



Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas



A marca Primeiríssima Infância foi criada pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) para representar uma causa que lhe é fundamental: a atenção que toda criança precisa receber desde a gestação até os três primeiros anos de vida. Chamado de primeiríssima infância, tal período é decisivo para o desenvolvimento de cada indivíduo, sobretudo no que se refere às funções cerebrais, com reflexos determinantes na capacidade de processar pensamentos e emoções.

O trabalho da FMCSV nesta causa contemplou a idealização do Programa Primeiríssima Infância, uma tecnologia social que integra os diversos serviços de atenção à criança pequena – especialmente secretarias de Educação, Saúde e Desenvolvimento Social. Entre 2009 e 2013, o programa foi implementado em 14 municípios do Estado de São Paulo e agora serve de inspiração para outras cidades em todo o Brasil.

A marca Primeiríssima Infância se expressa na simbologia de um dado, objeto lúdico que se usa para lançar e avançar nos jogos. Mas o “jogo” da primeiríssima infância não é uma questão de sorte ou azar, é uma questão de cuidar, gerando ganhos que são para todos. Por isso, o nosso dado marca seis pontos em todos os lados, que são os seis anos da primeira infância. Os três pontos em cores representam precisamente a primeiríssima infância.



primeiríssima infância

Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas

Programa **PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA**

O Programa Primeiríssima Infância foi idealizado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) para qualificar o atendimento e o cuidado à criança de zero a três anos, favorecendo seu desenvolvimento integral e integrado. A palavra integral refere-se à observação do desenvolvimento da criança de modo mais amplo, englobando aspectos físicos, cognitivos e psicossociais. O termo integrado, por sua vez, traz a perspectiva da intersetorialidade, ou seja, de um atendimento que associe os serviços de educação, saúde, desenvolvimento social e outros atores sociais relevantes na atenção à criança.

A primeira fase de implementação do Programa Primeiríssima Infância aconteceu em 2009, em parceria com seis cidades do Estado de São Paulo: Botucatu, Itupeva, Penápolis, São Carlos, São José do Rio Pardo e Votuporanga. Em 2011, o programa passou a ser implementado também na cidade de São Paulo, na microrregião da Cidade Ademar. Em 2012, com o apoio da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), foi estendido a Cabreúva, Campo Limpo Paulista, Itatiba, Jarinu, Jundiaí, Louveira, Morungaba e Várzea Paulista, em um formato configurado para uma atuação regional.

Para melhorar as condições de vida das crianças pequenas e oferecer a elas as melhores oportunidades de desenvolvimento, a metodologia do Programa Primeiríssima Infância propõe a estruturação de um programa com base em quatro eixos estratégicos. São eles:

- 1. Apoio à governança:** estimular a criação e o fortalecimento de uma estrutura de governança local que favoreça o trabalho em rede, com articulação e sinergia de ações setoriais



Para saber sobre a **história e o trabalho da FMCSV**, entre no canal da FMCSV no YouTube (www.youtube.com/FMCSV) e selecione o vídeo "Conheça a FMCSV".

e intersetoriais para a construção de políticas públicas integradas, que priorizem a promoção do desenvolvimento infantil e garantam a institucionalização de uma prática social sustentável e de qualidade.

2. Desenvolvimento de capacidades: capacitar os profissionais e qualificar o atendimento das gestantes e crianças de zero a três anos nos serviços de educação infantil, saúde e desenvolvimento social.

3. Mobilização comunitária: sensibilizar, conscientizar e mobilizar as comunidades locais para a importância da atenção à primeiríssima infância para o desenvolvimento social, político, cultural e econômico do município.

4. Monitoramento e avaliação: monitorar e avaliar as ações para corrigir falhas e adequar estratégias no decorrer do percurso, bem como para comparar o trabalho de atenção à criança pequena antes e depois da implantação do programa.

O programa pode ser adotado por qualquer cidade que queira fortalecer o desenvolvimento integral e integrado da primeiríssima infância, bem como o tecido social dos municípios, Estados e de todo o país.



Conheça mais detalhadamente as **bases conceituais do Programa Primeiríssima Infância** acessando "Fundamentos do Desenvolvimento Infantil – da gestação aos 3 anos", uma publicação da FMCSV. Busque pelo título na seção Acervo Digital do site www.fmcsv.org.br

Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas é

uma publicação da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), elaborada a partir da experiência do Programa Primeiríssima Infância. A publicação integra a Coleção Primeiríssima Infância e foi adaptada de obra homônima realizada pelo Centro de Criação de Imagem Popular (Cecip) para a FMCSV, para a implementação do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância.

Direitos e permissões

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

Realização

Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
www.fmcsv.org.br

Diretor-presidente

Eduardo de C. Queiroz

Gerente de avaliação e pesquisa

Eduardo Marino

Gerente de programas

Ely Harasawa

Coordenadora de programas

Gabriela Aratangy Pluciennik

Organização da Coleção Primeiríssima Infância

Eduardo Marino
Ely Harasawa
Gabriela Aratangy Pluciennik

Autoria

Marcos Davi dos Santos
Maria Angela Maricondi
Helena Maria Fekete Nuñez
Alfredo Pina

Colaboração

Anna Maria Chiesa
Vanessa Pancheri

Texto original

Madza Ednir

Adaptação

Sandra Mara Costa

Checagem

Lucila Rupp

Revisão

Mauro de Barros

Projeto gráfico e editoração

Studio 113

CTP e impressão

Centrográfica

Tiragem

310 exemplares

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Formação em pré-natal, puerpério e amamentação :
práticas ampliadas / Marcos Davi dos Santos...
[et al.]. – 1. ed. – São Paulo : Fundação Maria
Cecilia Souto Vidigal, 2014. – (Coleção primeiríssima infância ; v. 3)

Outros autores: Maria Angela Maricondi, Helena
Maria Fekete Nuñez, Alfredo Pina
ISBN da coleção 978-85-61897-05-5
ISBN do livro 978-85-61897-08-6

1. Amamentação 2. Bebês - Desenvolvimento
3. Crianças - Desenvolvimento 4. Cuidados pré-natais
5. Puerpério I. Santos, Marcos Davi dos.
II. Maricondi, Maria Angela . III. Fekete Nuñez,
Helena Maria. IV. Pina, Alfredo. V. Série.

14-12318

CDD-649.33
NLM-WS 120

Índices para catálogo sistemático:

1. Amamentação : Puericultura 649.33

SUMÁRIO

Apresentação	9
Retrato da oficina a ser reeditada	12
Público-alvo	12
Perfil	12
Objetivos da oficina	12
Resultados esperados	13
Indicadores de êxito	14
Exemplos do impacto na realidade do desenvolvimento na primeiríssima infância	16
Mensagens básicas	18
Textos para reflexão	26
Oficina de formação	50
Descrição das atividades da oficina	54
Alinhamento conceitual	64
Materiais de apoio para a oficina	82
Diagrama Folhas, Flores e Frutos	82
Modelo recomendado de Fluxo para a Formação	83
Modelo de Plano de Ação/Plano de Reedição	84
Modelo de Relatório de Formação e Supervisão	85
Ficha de Avaliação para Oficinas de Formação	86
Bibliografia	88

APRESENTAÇÃO

O caderno *Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas* foi produzido pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), com apoio do Centro de Criação de Imagem Popular (Cecip). O material é uma ferramenta voltada à disseminação de conhecimentos sobre o desenvolvimento integral da criança de zero a três anos, com vistas a gerar ações integradas de saúde, educação e desenvolvimento social e mudar o panorama do atendimento às necessidades e direitos da primeiríssima infância.

