a PNAS.

O CRAS como uma unidade singular da proteção básica, se diferencia das demais, pois é a única unidade que desempenha as funções de gestão da proteção básica no seu território e de oferta do Serviço de Proteção e Atendimento à Família¹.

Além do PAIF, oferta obrigatória e exclusiva do CRAS, outros serviços de proteção social básica podem ser implementados nessa unidade, desde que haja espaço físico, equipamentos, recursos materiais e humanos compatíveis. Trabalha de forma articulada com a rede socioassistencial de proteção social básica referenciada aos CRAS.

¹ O Serviço de Proteção e Atendimento à Família é um trabalho de caráter continuado que visa a fortalecer a função de proteção das famílias, prevenindo a ruptura dos laços, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Tendo como público alvo famílias em situação de vulnerabilidade social.

Destarte, tem como função viabilizar o acesso aos usuários da rede socioassistencial do SUAS e funciona como unidade de referência para os serviços das políticas públicas no seu território de abrangência.

O CRAS deve buscar uma interlocução com as demais políticas sociais, a fim de ampliar e aperfeiçoar seus serviços dentro do município de abrangência. Dentre essas políticas destacaremos a saúde no próximo tópico, a mesma compõe o tripé da seguridade social e é de suma importância para o nosso estudo.

3. A SAÚDE: UMA POLÍTICA EM DISCUSSÃO

Segundo Paim (1996) a Saúde é produto de condição de existência, resultado das condições de vida, biológica, social e cultural como também das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza através do trabalho. Portanto é através dessas relações sociais de produção que se sustenta a vida social. E o estado de saúde corresponde a uma das relações desse modo de viver.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e econômico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa. Em geral, o contexto em que um indivíduo vive é de grande importância na sua qualidade de vida e de seu estado de saúde.

O ambiente físico é talvez o fator mais importante que deve ser considerado na classificação do estado de saúde de um indivíduo. Isso inclui fatores como água e ar limpo. Segundo Starfield (2004) a Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

Desta forma, são definidos os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a

continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

O Programa Saúde da Família, hoje denominada Estratégia Saúde da família (ESF), caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o ministério da saúde, a ESF nasce com um propósito de superação de um modelo de assistência a saúde responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional e injustiças. O programa de saúde da família é a principal resposta que tem sido oferecida, no âmbito da assistência pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial (BRASIL, 1998)

Em documento propositivo para a organização da ESF, publicado sob responsabilidade do Ministério da Saúde em outubro de 1998, afirma-se que o objetivo da ESF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para cura de doenças e para o tratamento hospitalar. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social o que vem possibilitando às equipes da saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com a portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, Republicada em 04 de março de 2008. Do qual trataremos na sessão seguinte.

3.1 NASF

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família no qual o NASF está cadastrado.

Segundo a Portaria que instituiu o NASF, existem duas modalidades: o NASF 1 deverá ser composto por no mínimo cinco destas profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) podendo estar vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família.

O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), devendo estar vinculado a no mínimo 3 Equipes Saúde da Família. Fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 e a, no máximo, 20 equipes de Saúde da Família. A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

Ainda em conformidade com a portaria referida, o NASF tem como responsabilidade central atuar e reforçar 9 diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

A equipe do NASF e as equipes da Saúde da Família criarão espaços de discussões, como por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

O NASF está dividido em nove áreas estratégicas sendo elas: atividade física-práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. O NASF também é reconhecido

pelo apoio aos grupos de gestantes em relação ao aleitamento materno, dicas de posturas e uma alimentação mais saudável para as gestantes.

O NASF além de oferecer apoio para os equipamentos na área da saúde (Equipe de Saúde da Família), também visa prestar atendimento à população por meio da articulação com diferentes órgãos e instituições presentes na comunidade. Em nosso artigo apresentaremos uma experiência voltada para a orientação de mulheres sobre a importância do aleitamento materno realizada pelo CRAS Lagoa Seca em parceria com o NASF.