Os seis cadernos com material formativo da Coleção Primeiríssima Infância apresentam a sistematização de oficinas de formação do programa realizadas entre 2010 e 2012. Tais encontros envolveram profissionais das áreas de saúde, educação, desenvolvimento social, lideranças comunitárias, representantes de organizações sociais e Conselheiros de Direitos e Tutelares. A proposta deste conjunto de publicações é facilitar a adaptação, reedição e multiplicação dos conteúdos para outros profissionais.

Cada caderno temático inclui: público-alvo, objetivos e impactos esperados na prática; exemplos de mudanças resultantes da formação; mensagens básicas; visão geral do processo da oficina de formação; passo a passo das atividades e dinâmicas de cada módulo; textos básicos utilizados nos trabalhos em grupo ou como referência para o formador; alinhamento conceitual – onde se encontram considerações sobre o sentido de algumas palavras-chave que, no texto, aparecem em negrito (exemplo: **reeditores**); e bibliografia.

O objetivo deste caderno 3 é disponibilizar uma visão detalhada da *Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas*. Pretende-se facilitar aos interessados a escolha das mensagens e estratégias mais adequadas à sua realidade, que possam ser utilizadas junto a públicos específicos no sentido de ampliar a atenção integral e integrada à gestante, à puérpera, à criança até o desmame e às suas famílias.

Coleção

PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

A Coleção Primeiríssima Infância é um conjunto de materiais preparado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) para apoiar a implantação de programas voltados à primeiríssima infância nos municípios brasileiros. Conheça os títulos da coleção, disponibilizada integralmente no site da FMCSV ou pelo link www.colecaoprimeirissima.org.br

Coleção Primeiríssima Infância	Principais públicos
1. Dez passos para implementar um programa para a primeiríssima infância	<ul style="list-style-type: none"> – Gestores públicos (principalmente prefeitos, secretários municipais e outras pessoas ligadas à gestão dos serviços públicos) – Comitê Gestor Municipal (gestores públicos, técnicos de secretarias e da rede de atendimento e lideranças sociais) – Articulador Local – Grupo de Trabalho da Avaliação
2. Avaliação participativa da atenção à primeiríssima infância	<ul style="list-style-type: none"> – Grupo de Trabalho da Avaliação – Facilitador externo da avaliação – Comitê Gestor Municipal – Articulador Local
<p>Cadernos com material formativo do Programa Primeiríssima Infância:</p> <p>3. Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas</p> <p>4. Formação em trabalho com grupos: famílias grávidas e com crianças de até três anos</p> <p>5. Formação em espaços lúdicos</p> <p>6. Formação em educação infantil: zero a três anos</p> <p>7. Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p>8. Formação em puericultura: práticas ampliadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Multiplicadores/reeditores de conteúdo das oficinas de formação ministradas nos diversos temas – Formador/supervisor – Grupo de Trabalho da Avaliação – Articulador Local
Kit com 12 folhetos do Programa Primeiríssima Infância	<ul style="list-style-type: none"> – População em geral

As publicações da Coleção Primeiríssima Infância são voltadas também a profissionais com perfil técnico nas diversas áreas de atenção à primeiríssima infância, bem como aos integrantes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, representantes de organizações não governamentais (ONGs), jornalistas/comunicadores e pesquisadores/membros da universidade. Todos aqueles que possuem conhecimento e compromisso com a primeiríssima infância são bem-vindos para contribuir.

Retrato da oficina

A SER REEDITADA



Construímos a **descrição desta oficina de formação** a partir de planos e relatórios de oficinas do Programa Primeiríssima Infância relativos ao tema, realizadas no período 2010-2012, e de depoimentos/sugestões de consultores envolvidos. Para saber mais sobre o programa, acesse o site www.fmcsv.org.br

PÚBLICO-ALVO

Profissionais de saúde, educação infantil, assistência social e outros responsáveis pela implementação de políticas públicas e programas destinados à **primeiríssima infância**, que possam reeditar o conteúdo das oficinas de **formação** para colegas de trabalho e outros profissionais.

PERFIL

Profissionais que tenham facilidade de comunicação, que gostem de aprender sempre e gostem do desafio de atuar como disseminadores de conhecimento e impulsionadores de ações no campo do **desenvolvimento na primeiríssima infância**, com foco na expansão e qualificação dos processos de promoção da saúde e desenvolvimento integral das crianças de até três anos.

OBJETIVOS DA OFICINA

Geral

Formar **reeditores** que possam adaptar e utilizar conteúdos e estratégias desta oficina em futuras capacitações junto a seus pares, nos serviços de saúde, educação infantil, desenvolvimento social e outros, incentivando **intervenções setoriais e intersetoriais** que ampliem a atenção integral e integrada à **gestante**, à puerpera e à criança até o desmame.

Específicos

Os participantes serão convidados a:

- Identificar e caracterizar práticas de atenção ao **pré-natal, puerpério**

e **amamentação** no âmbito da atenção básica à saúde e também do desenvolvimento social e da educação infantil, descobrindo alternativas para qualificá-las e ampliá-las, ao enfatizar também suas dimensões emocional e social.

- Perceber as famílias a partir de seu **patrimônio**, e não de suas carências, e pensar intervenções rumo à melhoria da realidade do desenvolvimento na primeiríssima infância, que levem em conta o poder das **redes de apoio** e articulações.
- Reforçar a utilização da visita domiciliária enquanto instrumento potente de ampliação da clínica do pré-natal e do puerpério, bem como de estímulo à amamentação e ao desenvolvimento infantil.
- Introduzir ferramentas como o **genograma** e o **ecomapa** no trabalho de identificação e fortalecimento das dinâmicas internas e da rede social da família da mulher com crianças de zero a três anos, em especial da puérpera.
- Priorizar um ou mais aspectos da realidade do atendimento às crianças de até três anos a ser(em) aperfeiçoado(s) no município e identificar um público que possa interessar-se em receber instrumentos conceituais que ajudem a mudar o olhar e a prática no campo do **desenvolvimento na primeiríssima infância**.



Atenção!

Este material não pretende esgotar o tema, não é um material técnico para aspectos biomédicos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante a realização da oficina de formação, é esperado que todos os participantes elaborem, em grupos, o que chamamos de Plano de Reedição da oficina. Tais participantes assumirão o papel de reeditores da oficina, de modo a viabilizar a disseminação das aprendizagens entre seus pares em suas unidades de trabalho.

É ainda na oficina de formação que os participantes definirão os profissionais que serão envolvidos nas estratégias de mudança de práticas que se deseja ver concretizadas na atenção à primeiríssima infância no município. É esperado que os reeditores iniciem o planejamento das ações durante a própria oficina e que iniciem o desenho de um Plano de Ação.

A página 84 deste caderno disponibiliza um modelo de

ferramenta que serve tanto para orientar a elaboração do Plano de Ação quanto a do Plano de Reedição.