Antes de adentrarmos na relação entre os equipamentos citados acima, quais sejam, CRAS e NASF, faz-se necessário inicialmente uma discussão em torno do aleitamento materno, foco do nosso estudo e guia de análise da interlocução entre as duas políticas. Realizaremos, pois, uma breve exposição a seguir.

3.2 ALEITAMENTO MATERNO

Segundo Jelliffe (1976), desde o aparecimento do homem, que data de milhões de anos, sua prole tem sido criada nos estágios iniciais da vida extrauterina quase que exclusivamente com leite humano. Apenas há 10 mil anos a domesticação do gado permitiu que fossem usados outros leites. Não obstante, para Aurebach et al (2000), a espécie humana, por ter evoluído e mantido 99,9% da sua existência na terra amamentando os seus descendentes, está geneticamente programada para receber os benefícios do aleitamento e do ato de amamentar.

Para Blaxter (1961) é racional supor que os vários tipos de leite produzidos por cada tipo de mamífero deveriam ser unicamente espécie-específica, depois de milênios de adaptação seletiva, conforme salientado em Martins Filho (1976).

Em relação à composição, Lamounier et al (2000) salientam em uma visão sistêmica da composição, que o leite humano reúne mais de 150 substâncias, cuja contribuição é fundamental para a boa nutrição do bebê.

Os efeitos benéficos no desenvolvimento emocional da criança e na relação mãe-filho, não são fáceis de avaliar, contudo, alguns autores apontam ainda vantagens no aleitamento materno, relacionadas aos aspectos emocionais (REGO, 1986; GIUGLIANI, 1994).

Conforme os autores acima citados, o contato precoce da mãe com o bebê, após o nascimento, o alojamento conjunto, assim também como a oportunidade do bebê mamar na primeira meia hora pós-parto, são fatores importantes para o sucesso da amamentação. Porque, imediatamente após o parto, o bebê está muito sensível, e esse momento deve ser aproveitado para iniciar a vinculação mãe-filho e a primeira adaptação do recém-nascido ao seio. Nesse ambiente, tanto a mãe como o bebê vivem momentos de grande receptividade. É durante este período que se deve proporcionar contato precoce, não tanto com fins nutritivos, mas para estabelecer um bom vínculo inicial.

Imediatamente após o parto, os reflexos de busca e de sucção do recém-nascido são particularmente vigorosos e a mãe geralmente está ansiosa por ver e tocar o seu filho. Encorajar o contato entre a mãe e o filho e permitir que este sugue a mama será benéfico, reforçará a ligação afetiva mãe-filho e estimulará a secreção láctea.

O aleitamento materno promove o estabelecimento de uma ligação emocional muito forte entre a mãe e o bebê, facilitando o seu desenvolvimento e tornando-o mais confiante para relacionar-se com outras pessoas. Outra vantagem é o fato de que mamar no peito melhora a formação da boca e tem papel essencial no alinhamento dos dentes da criança, favorecendo também a fala e a respiração. (REGO, 1986 e GIUGLIANI, 1994).

Ainda que merecendo uma investigação mais aprofundada, Balandan et al (2004), em um estudo de revisão da literatura, de 1980 a 2002, sobre o efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil, conclui que o aleitamento materno parece ter um efeito protetor contra tal tipo de obesidade.

Sobre o crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros meses de vida, Marques et al (2004), afirma que, no início da vida, o leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil.

A relevância do aleitamento materno na redução da mortalidade infantil e na prevenção e/ou proteção de doenças futuras configura-se como importante instrumento para a melhoria da saúde pública. Dessa forma, as mães devem ser orientadas a amamentar seus filhos integralmente, sem alimentos complementares,

até o sexto mês de vida. Após essa idade, é necessária a complementação com outros alimentos ricos em ferro, vitaminas e outros nutrientes, mantendo-se preferencialmente o leite materno até 24 meses ou mais.

A adequação e os benefícios do leite humano estendem-se também para as crianças prematuras, de baixo peso e àquelas que necessitam de internação em unidades de cuidados neonatais. Entretanto, experiências têm mostrado a dificuldade das mães em manter a amamentação, pois grande parte dos recém-nascidos permanece internada em unidades de cuidados neonatais por longo tempo e sua sucção é deficiente devido à imaturidade desse reflexo ao nascer. Além disso, a separação prejudica a formação do vínculo mãe-filho, fator essencial ao sucesso da amamentação. Há ainda a disposição física e as rotinas das maternidades, e os conhecimentos insuficientes dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno, que influenciam negativamente o êxito do início do estabelecimento da amamentação, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais. (MARQUES EL AL, 2004).

Mesmo diante de todos esses benefícios, muitas mulheres ainda deixam de amamentar seus bebês, por diversos fatores, dentre eles, o medo da mudança do corpo, relacionada à mama, ou por falta de suporte dos profissionais da rede da saúde, entre outras dificuldades.

A maior parte das mulheres poderá amamentar com sucesso desde que devidamente esclarecidas, encorajadas pela família e apoiadas na sua prática. Como processo interativo de satisfação das necessidades físicas e psicológicas do bebê e da mãe, a amamentação bem sucedida depende de uma opção fundamentada em vivências pessoais, sociais e educativas facilitadoras da amamentação, e requer apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade para amamentar e para cuidar do filho.

Um aleitamento materno com sucesso ocasiona, habitualmente, uma boa liberação de leite para o bebê. A transferência de leite refere-se, não à quantidade que a mãe produz, mas à que o bebê obtém, sendo a atuação do bebê particularmente importante na regulação da quantidade de leite que ingere, na duração da mamada e na produção do mesmo pela mãe. Consideramos que a efetivação desta prática está relacionada ao desejo da mãe amamentar o seu filho, porém, é preciso que esta, além de motivada, esteja preparada e disponha de condições para fazê-lo.

Segundo Foucault (1999), a partir do final do século XVI e começo do século XVII, revertendo-se as tradicionais práticas mágico-religiosas, a saúde se institui como tarefa do Estado, delineando o marco inicial da medicalização da sociedade. Sob a medicalização geral da vida dos cidadãos, circunscreve-se profunda alteração de hábitos.

Para Hambreus (1977) o aleitamento ao seio se constitui universalmente até o século XX, o modo principal de alimentar o infante nos primeiros anos de vida. Somente nos últimos 50 anos generalizou-se na alimentação infantil o emprego do uso da mamadeira, em substituição ao leite materno.

Segundo Jelliffe (1978), o aleitamento não é uma ação meramente instintiva, mas um comportamento aprendido socialmente. Conforme suas considerações, as mulheres mais velhas (avós, tias, membros da comunidade) têm papel fundamental na transmissão de conhecimentos e comportamentos relacionados à amamentação. Desta forma, a evolução dos padrões de aleitamento não ocorre de forma isolada, mas como parte de um processo de mudanças sociais. Além destas considerações, compreendemos a relevância do suporte do companheiro e da família para a efetivação dessa prática, pois entendemos que não se devem reproduzir concepções de responsabilização individual da mulher, uma vez que inúmeras determinações estão inseridas nesse ato.

Jelliffe et al (1978) discutiram os efeitos da urbanização descontrolada, principalmente nos países em desenvolvimento, sobre as condições de vida e sobre o aleitamento materno.

A urbanização crescente observada no Brasil, principalmente a partir da década de 1970, trouxe consigo uma transformação da cultura. A adaptação a uma cultura urbana pelos imigrantes procedentes de áreas rurais é repleta de dificuldades e conflitos, até que se encontre uma nova estabilidade. A exclusão social que vêm sofrendo estas populações, em sua maioria habitante da periferia dos centros urbanos, contribui para o agravamento da tensão social e familiar, produzindo efeitos diretos sobre a saúde das pessoas. A família torna-se urbana, com poucos filhos e freqüentemente separada pela busca de oportunidades de moradia e emprego. Nesse processo, perde tradições, crenças e valores.