INDICADORES DE ÊXITO

Profissionais de saúde, assistência social e educação:

- Incentivam os **pais**, sejam eles esposos/companheiros atuais, ou não, a acompanharem as mulheres nas consultas de pré-natal, nos exames de ultrassom, no parto e no puerpério.
- Identificam/encaminham casos de dificuldades emocionais ou de rejeição da gravidez por parte da **mãe** e/ou de violência contra a mulher e/ou a criança.
- Orientam as famílias sobre a importância da interação de pai e mãe com crianças de zero a três anos como forma de potencializar seu desenvolvimento integral.
- Formam e lideram grupos de gestantes/**nutrizes**, seus parceiros e familiares, incentivando-os a refletir sobre os **aspectos emocionais** e sociais da gestação, puerpério e amamentação e tornar suas práticas coerentes com os conceitos apresentados.
- Oferecem apoio específico a adolescentes grávidas e outras gestantes/nutrizes em situação de vulnerabilidade.
- Atuam de forma integrada, inclusive promovendo reuniões, campanhas e mobilizações para difundir conceitos básicos sobre desenvolvimento na primeiríssima infância e práticas que fortaleçam o **vínculo** entre a criança e seus pais e familiares.
- Realizam visitas domiciliares às famílias no final da gestação e puerpério.
- Demonstram competências de escuta e empatia nas consultas do pré-natal e puerpério, preocupando-se em acolher bem, criar vínculos com a gestante/nutriz e levar em conta os sentimentos de todos os membros da **família grávida**.
- Orientam a gestante e o parceiro sobre fatores que colocam em risco o desenvolvimento do **embrião/feto** e da criança e sobre aqueles que o promovem.
- Utilizam ferramentas como o genograma e o ecomapa para mapear

forças e fortalezas das famílias e ajudá-las a desenvolver o seu patrimônio, ativando redes e parcerias.

- Conhecem os serviços que atendem à comunidade e se comunicam, trocando informações sobre pré-natal, puerpério e amamentação e encaminhando a eles as mães das crianças e suas famílias.
- Apoiam e promovem a amamentação e acompanham o processo de desmame.

Mães:

- Gestantes dão início ao pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação.
- Tomam decisões e praticam ações coerentes com o que aprenderam sobre a influência de fatores emocionais no desenvolvimento do embrião/feto e da criança.
- Amamentam filhos até seis meses de idade exclusivamente com leite materno, sempre que possível, e buscam ajuda de profissionais quando necessário.
- Sentem-se apoiadas pelos serviços de atendimento do município.
- Puérperas recebem tanta atenção quanto o recém-nascido e buscam ajuda de profissionais quando necessário.
- Procuram criar vínculo com o seu bebê desde a gestação, fortalecendo este vínculo durante o período de amamentação no peito ou, não sendo possível, no processo de alimentação artificial.

Pais:

- Acompanham a mulher nas consultas do pré-natal, ultrassom e parto.
- Tomam decisões e praticam ações coerentes com o que aprenderam sobre a importância de apoiarem a gestante durante a gravidez, parto, puerpério e amamentação.
- São incentivados a desenvolver vínculo paterno durante a gestação, que será reforçado no encontro após o parto.

Famílias:

- Tomam decisões e praticam ações coerentes com o que aprenderam sobre a importância de apoiarem a gestante durante a gravidez, parto, puerpério e amamentação.
- Ativam redes de apoio para superarem condições ambientais, sociais e econômicas que colocam em risco os períodos da gestação, puerpério e amamentação.

Crianças:

- São cuidadas, respeitadas e recebem atenção de saúde a partir do período pré-natal, sendo os fatores de risco ao seu desenvolvimento prevenidos ou precocemente identificados.
- São amamentadas sempre que possível com leite materno, até pelo menos os seis meses de idade, e acompanhadas no processo de desmame.
- Recebem o apoio da família, comunidade e sociedade para o desenvolvimento do seu pleno potencial.

EXEMPLOS DO IMPACTO NA REALIDADE DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

As oficinas de Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas buscam produzir mudanças no olhar e na prática dos profissionais de saúde, assistência social e educação, que possam ter impacto na atenção integral e integrada à gestante, puérpera e crianças até os três anos.

Casos como os que relatamos a seguir mostram que perspectivas e crenças sobre o desenvolvimento infantil estão se transformando nos municípios envolvidos com o Programa Primeiríssima Infância, o que gera ações que melhoram a qualidade de vida das crianças e de suas famílias.

- Após a implantação do programa, uma mulher no puerpério relatou à assistente social que seu bebê estava na creche, mas isso não a impedia de amamentá-lo: a creche havia criado um “Cantinho

da Amamentação”, coordenado por um educador. A assistente social fez uma carta de elogio à creche, validando, percebendo a importante mudança de prática e reforçando a iniciativa em apoio à amamentação.

- Os profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) se articularam com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e os empresários no apoio aos grupos de gestantes, que passaram a se reunir, periodicamente, compartilhando experiências e recebendo orientações sobre desenvolvimento na primeiríssima infância. Os empresários oferecem os enxovais dos bebês como brinde. Maridos ou companheiros passaram a participar dos grupos, apoiando suas mulheres.
- Profissionais dos Cras tiveram a iniciativa de criar um grupo de meninos adolescentes para trabalhar temas como sexualidade, gravidez na adolescência e paternidade. Foram organizadas visitas mensais à maternidade para as gestantes e seus acompanhantes. Com isso, diminuem-se a ansiedade e a insegurança em relação ao momento do parto.
- Em muitas UBSs, concentrou-se o horário de atendimento das gestantes para facilitar a participação das mesmas nos grupos.

Mensagens **BÁSICAS**

AMPLIAÇÃO DO ATENDIMENTO

Cuidar da gestante e da mãe é cuidar da criança

Os cuidados recebidos pela gestante e mãe – durante o pré-natal, parto, puerpério e amamentação – refletem-se no desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial da criança.

Aspectos emocionais e sociais da gestação e da maternidade têm o mesmo peso que os físicos/biológicos

Ampliar o atendimento ao pré-natal/puerpério e amamentação é considerar com igual atenção e importância aspectos físicos/biológicos e psicossociais da gestante.

Os sentimentos do pai

A tarefa de envolver o pai é parte integrante da atenção às fases do pré-natal, puerpério e amamentação. Mesmo que ele não possa comparecer à consulta, o obstetra, médico de família ou enfermeiro devem enviar mensagens para incentivar a participação do pai e responder às suas dúvidas e inquietações nas consultas de pré-natal.

Se os sentimentos paternos, durante a gestação e depois que a mulher tem o bebê, forem considerados pelos profissionais de saúde, assistência social e educação infantil, o pai tende a se sentir mais incluído e respeitado e, por isso, mais propenso a participar ativamente dos processos que envolvem a gestação, o parto e os cuidados com a criança.

**A TAREFA DE
ENVOLVER O
PAI É PARTE
INTEGRANTE
DA ATENÇÃO
ÀS FASES DO
PRÉ-NATAL,
PUERPÉRIO E
AMAMENTAÇÃO**

Apoiar o pai pode aumentar o seu apoio à gestante

Quando o parceiro da gestante reconhece e compreende o que se passa dentro de si e o que está acontecendo com a família durante a gestação, pode sentir-se mais incluído e lidar melhor com possíveis sentimentos de ciúme, indiferença, hostilidade, ou com sintomas psicossomáticos. Resultado possível: apoio mais eficaz à mulher e ao bebê.

**O PAI TEM SUAS
INQUIETAÇÕES E
NECESSIDADES
E TEM DIREITO A
SER INCLUÍDO NO
PRÉ-NATAL**

Visitar a mulher e a família na casa onde moram possibilita observar e orientar de forma mais contextualizada e eficiente

A visita domiciliar é um instrumento potente de ampliação do atendimento da mulher e da família no ambiente em que vivem, em especial na fase do puerpério e amamentação, possibilitando avaliar o plano de cuidado colocado em prática pela equipe de saúde até aquele momento, observar possibilidades, dificuldades e oferecer as orientações necessárias.

PRÉ-NATAL**A promoção do desenvolvimento infantil pode começar na gravidez**

O embrião ou feto reage não só às condições físicas da mãe, aos seus movimentos psíquicos e emocionais, como também aos estímulos do ambiente externo que a afetam. O cuidado com o bem-estar emocional da mãe repercute no ser que ela está gestando.

Toda gestante tem direito ao apoio do parceiro, família, vizinhos e comunidade

Quando a mulher grávida recebe apoio emocional e material do parceiro e de outros que lhe são próximos durante todo o processo, seus sentimentos de bem-estar comunicam-se ao embrião e ao feto, favorecendo o desenvolvimento saudável do bebê.

Amorosidade e afetividade durante a gravidez e depois do puerpério fazem bem à saúde do casal

Manifestações de carinho e amor – que podem incluir relações sexuais, quando o desejo da mulher for despertado – diminuem a ansiedade do casal e incrementam autoconfiança e autoestima em um período delicado para ambos.

Quando uma mulher engravida, sua família também pode considerar-se grávida

A futura mãe prepara-se para o nascimento do filho, e toda a família começa, assim, a “esperar o bebê”, que irá chegar não só para a mulher, mas também para o grupo familiar.

A mulher grávida não é uma ilha

A mulher grávida deve ser percebida não como uma pessoa isolada, mas, sim, em suas relações com o ambiente social direto e indireto: membros da família – em especial o parceiro, outros filhos –, amigos, vizinhança e representantes de instituições governamentais e sociais.

Adolescente grávida: atenção redobrada

A grávida adolescente merece atenção redobrada, pois está vivenciando dois processos simultâneos de transformação: a transição da infância para a juventude e a gestação seguida da maternidade precoce.

Vizinhança, agentes sociais e governamentais têm responsabilidade pelo apoio a mulheres e famílias grávidas

Qualquer gravidez, de primeiro filho ou não, implica mudanças e adaptações psíquicas e sociais importantes, tanto da mulher quanto da família, que demandam respostas adequadas por parte do entorno, da sociedade e do governo. A mulher deve ter seus direitos respeitados no trabalho e na escola.

PUERPÉRIO

Durante as primeiras semanas após o parto, a mãe deve receber tanta atenção quanto o bebê

O foco no recém-nascido pode tornar a mãe invisível. No entanto, a mulher também precisa de cuidados físicos e psicossociais para que possa se sentir bem e segura.

As primeiras semanas/meses após o parto são cruciais para que a mulher sinta-se acolhida e possa aprender a ser mãe para o seu bebê

Na fase do puerpério a mulher precisa ajustar expectativas e demonstrar para si e para os outros que é capaz de ser mãe. Ela passa por importantes alterações hormonais, físicas e emocionais e depende do acolhimento oferecido pelos que a cercam para realizar os ajustes psíquicos adequados.

Sintomas de tristeza, comuns no puerpério, bem como de depressão e psicose, mais raros, podem ser precocemente identificados e tratados

Alterações emocionais que acometem as puérperas, sejam leves, como a tristeza/**blues puerperal**, ou graves, como a depressão pós-parto e a psicose puerperal, podem ser precocemente identificadas e tratadas por profissionais da saúde. Profissionais da assistência social e da educação também podem ajudar a indicar mães que precisam de avaliação profissional.

O amparo materno dá à criança coragem para explorar o desconhecido

Especialmente ao nascer e durante os primeiros meses de vida, a criança precisa da proteção do corpo da mãe, do seu calor, e de seus gestos de delicadeza e carinho, para se sentir amparada e compreendida enquanto enfrenta um mundo externo desconhecido. Quando a mãe sente-se amparada (pela família, comunidade, instituições), ela pode amparar melhor o bebê.

QUANDO A
MÃE SENTE-SE
AMPARADA
(PELA FAMÍLIA,
COMUNIDADE,
INSTITUIÇÕES),
ELA PODE
AMPARAR
MELHOR O BEBÊ

AMAMENTAÇÃO

A amamentação nutre corpo e a mente do bebê

Para o recém-nascido, a amamentação representa o mundo inteiro, a fonte privilegiada de suas relações com o meio, pela qual estabelece contato emocional com a mãe, nutrindo não somente seu corpo, mas também sua mente e o espírito de humanidade.

Quando a amamentação natural é impossível, contraindicada ou muito dificultada, é possível alimentar o bebê, criando vínculos com ele, sempre com o acompanhamento de um profissional de saúde

Mães que, embora amem o bebê e desejem amamentá-lo, se encontram impossibilitadas de fazê-lo, devem ser orientadas a recorrer a formas alternativas, por meio das quais a criança possa ser alimentada, experimentando proximidade com a mãe equivalente à da amamentação. Na impossibilidade do aleitamento materno, deve-se procurar um profissional para orientação.

Confiança e felicidade ao doar alimento são sentimentos que unem a mãe que amamenta ao seu bebê

O estado de unidade e harmonia na relação mãe/bebê é alcançado quando a mulher sente-se confiante ao amamentar, capaz de usufruir e se sentir feliz na doação física e íntima do alimento.

A mãe pode aprender a lidar com dificuldades do bebê e com a sua própria ansiedade ao amamentar

Uma situação positiva de amamentação pode ser mais facilmente alcançada quando a mãe recebe apoio para lidar com eventuais dificuldades do bebê em aproximar-se do seio e com sua própria ansiedade em relação à eficácia de seu leite para sustentar o bebê.

Amamentar é uma aprendizagem

Começar a amamentar requer um ajuste da dupla mãe/bebê que nem sempre é fácil. A mãe precisa aprender a lidar com possíveis dificuldades do bebê em “pegar o peito” e também com a sua própria ansiedade e inexperiência ao amamentar. Os profissionais de saúde podem aconselhar a mãe sobre o manejo no aleitamento, estimulando sua confiança e autoestima, praticando a escuta ativa e empática, observando a mãe amamentar para detectar problemas mais sérios e oferecendo sugestões práticas, visando ampliar o seu repertório.

O desmame também é um processo que envolve separação, perda, mudança e desenvolvimento em busca de novas direções

Quando realizado da forma adequada, o desmame pode tornar-se referência na construção de atitudes de coragem para abandonar conforto e segurança, sempre que é necessário fazê-lo para crescer e progredir. É o primeiro momento em que a mãe e outros adultos podem ajudar a criança a encontrar o equilíbrio e a lidar com o que ela quer, mas não pode ter, e com o que não quer, mas precisa fazer.