Greiner (1982) salienta que alguns dos fatores mais importantes na redução das taxas de aleitamento foram às mudanças no estilo de vida, no papel da mulher, nas atitudes frente à tecnologia, na alocação de tempo e responsabilidade nos

cuidados com a criança dentro da sociedade e da família. Consideramos, outrossim, que a desigualdade nas relações de gênero, contribuem para dificultar a prática da amamentação, tendo em vista que muitas mulheres passam pelo momento da gestação e do parto sozinhas, uma vez que, em inúmeras situações, os companheiros se isentam da responsabilidade da gravidez e, mesmo presentes, tendem, a partir da formação hegemônica machista, a delegar inteiramente às mulheres todas as atribuições relativas aos cuidados com os filhos.

O período compreendido entre os meados da década de 1940 até meados da década de 1980 foi caracterizado pela disseminação e estímulo à utilização de mamadeiras e leite em pó, por meio de adoção de políticas públicas conduzidas especialmente no setor saúde. A partir do final da década de 1970 iniciou-se um movimento nacional para resgatar a prática do aleitamento materno. Amamentar não é um ato isolado, mas parte da vida da mulher e da família; é determinado por uma série de fatores e é também expressão de uma cultura. Promover a cidadania e valorizar a mulher também é ação necessária; o sucesso dos esforços de promoção será limitado se não se buscar uma melhoria da qualidade de vida, com a satisfação das necessidades básicas da população. (SILVA,1997)

Acredita-se que a promoção e proteção ao aleitamento devem continuar sendo prioridade na promoção à saúde, mas deve ser realizada de maneira abrangente e intersetorial, como lembra Silva (1997) envolvendo todos os níveis de decisão e execução das políticas públicas, assim como a sociedade civil organizada e os meios de comunicação social, na defesa dos direitos da mulher e da criança e de uma melhor qualidade de vida.

Atualmente o Brasil é considerado um país de destaque internacional em atuações nesta área, ao operacionalizar programas em andamento em diferentes aspectos, e destaques na legislação trabalhista para a mulher que trabalha fora e amamenta.²

Dessa forma, percebemos a importância de ações informativas junto à sociedade direcionadas para o incentivo ao aleitamento materno. Esta ação, deve

² Conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT - Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943, Art. 396: Para amamentar o próprio filho, até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um. Parágrafo único - Quando o exigir a saúde do filho, o período de seis meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.

também obter suporte das políticas públicas relacionadas, como a de Saúde, intersetorialmente articulada com outras políticas.

A Política de Assistência Social, por meio dos CRAS, vem, em algumas experiências observadas, estruturando ações como grupos de mulheres gestantes, e realiza parcerias no território com o objetivo de fornecer suporte a esses grupos. A seguir, abordaremos sobre essa articulação produzida na área estudada, ou seja, no município de Lagoa Seca.

4 A PESQUISA DE CAMPO:

No município de Lagoa Seca, ocorre uma intensa articulação entre o NASF e o CRAS, o que tem exercido um papel importante para a efetivação do trabalho deste último.

O NASF tem contribuído de forma relevante para as ações do CRAS, visto que, o mesmo atende aos mais variados grupos, em especial o grupo de gestante, trazendo atividades educativas, dinâmicas, rodas de conversa, e diversas explicações sobre as temáticas relativas à gestação. Observamos que o suporte do NASF contribui para o fortalecimento do grupo, proporcionando conhecimentos e esclarecendo as dúvidas das mulheres participantes.

Nesse sentido, apresentaremos sucintamente os dois equipamentos, como forma de explanar as suas atribuições e atuação no território.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CRAS DE LAGOA SECA.

O CRAS é considerado a porta de entrada do SUAS. O seu público-alvo é composto pelas famílias em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos familiares e comunitários, discriminações por questões de gênero, etnia, deficiência, idade, dentre outras e famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e pelo BPC. Com a implantação do PAIF passa a ser de responsabilidade do CRAS a execução deste programa, o

qual preconiza a família como base da sociedade, independente dos formatos e dos modelos que assume.³

Conhecido como Casa da Família, tem o papel de acolher todos os membros da família, pois trata-se de uma unidade básica de assistência social oferecendo grupos de idosos, gestantes, crianças, mulheres e de jovens. O CRAS de Lagoa Seca conta com uma rica parceria com o NASF que atua apoiando os atendimentos e eventos do mesmo, trazendo palestras, conversas, discussões e dinâmicas aos grupos atendidos, sendo essa contribuição de grande importância para os usuários do CRAS.