O desmame deve ser feito gradualmente

O desmame precoce ou traumático pode prejudicar o desenvolvimento na primeiríssima infância. Como todas as mudanças/transições importantes na vida da criança, deve ser feito gradualmente, para que ela possa assimilá-lo e tenha tempo de descobrir que pode sentir-se bem sem a ajuda da relação de amamentação.

FAMÍLIAS E SUAS REDES

A atuação das instituições da comunidade pode interferir no território, tornando-o propício ao desenvolvimento na primeiríssima infância

É importante que profissionais envolvidos na ampliação

do atendimento ao pré-natal, puerpério e amamentação comprometam-se a facilitar grupos de reflexão com gestantes, pais, familiares e cuidadores, promovendo a participação da comunidade no **território**, com vistas a torná-lo propício ao desenvolvimento na primeiríssima infância. É como se toda a comunidade se abrisse para receber esse novo cidadão.

Famílias com dificuldades em exercer as funções materna e paterna precisam de apoio extra

Profissionais de saúde, educação e assistência social podem intensificar o diálogo com famílias que encontram maior dificuldade em equilibrar funções de apoio, acolhimento (maternas) e funções de estabelecimento de regras e limites (paternas). Novas organizações/estruturas familiares merecem atenção especial: famílias caracterizadas por uniões de curta duração; “famílias em redes”, nas quais filhos de diferentes uniões entrelaçam várias famílias; famílias de casais do mesmo sexo e outras.

Redes sociais são fontes de sustento material e emocional para a família

Considerar as redes sociais às quais a família está ligada é identificar as fontes de sustento emocional, material, serviços e informações, tornando possível a superação de desafios e a construção de um ambiente que estimule o desenvolvimento na primeiríssima infância.

Intervenções voltadas a apoiar famílias devem ser realizadas a partir de seu patrimônio – do que existe e não do que falta

Cada gestante, mãe e família possuem forças, recursos, potenciais, que representam um patrimônio a ser mobilizado para garantir mais segurança e melhor padrão de vida, o que terá impacto no desenvolvimento na primeiríssima infância. Instrumentos como o genograma e

o ecomapa podem ajudar a identificar esse patrimônio. Assim, será possível fazer com que sua existência seja reconhecida, despertando a esperança e a vontade de usá-lo e fortalecê-lo. A visita domiciliária é uma atividade primordial para o uso dessas tecnologias de intervenção junto à família.

A oficina Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas busca expandir a visão sobre os temas em foco, destacando a importância fundamental da inclusão de dimensões emocionais, afetivas e sociais ao atendimento e cuidado a gestantes e mães. Tal propósito ganha importância ainda maior quando é preciso lidar com situações extremamente difíceis como gestação de filhos com deficiência, aborto espontâneo ou provocado, morte da criança de zero a três anos, presença de violência doméstica e/ou sexual na família. Por merecerem aprofundamento e tratamento diferenciados, estas situações não fazem parte do escopo dessa oficina específica.

Textos para **REFLEXÃO**

Este capítulo traz referenciais teóricos para a oficina *Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas*. Alguns deles são tratados durante a oficina, enquanto outros servem de subsídio para o aprofundamento das discussões e a melhoria das práticas.

TEXTO 1 – ASPECTOS EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO

Texto elaborado por Maria Angela Maricondi, com base em Famílias Grávidas – versão Profissional de Saúde, de Claudia Medeiros de Castro (mimeo, 2011).

Diante do resultado positivo de um teste de gravidez, as reações das mulheres podem variar bastante em função de a gravidez ter sido desejada ou não, planejada ou não. Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 2006) revelam que 53,9% dos nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos foram desejados, dos quais 28,2% não foram planejados; 17,6% dos nascimentos não foram desejados, sendo que esta porcentagem aumenta conforme aumenta a idade das mães, podendo chegar a 40,1% em mulheres com mais de 35 anos (Brasil, 2008).

Mesmo quando se trata de gravidez desejada e planejada, a mulher pode experimentar fortes sentimentos ambivalentes em relação ao bebê, desejando-o ao mesmo tempo que não.

Qualquer gravidez, de primeiro filho ou não, implicará mudanças e adaptações psíquicas e sociais importantes, tanto da mulher quanto da família.

Primeiro trimestre

Nos primeiros três meses as mudanças corporais não são evidentes. Algumas mulheres chegam até a duvidar de que estejam de fato grávidas, mesmo diante do resultado de uma ultrassonografia, cujas imagens são bem difíceis de identificar como sendo as de um bebê.

Geralmente as primeiras suspeitas de gravidez, além do atraso menstrual, baseiam-se em um sintoma que pode causar certa estranheza: o excesso de sono. A mulher necessita dormir muito mais que o habitual e, por mais que durma, continua sonolenta durante o dia. Esta situação caracteriza o início de um estado psicológico denominado regressão, que é um movimento psíquico de identificação com o feto e, conseqüentemente, provoca a necessidade de afastar-se de estímulos internos e externos. A gestante pode ficar mais retraída, mais distante, como se estivesse desconectada de si e dos demais. Estas reações representam uma defesa biológica adequada, uma vez que garantem uma quota maior de repouso do organismo.

Quando, por outro lado, em lugar de excesso de sono, ocorre insônia, recomenda-se chamar a atenção e contar com o apoio do pai, companheiro ou outro familiar de referência da gestante, uma vez que o sintoma da insônia indica que a ansiedade em relação à gravidez é excessiva. Se a mulher já tem outros filhos ainda pequenos, essa sua retração vai ser percebida imediatamente por eles, o que poderá provocar-lhes mudanças bruscas de comportamento, como choros, pesadelos noturnos, falta de apetite, irritabilidade, agressividade, birras, etc. O que as crianças temem neste caso é a ameaça de um rival oculto – o bebê – que poderá lhes tirar a mãe.

Enjoos, náuseas e vômitos costumam acontecer a partir do segundo mês de gestação, em geral pela manhã, após o despertar. Observações clínicas revelam que a hiperemêse gravídica¹ pode estar associada, além das questões relativas à formação da

**A MULHER
NECESSITA
DORMIR MUITO
MAIS QUE O
HABITUAL
E, POR MAIS
QUE DURMA,
CONTINUA
SONOLENTA
DURANTE O DIA**

1. Náuseas e vômitos em excesso, que podem causar desidratação e perda de peso, ocorrendo entre a quinta e a vigésima semanas de gravidez.

placenta, à ansiedade decorrente da dúvida de estar grávida, à insegurança ou dificuldade para aceitar a gravidez ou a sentimentos de rejeição em relação a ela. Com frequência estes sintomas cessam espontaneamente ou persistem de forma leve, quando as modificações corporais tornam-se mais evidentes e a mulher consegue perceber os movimentos fetais.

Outras preocupações e fantasias são comuns neste período: medo de lhe roubarem o bebê, medo de uma “falsa” gravidez, medo de ter um filho com problemas, ou de ela mesma ter problemas de saúde. Os estados emocionais típicos da gravidez levam muitas mulheres a repensar sua relação com a própria mãe, a reviverem situações familiares significativas, especialmente aquelas dos primeiros anos de vida.