O CRAS está localizado na Rua Antonio Borges da Costa, nº 210, no Centro do município de Lagoa Seca – Paraíba. Foi fundado em 2008 na gestão do Pref. Edvardo Herculano de Lima.

A equipe do CRAS é composta por uma pedagoga, duas psicólogas e quatro assistentes sociais, sendo uma delas a coordenadora. Além destes, a instituição dispõe de uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais. Sua composição é regulamentada pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS) e depende do número de famílias referenciadas ao CRAS.

No que se referem aos recursos financeiros estes obedecem às determinações postas no capítulo I da LOAS, artigo 28 que fala que o financiamento dos benefícios, serviços, programas e projetos estabelecidos nesta lei far-se-á com os recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, das demais contribuições sociais previstas no art. 195 da Constituição Federal, além daqueles que compõem o Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS.

Dentre os serviços ofertados pelo CRAS/PAIF podemos citar:

- Atendimento ao público;
- Atendimento social;
- Busca ativa das necessidades das famílias cadastradas;
- Formação e acompanhamento de grupo;
- Realização de cursos, campanhas, eventos, oficinas reflexivas e de convivência, palestras;

³ Tal concepção está contida na Política Nacional de Assistência Social, a partir do conceito de Matricialidade Sociofamiliar, que afirma a centralidade da família em todas as ações da Assistência Social. (BRASIL, 2004)

- Realização de reuniões sócio-educativas;
- Visita domiciliar;
- Visita institucional.

Podemos ver que alguns desses serviços podem ter o apoio do NASF, visto que o mesmo atua em meio a critérios de prioridades e sua disponibilidade tem colaborado bastante com o CRAS.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO NASF DE LAGOA SECA.

A Equipe técnica do NASF de Lagoa Seca é composta pelos seguintes profissionais: 1 psicólogo, 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 educador físico e 1 médico ginecologista e abrange toda área do município. Assim, a organização dos processos de trabalho do NASF, tem como foco o território sob sua responsabilidade, gerando experiência para os profissionais envolvidos, por meio da realização das atividades próprias do NASF, descritas anteriormente. O NASF não dispõe de uma sede específica, tem como suporte a Unidade Básica de Saúde e realiza o seu trabalho nos mais diversos equipamentos sociais disponíveis no território de abrangência.

O NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais. O NASF representa um apoio às equipes de SF.

4.3 RESULTADOS DA PESQUISA

Para compreender a percepção das usuárias do CRAS de Lagoa Seca, acerca da importância do aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida da criança, foi necessária aplicação de questionário junto às usuárias, com questões

que buscavam apreender as opiniões das mesmas quanto ao tema e as reais contribuições que foram efetuadas pelo CRAS para as gestantes atendidas.

A fim de facilitar a nossa análise e tomando como referência os objetivos da pesquisa definimos alguns eixos temáticos orientadores da nossa análise, quais sejam: o perfil socioeconômico dos sujeitos, a percepção das gestantes do CRAS acerca da importância do aleitamento materno e dos seus benefícios, como também avaliar o suporte dado pelo CRAS.

No tocante aos aspectos pessoais, as questões trataram idade, estado civil e escolaridade. Dentro dos aspectos socioeconômicos, as questões formuladas tratavam da renda familiar mensal.

As sete mulheres participantes da pesquisa, ao serem questionadas quanto à idade, identificamos que 6 tem entre 24 e 38 anos e 1 tem 16 anos. Ao serem questionadas quanto a seus estados civis, duas são casadas, três são solteiras e duas vivem em união estável. Percebemos que é um perfil de mulheres em sua maioria adultas, sendo apenas uma adolescente, porém, algumas permanecem sozinhas durante o processo de gravidez o que mais uma vez constata-se a questão da desigualdade nas relações de gênero, dificultando a prática da amamentação, considerando que os homens, muitas vezes, isentando-se do seu papel, retrocedem diante da sua responsabilidade pela gestação. Assim, em recorrentes casos, a gravidez, o parto e possivelmente a criação do filho fica a cargo exclusivo da mulher, que enfrenta inúmeras adversidades por passar por esses momentos desacompanhados ou sem nenhum apoio do pai ou família.