Aceitar a existência de outro ser dentro de si pode significar um grande desafio para muitas mulheres, especialmente quando se trata de percebê-lo como um ser diferente e independente, com vida, ritmo, movimentos e características próprias. Exacerbam-se também sentimentos de força, poder e autossuficiência que, de um lado, são muito prazerosos, mas, de outro, também assustam e angustiam. De certa forma, com a evolução da gestação, vai ocorrendo um acerto entre o feto e a gestante, o que confirma a capacidade desta última de hospedar e tolerar o diferente dentro de si.

O embrião

Os avanços da ciência transformaram radicalmente a concepção do útero como um lugar escuro, silencioso, misterioso, seguro, confortável e protegido dos estímulos do mundo externo. Atualmente sabemos que há vida emocional e inteligente em potencial no feto desde o princípio de sua formação. Cada vez mais evidências são encontradas no sentido de comprovar uma continuidade surpreendente entre a vida pré-natal e pós-natal. O feto reage às condições físicas da mãe, aos seus movimentos psíquicos e emocionais, aos elementos sensoriais que o cercam. Faz trocas perceptivas diretamente com ela, seja sentindo seu ritmo cardíaco, ouvindo o som de sua voz, reagindo a estímulos nervosos

**ACEITAR A
EXISTÊNCIA
DE OUTRO
SER DENTRO
DE SI PODE
SIGNIFICAR UM
GRANDE DESAFIO
PARA MUITAS
MULHERES**

ou químicos; ou indiretamente com o pai, que pode interagir com o bebê ainda dentro da barriga da mãe. Nas primeiras semanas o sistema neurológico começa se desenvolver. Com sete semanas o embrião apresenta os dois hemisférios cerebrais, braços e pernas com fendas nas mãos e nos pés que serão os futuros dedos, e estruturas do ouvido em desenvolvimento. Com dez semanas passa a ser considerado um feto, pois já possui vários órgãos como cérebro, pâncreas, intestino, apêndice, rins, fígado e pulmões, ainda não suficientemente desenvolvidos.

Segundo trimestre

As mudanças corporais são mais evidentes agora e mais facilmente percebidas pelos familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho. Torna-se assim uma gravidez social, pois “adquire características de um fato concreto” (Soifer, 1980).

A percepção dos movimentos fetais pela gestante provoca diferentes interpretações, como, por exemplo, pontapés agressivos, ou chutes de um menino jogador de futebol, ou movimentos calmos e suaves, etc. No quinto mês, algumas mulheres fantasiam que seu corpo poderá ser destruído ou ser destrutivo para o bebê, que seu corpo está muito mudado e seu bebê poderá ter algum tipo de má-formação; também temem por sua vida e pela do seu bebê.

Neste período ocorre aumento da altura abdominal e das mamas. Um importante descompasso entre a autoimagem corporal e o corpo físico modificado pode explicar ocorrências cotidianas, tais como tentativa de vestir roupas de antes da gravidez, passar por espaços reduzidos como o de uma roleta de ônibus ou trem, etc.

Algumas mulheres perdem o interesse sexual e passam a evitar seus companheiros. Podem se sentir feias ou, pelo contrário, bonitas e plenas, do que igualmente resulta a falta de libido orientada ao ato sexual.

Também para o homem este é um período de muitas alterações emocionais e de revisão da própria história de vida – sua infância, suas primeiras relações afetivas, sua relação com o pai, mãe, etc. Se ele se sentir duramente excluído, poderá reagir ignorando a ambos, mulher

HÁ REGISTROS DE MEMÓRIA DO PERÍODO PRÉ-NATAL, POIS ESTUDOS DEMONSTRAM QUE O BEBÊ JÁ CONHECE A VOZ HUMANA AO NASCER

e bebê; se ele se sentir incluído, poderá identificar-se de forma positiva e aproximar-se para conhecer, sentir o que ela está sentindo, acompanhar as mudanças e reações do bebê dentro da barriga, etc. Seu ciúme, quando não consciente, pode se expressar através de hostilidade aberta, indiferença, rejeição sexual, ou sintomas psicossomáticos. Quando ocorre impotência sexual, o homem facilmente se justifica relacionando-a ao medo de ferir o bebê.

Atualmente é possível, graças aos avanços tecnológicos, saber neste período qual o sexo do bebê. Uma vez confirmado, os futuros pais já começam a escolher o nome e a imaginar suas características físicas, psicológicas e comportamentais.

O feto com 16 semanas mede cerca de 16 centímetros e pesa cerca de 160 gramas. Seus órgãos continuam a se desenvolver, o sistema circulatório se aperfeiçoa. Seu corpo é coberto por uma substância oleosa e branca que protege a pele e vai facilitar sua passagem pelo canal vaginal. Suga o dedo e boceja, movimentase ativamente e treina os movimentos para respirar, reage à luz e aos sons. Ao final do sexto mês, medirá cerca de 30 centímetros e pesará cerca de um quilo.

Há registros de memória do período pré-natal, pois estudos demonstram que o bebê já conhece a voz humana ao nascer. Nos primeiros dias de vida, os bebês têm preferência pela voz feminina; se estimulados por uma voz feminina e pela voz materna, procuram claramente a voz materna. Por isso, conversar com o bebê, cantar e ouvir música não faz bem apenas para a gestante; faz bem para o bebê e também é uma maneira de estimular o feto e realizar trocas precoces com ele.

O terceiro trimestre

Neste período as mulheres já estão bem adaptadas ao seu corpo grávido e aos movimentos fetais. Muitas gostam de compartilhar tudo isso com o companheiro e com outras pessoas afetivamente importantes de sua rede de apoio. E começam a se preparar para o parto.

Estudos indicam que as principais preocupações da gestante

com a saúde do seu bebê referem-se a aspectos de má-formação e prematuridade, sendo bastante tranquilizadoras as informações que ela recebe dos profissionais durante o pré-natal.

Segundo Soifer (1980), ocorrem repercussões psíquicas importantes neste período, quando o feto se acomoda com a cabeça voltada para o canal de parto. Muitas mulheres experimentam intensa crise de ansiedade devido à percepção inconsciente dessa mudança de posição do feto. Algumas gestantes sonham até que a criança corre o risco de cair. Quanto ao companheiro, ele pode ficar muito envolvido em suas próprias preocupações e futuras responsabilidades, temendo pela vida de sua companheira, sentindo a ansiedade de todo o grupo familiar. A continuidade das relações sexuais, quando não houver contraindicação médica, poderá ajudar muito a equilibrar o relacionamento do casal, diminuindo o ciúme e a ansiedade de ambos.

Neste período o bebê se mexe menos, pois tem pouco espaço e já está praticamente encaixado. Esta diminuição de movimentação é interpretada pela mulher como um sinal de perigo associado ao medo de sua morte. Ocorre também certo rebaixamento da percepção materna por ansiedade devido à proximidade do parto. Assim, ocorrem os "alarmes falsos", que podem ser entendidos como um ensaio sobre o que está por vir.

Após essas crises de preocupação, na maioria dos casos o sono intenso reaparece, possibilitando uma volta a si mesma com a regressão que este momento exige.

A proximidade do parto traz preocupações, como o medo de morrer, as preferências sobre as prováveis vias de parto, dúvidas sobre a própria competência para cuidar do bebê, etc. Todas estas reações são muito amplificadas no final da gestação.

O final da gestação

O bebê está praticamente formado, apenas precisa aumentar de peso e amadurecer seus órgãos para poder viver fora do corpo da mãe. Em geral, sua cabeça encontra-se posicionada para baixo e ele

O FETO REAGE ÀS CONDIÇÕES FÍSICAS DA MÃE, AOS SEUS MOVIMENTOS PSÍQUICOS E EMOCIONAIS, AOS ELEMENTOS SENSORIAIS QUE O CERCAM

está bastante sensível a sons e luminosidade. Consegue acompanhar com os olhos estímulos luminosos próximos à barriga da mãe. As trocas perceptivas e sensoriais estão se dando a todo vapor.

Cantar, ouvir música, contar histórias, conversar com o bebê e massagear a barriga são boas oportunidades de trocas precoces entre a mãe, o bebê e o pai.

É importante tranquilizar a gestante informando a ela que a gravidez dura em torno de 40 semanas e que se espera que os bebês nasçam entre a 38ª e 42ª semana; e que pequenas variações na data prevista para o parto são normais e não devem causar preocupação.

Recomenda-se que no último trimestre:

- A mulher tenha feito uma visita à maternidade onde dará à luz.
- A gestante e o profissional de saúde construam um bom “plano de parto”, com local definido, previsão de tempo de chegada da casa ao serviço de saúde, quem será seu acompanhante, escolha das técnicas a serem usadas para alívio da dor, além das orientações sobre o trabalho de parto.
- A mulher esteja suficientemente consciente de seus direitos – licença-maternidade, direito a acompanhante, alojamento conjunto, amamentação, entre outros – e bem orientada acerca dos primeiros cuidados com o bebê.

TEXTO 2 – O PUERPÉRIO: ASPECTOS EMOCIONAIS

Texto elaborado por Claudia Medeiros de Castro, extraído de Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos, organizado por Saul Cypel (São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011, p. 99-100).

É recomendável que o primeiro contato visual e tátil da mãe com o bebê ocorra logo após o parto, antes do corte do cordão umbilical. Em alguns serviços é permitido que o acompanhante realize o corte do cordão. Coloca-se o bebê junto do corpo da mãe, para então proceder ao corte.

Essa prática traz inúmeros benefícios. Para a mãe, poder olhar

e tocar seu bebê traz o conforto de saber que está vivo, e a auxilia a adequar a imagem mental que construiu (o bebê ideal), diferente daquele apresentado a ela (o bebê real). Estudos indicam que a imagem mental de um recém-nascido, criada pelas mães e por outros adultos, corresponde à de um bebê de três meses de idade. Portanto, deparar-se com o bebê real – que tem pele com aspecto esbranquiçado pelo vernix-caseoso, cabeça ligeiramente alongada, pois os ossos do crânio tiveram de se ajustar para a passagem no canal vaginal – pode levar muitas mães a uma sensação de estranhamento, de não reconhecimento de que aquele ser apresentado a ela é o produto da sua gestação. Algumas mulheres chegam a relatar fantasias de que o bebê foi trocado. Assim, possibilitar que ambos fiquem próximos, que tenham contato pele a pele, possibilitará o gradual reconhecimento, a identificação de aspectos familiares, de traços físicos semelhantes aos genitores ou outros familiares e a formação do vínculo (Soifer, 1980).

Na perspectiva física, por exemplo, o contato permite que a proximidade ajude a fortalecer o sistema imunológico do bebê, pois a mãe o coloniza com os microrganismos de seu ambiente. Isso ajuda em sua adaptação imunológica ao meio em que viverá. Na perspectiva psíquica, estudos indicam que o bebê nasce com registros de memória rudimentares e inconscientes, os registros mnêmicos, demonstrando familiaridade com sons, como o da voz materna. Assim, quando a mãe fala ao bebê em geral ele se acalma. O contato pele a pele também pode fornecer conforto, pois permite que o recém-nascido ouça o som familiar dos batimentos cardíacos da mãe e se acalme com os movimentos respiratórios dela. O contato também poderá ajudá-lo a enfrentar a mudança do estado intrauterino para o estado da vida fora do corpo materno, a enfrentar o desamparo, as novas e atemorizantes sensações causadas pelo desconhecido. Promover a proximidade física também facilitará a ocorrência da amamentação na primeira hora de vida de bebê, o que traz inúmeros benefícios físicos e está estreitamente ligado ao fortalecimento do vínculo.

O puerpério é um período de muito trabalho psíquico para a mulher. Ela terá de lidar com a perda do corpo grávido. Nesse período, algumas relatam sensação de esvaziamento, outras contam que

continuam a sentir os movimentos fetais. Sabe-se que, em séculos passados, ao útero era dado o nome madre, uma entidade cujo equilíbrio estava diretamente relacionado ao equilíbrio psíquico. Em grupos culturais mais tradicionais, é dito que é a “mãe do corpo” que está a se movimentar. Nesse momento de ajuste, ocorrem alterações físicas e hormonais importantes. E a forma como são nomeadas revelam o sentido que cada uma dá a esses acontecimentos. Como já mencionado acima, agora a mulher terá de se ajustar e investir no corpo não grávido, ajuste que ocorrerá acompanhado da lenta volta ao corpo anterior, de antes da gravidez. Terá ainda de viver o luto pelo bebê ideal, ajustar suas expectativas e investir no bebê real, que agora é um ser que tem vida própria, independente. Agora, de fato deverá exercitar a maternidade, demonstrar para si e para os outros que é capaz de ser mãe. Deverá aprender a ser mãe para o seu bebê.

Encontra-se, então, em um estado de importantes alterações hormonais, físicas e emocionais, que, dependendo de sua história anterior e da continência oferecida pelos que a cercam, poderá resultar no adequado ajuste psíquico em maior ou menor tempo. Entretanto, algumas mulheres necessitarão da ajuda de um profissional de saúde mental. Sabe-se que as alterações emocionais são comuns no puerpério. Estima-se que entre 50 e 70% das mulheres apresentem um estado depressivo leve e transitório, com cerca de duas semanas de duração, conhecido como blues puerperal. Há manifestações emocionais de fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria e sentimentos de incapacidade – por exemplo, sentir-se incapaz de cuidar do bebê, incapaz de continuar a cuidar da casa, da família (Brasil, 2006b).

Manifestações mais graves, que caracterizam o quadro de depressão pós-parto, acometem entre 10 e 15% das puérperas, que têm sintomas como perturbação do apetite e do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê (Brasil, 2006b). Tais casos necessitam de acompanhamento de profissionais de saúde; pode ser necessário tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso.

Deve-se considerar que o companheiro também vive os efeitos do período puerperal. Pode se sentir excluído da relação tão íntima que é estabelecida entre a mãe e o bebê. Também poderá não compreender as reações da mulher no puerpério, sendo necessário esclarecê-lo sobre as manifestações do período, favorecendo assim o ajuste de ambos à entrada do novo membro na família. Quanto à sexualidade, ajustes poderão ser necessários, considerando-se que o bebê demanda muita atenção e prontidão para atender suas necessidades, o que levará o casal a arranjos que possibilitem garantir espaço para sua intimidade e atividade sexual. Quando há outros filhos, podem ocorrer alterações de comportamento, como atitudes agressivas e hostis dirigidas à mãe ao bebê. Poderão ainda ocorrer regressões, como episódios de enurese noturna, fala mais infantilizada e até agressividade.