Ao continuarmos as questões apreendemos que seis delas tem o ensino fundamental incompleto e uma tem o ensino fundamental completo. Observamos que a questão da escolaridade representa um fator de relevância para a compreensão acerca do aleitamento materno e da ampliação da capacidade intelectual de entendimento da realidade por parte das mulheres do estudo.

No aspecto econômico, ao questionar as gestantes do CRAS acerca de suas rendas familiares, obtivemos que quatro vivem do Programa Bolsa Família e três não tem nenhuma renda. Constatamos aqui questões de vulnerabilidade social o que problematiza o caso, uma vez que mulheres sem instruções, com baixa renda, dificilmente buscarão informações sobre temáticas específicas que ultrapassem as questões de sobrevivência. Esse contexto demanda intervenções de políticas públicas com o objetivo de fornecer suporte integral a essas gestantes.

Ao arguir as gestantes, se elas já amamentaram, seis responderam que sim e uma respondeu que não. Ao perguntar o que elas entendiam por amamentação exclusiva nos seis primeiros meses, quatro responderam: “é importante para a saúde do bebê”, uma respondeu: “evita infecções e alergias” e duas não souberam falar.

Ao questioná-las sobre o desejo de amamentar seus filhos, as sete afirmaram o desejo de realizar tal ação. Pudemos perceber que a parceria do NASF trazendo palestras e discussões sobre o aleitamento foi muito importante, pois elas estavam desejosas por amamentar, e esse é o primeiro passo para a efetivação dessa prática.

Com o objetivo de avaliar o suporte dado pelo CRAS sobre a temática perguntamos que orientações elas recebem do CRAS a respeito do tema três responderam que tinham todas as orientações, duas disseram: “orientações de como amamentar”, uma respondeu que “a criança fica apegada a mãe” e uma não soube responder. Ao perguntá-las sobre a contribuição do CRAS com relação ao assunto, cinco disseram que “estava suficiente”, uma não soube responder e uma respondeu solicitando “mais atenção com a gente, aula de crochê” absorvemos com essa resposta a inversão que se faz presente nas pessoas, em relação as atribuições do CRAS uma vez que não é de sua competência esse tipo de atividades, temos a necessidade em desmistificar esse pensamento e direcioná-las para o que de fato é competente ao CRAS. Indagamos também se elas se sentiam à vontade em participar das palestras e dinâmicas sobre a temática, as sete falaram “sim”. Tratando sobre esse ponto consideramos que a participação não é preocupante, uma vez que todas interagem com o grupo. A participação tem caráter democrático e distingue as pessoas como sujeitos de direitos. Todos podem contribuir coletivamente, basta que exista o estímulo para essa participação se concretizar.

Notamos também que seis usuárias absorveram as orientações porém uma não soube falar sobre o assunto. Vimos que cinco usuárias acham suficientes o que o CRAS vem oferecendo, duas não conseguiram se expressar. Constatamos com o exposto que a contribuição do CRAS tem surtido efeito, observamos a necessidade de uma continuidade a fim de alcançar o objetivo de trazer e fazer com que todas as gestantes atinjam o entendimento sobre o tema do aleitamento e o efetivem na sua realidade.

Tratando sobre a questão dos benefícios que o leite humano pode proporcionar aos bebês questionamos ao grupo o que elas entendiam e a resposta foi a seguinte: uma disse que “não sabia”, quatro disseram somente que “sim”, ou seja, que conheciam os benefícios do leite materno. Observamos, porém, uma falta de entendimento da temática, uma vez que as usuárias não souberam esclarecer sobre os benefícios que o aleitamento proporciona para os seus filhos, embora diante de todos os esclarecimentos obtidos. Dando continuidade, uma falou que “sim, trazia um bom crescimento” e uma relatou “evitar doenças e outras coisas”.

Sobre os benefícios do leite materno, conforme documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.01):

Dar de mamar ajuda na prevenção de defeitos na oclusão dos dentes, diminui a incidência de cáries e problemas na fala. Bebês que mamam apresentam melhor crescimento e desenvolvimento. Alguns trabalhos científicos identificam que essas crianças são mais inteligentes.

Diante do exposto o que apreendemos foi que o trabalho do CRAS, em parceria com o NASF, está sendo efetivado com êxito. A continuidade desta atuação articulada será de extrema importância, pois irá contribuir com os próximos grupos de gestantes do CRAS, acerca da temática, o que proporcionará elementos para a efetivação de mais um direito da criança, além da oportunidade de acesso dessas mulheres a temas relevantes para sua atual condição.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação entre as políticas avançou muito atualmente, tem sido uma parceria que está conseguindo atender seus objetivos. No grupo de gestantes do CRAS de Lagoa Seca o resultado é bem evidente, porém, ainda há muito que fazer para que todas tenham acesso às informações repassadas pela equipe. A temática sobre o aleitamento materno é bem conhecida, porém, tratar da importância de sua exclusividade nos seis primeiros meses ainda é foco de um grande debate.

Ao analisarmos a percepção das usuárias do CRAS de Lagoa Seca acerca da importância do aleitamento materno foi possível constatar que o entendimento sobre

a temática foi atingido por elas, pois os serviços oferecidos têm sido focalizados no assunto. Para que o trabalho com gestantes e a sua inclusão nos grupos alcance o resultado esperado, faz-se necessária uma visão de importância sobre o tema e constantes repetições sobre as dúvidas. Esta concepção possibilita promover a inclusão de cada vez mais gestante no grupo, pensando, trabalhando e problematizando sobre as dificuldades.

A participação das gestantes no grupo colabora para o fortalecimento da prática sobre a temática debatida. Os serviços prestados no CRAS facilitam as gestantes o convívio, e o exercício do que venham a absorver das palestras ministradas sobre o aleitamento, uma vez que umas ajudam as outras na compreensão do tema.

No proceder desse esboço procurou-se dar destaque a importância do aleitamento materno. Constatamos a realização de atividades que favorecem a absorção da temática e também propicia as gestantes uma reflexão sobre a mesma.

Observamos a extrema importância da realização do grupo de gestantes acompanhados pelo CRAS. Conhecer o funcionamento do CRAS, assim como o perfil das gestantes, foi de fundamental importância para compreendermos que a promoção de uma efetiva participação das usuárias e uma aproximação das suas realidades, contribui para a efetivação dos seus direitos sociais e ampliação das suas concepções sobre assuntos básicos.

Estimular a participação dessas mulheres no cotidiano do CRAS, identificar as condições de vida dessas usuárias e avaliar se as ações do CRAS em articulação com o NASF estão atingindo seus objetivos, se estão contribuindo para orientar as futuras mães sobre como amamentar seus filhos, amplia a probabilidade de conhecimento sobre como dar andamento na efetivação do trabalho nos grupos.

Concluimos com o exposto que na atual conjuntura existem muitos problemas que afetam a decisão das mulheres em relação a amamentar seus filhos. Uma das questões é a condição de pobreza, agravada pela baixa escolaridade, a falta de emprego, a precariedade de moradia, etc. Sendo assim podemos observar que um bom entendimento sobre o assunto depende dessas questões estruturantes, como também do trabalho das políticas articuladas.

Apesar dos indicadores socioeconômicos precários, o trabalho do CRAS em conjunto com o NASF tem contribuído para amenizar a falta de esclarecimento das

participantes dos grupos, como também para o fortalecimento da articulação das políticas mencionadas.

REFERÊNCIAS

- AUREBACH KG, Riordan J. **Atlas Clínica da Amamentação**. Tradução de Marcus Renato de Carvalho. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- BALANDAN G, Silva GAP. **Efeito Protetor do Aleitamento Materno sobre a Obesidade Infantil**. *Jornal de Pediatria*. 2004. [acesso em 12 maio 2004]. Disponível em: http://www.jpmed.com.br/conteudo/port_resumo.asp
- BOSCHETE, I. **Seguridade Social e Projeto Ético-Político do Serviço Social. Que direitos para qual cidadania? Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 79, 2004.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social**, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. DOU, Brasília, DF, 8 dez. de 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno** 2º edição, revisada. Brasília: 2003
- BRASIL, **Ministério Social e Combate a Fome**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília; 2007.
- BRASIL. Disponível em < <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas> > Acesso em: 22/10/2012. Brasília; 2011.
- BRASIL. **Norma Operacional Básica. NOB/SUAS. Sistema Único de Assistência Social. SUAS**. Brasília; 15 de julho de 2005. Resolução nº 130.
- BRASIL. **Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde**; Ministério Da Saúde. Mimeo, Brasília; Março De 1996; Pág 2.
- BRASIL. **Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT**. Disponível em < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/anotada/2403226/art-396-consolidacao-das-leis-do-trabalho-decreto-lei-5452-43> > Acesso em: 02/12/2012.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 6º ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
- GIUGLIANI, ERJ. **Amamentação: como e por que promover**. *J Pediatra* (Rio de J). 1994.
- GREINER T, Rea MF. **Programas de Ação Pró-aleitamento Materno**: algumas considerações. *Pediatria* (São Paulo). 1982; 4(1): 7-13.

HAMBREUS L. **Proprietary Milk versus Human Breast Milk in Infant Feeding.** *Pediatr Clin North Am.* 1977; 24(1): 17-36.

JELLIFFE DB, Jelliffe EFP. **Adaptive Suckling - Comentary.** *Ecol Food Nutr.* 1976.

JELLIFFE DB, Jelliffe EFP. **Human Milk in the Modern World.** Oxford: Oxford University; 1978.

LAMOUNIER JA, Vieira GO, Gouvêa LC. **Composição do Leite Humano** - fatores nutricionais. In: Rego JD. *Aleitamento Materno.* Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

MARQUES RFSV, Lopez FA, Braga JAP. **O Crescimento de Crianças Alimentadas com Leite Materno Exclusivo nos Primeiros 6 Meses de Vida.** *Jornal de Pediatria.* 2004; 80: 99-105. [acesso em 12 maio 2004]. Disponível em: http://www.jpmed.com.br/conteudo/port_resumo.asp?

PAIM, Jairnilson Silva, **8º Conferência Nacional de Saúde.** Direito a Saúde Cidadania e Estado, 1986. Acesso em 28/09/2012, disponível em: <http://WWW.bostonmedicalgroup.com.br>.

REGO, JD. **O Aleitamento Materno** – vantagens e obstáculos reais à amamentação: estado atual e tendências futuras. *J Bras Med.* 1986.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

STARFIELD - **Departamento da Atenção Básica - DAB** Saúde da Família, 2008. [acesso em 04 de março de 2008] Disponível em: <HTTP://WWW.Saúde.gov.br./nasf.php>.

SILVA, Isília Aparecida. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** São Paulo: Robe, 1997.

APÊNDICE – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

1. Identificação:

Endereço:

Idade: _____ Escolaridade: _____

Renda: _____

Estado civil:

solteira casada divorciada outros

Têm filhos?

não 1 2 3 outros _____

2. Já amamentou? _____

3. O quê você entende por amamentação exclusiva nos seis primeiros meses?

4. Você sente o desejo de amamentar seu filho exclusivamente até os seis meses de vida?

5. Há quanto tempo participa do grupo de gestantes do CRAS?

6. Que orientações sobre amamentação você recebe do CRAS?

7. No que você acha que o CRAS pode contribuir com relação à amamentação?

8. Você se sente à vontade em participar de algumas palestras e dinâmicas sobre como amamentar seu filho? 9. Você sabe quais são os benefícios que o leite materno pode proporcionar ao seu filho? Se sim, quais?

10. Você sente o desejo de amamentar seu filho exclusivamente até os seis meses de vida? Se sim, Por quê?

11. Se não, Justifique:

12. Que sugestões apresenta para o trabalho do CRAS com o grupo de gestantes?

13. Quer acrescentar mais alguma informação?