Devemos considerar que o nascimento de um bebê impacta à todos, pois com ele nasce uma nova família.

TEXTO 3 – ASPECTOS EMOCIONAIS DA AMAMENTAÇÃO

Extratos de Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos (p. 115 e 118), de Lia Rachel Colussi Cypel, publicação organizada por Saul Cypel (São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011).

O mundo do bebê recém-nascido

É necessário e saudável que a mãe tome consciência de que seu bebe é único, diferente de qualquer outro bebe de amigas ou de seus outros filhos que já possa ter tido ou que irá ter e que ela, mesmo sendo a mesma, também será um pouco diferente para cada um de seus filhos.

Marta Harris (1995), coordenadora durante muitos anos do Departamento de Crianças e Pais, da consagrada Tavistock Clinic, em Londres menciona com precisão o processo de estabelecimento de vínculos:

**É NECESSÁRIO
E SAUDÁVEL QUE
A MÃE TOME
CONSCIÊNCIA
DE QUE SEU
BEBÊ É ÚNICO**

“O relacionamento se desenvolve com a capacidade de duas pessoas experimentarem e se ajustarem à natureza, uma da outra. Da maneira como seu filho precisa de alimentação e espaço para crescer, precisa da segurança de um vínculo amoroso, no qual possa se expressar, deixar-se conhecer e conhecer-se e perceber a grande quantidade de sentimento por ele vividos. Por meio de sua resposta como mãe às necessidades físicas e emocionais do bebê, ele vai aprender a conhecer a mãe e a construir sua confiança em uma pessoa cuidadosa e prestativa e, por meio de sua interpretação adequada dos sentimentos dele, o bebê vai aprender a conhecer-se.”
(Harris, 1995)

A mãe não precisa acertar sempre, basta estar genuinamente envolvida no vínculo e disponível para aprender com a experiência que estará sendo vivida. Mas talvez a experiência maior e mais importante seja a que ela mesma teve quando bebê e que, embora não se recorde conscientemente, estará nos fundamentos de sua capacidade de reagir, de manter-se vinculada afetivamente e oferecer continência em nível satisfatório. As primeiras necessidades do bebê são ser carregado, vestido, alimentado e ter alguém que gradue o seu contato com os estímulos do mundo externo para que não sejam tão abruptamente diferentes do meio intra uterino e possam ser gradativamente tolerados, sem serem vividos como intrusivos e ameaçadores.

A proteção do corpo da mãe, o seu calor, os seus gestos de delicadeza, empatia e proteção vão lhe garantir a segurança e conforto emocional necessários para favorecer novos contatos com o mundo externo desconhecido. Como já mencionamos, a mãe deverá estar presente afetivamente e com empatia com o filho para atender tanto suas sensações desagradáveis, como dor e o desconforto expressos em termos físicos (evacuações, urina, vômitos, gases, etc.), quanto sua necessidade de alimento e afeto amoroso. Deverá também compreender os sentimentos e desejos que a criança expressará nesse início por contato sensorial, voz, carinhos, toques, olhar... Essa é a “função de continência” materna.

É necessário repetir para dimensionar a importância do que Winnicott (1988) denomina “preocupação materna primária”: estado mental no qual a mãe se torna capaz de se colocar no lugar do bebê, de segurá-lo bem, de atuar como um “ego auxiliar”, mesmo que frágil, de tal forma que o filho possa usufruir de um mínimo conforto quanto às suas agonias e desconfortos iniciais de vida.

Isto porque, neste início, a mãe é o mundo do bebê, embora ele não a reconheça como uma pessoa à parte. Pelo contrário, a figura materna é apenas uma continuidade de seu próprio corpo, com experiências prazerosas ou não, e que lhe despertam reações físicas e emocionais variadas.

A mãe é o braço que o carrega, a mão que o veste e despe, que lhe dá banho, o colo que o aquece e embala, o seio que o alimenta e sacia sua fome. Às vezes é aquela também que falha em satisfazer sua necessidade imperiosa. Mas o bebê não discrimina se o que vive vem de fora ou de dentro dele, até mesmo porque não tem estas noções. Isto significa que a criança e a mãe são sentidos como extensão um do outro, como uma coisa só.

A ênfase no conhecimento e compreensão dessas experiências iniciais do recém-nascido até os três meses justifica-se porque as necessidades dessa época são poucas, mas podem ser aflitivas para o bebê quando não atendidas. O grau tolerável de frustração do bebê é muito pequeno. Pouco a pouco irá aumentando gradativamente sua capacidade de tolerar a não realização de seus desejos e necessidades.

A tolerância aumentará como decorrência do predomínio de vivências de compreensão e satisfação de suas necessidades, que serão internalizadas como recursos positivos e bons, expressão de um vínculo estável e confiável. Esse sentimento lhe dará apoio emocional em eventuais momentos de sofrimento por frustração, sem que entre em desespero. No entanto, o bebê ainda não teve tempo para estocar emocionalmente essas experiências.

A situação de amparo no abraço materno é o primeiro vínculo, após o caos do nascimento, dentro do qual sua personalidade pode se desenvolver e ampliar o contato com o mundo ao seu redor.

Depois que o bebê adquire um pouco mais consciência do

**A MÃE É O BRAÇO
QUE O CARREGA,
A MÃO QUE O
VESTE E DESPE,
QUE LHE DÁ
BANHO, O COLO
QUE O AQUECE
E EMBALA,
O SEIO QUE O
ALIMENTA E
SACIA SUA FOME**

que está vivendo, tendo uma ideia melhor sobre suas próprias necessidades por interpretá-las corretamente, começa a se comunicar mais ativamente e com maior clareza. Contudo, muitas vezes não consegue saber o que está querendo até que alguém o entenda e o satisfaça e o prepare para que a experiência negativa seja apagada.

Se predominarem experiências de satisfação das necessidades, as vicissitudes que vêm sendo descritas até agora favorecerão aos poucos, a organização da figura materna cada vez mais como uma pessoa por inteiro – sua mãe – a quem o bebê pode chamar para consolo, companhia ou brincadeiras.

E quando acontece o contrário, quando vive predominantemente experiências negativas, quando há falta de compreensão ou, pior, há a ausência de um vínculo significativo que o proteja dos momentos de desconforto e terror? O bebê organiza essas experiências de modo a construir uma “figura má” do qual se afasta, sem querer se relacionar. E o esforço terá de ser intenso para que um novo vínculo resgate o investimento afetivo, para que a força de vida ganhe espaço novamente no mundo interno da criança e renove sua esperança e confiança em si mesma, no outro e no ambiente que a cerca.

Amamentação

Alimentar-se e viver, o que chamamos de amamentação, significa para o recém-nascido todo o seu mundo, a fonte privilegiada de suas relações com o meio ao seu redor pelo qual estabelece contato emocional, nutrindo não somente seu corpo, mas também sua mente.

Nesta fase inicial de vinculação afetiva, a situação positiva da amamentação, na qual a mulher se sente confiante, capaz de usufruir e se sentir feliz na doação física e íntima, é a maneira mais completa de ser alcançado o estado de unidade e harmonia total na relação mãe/bebê. As evidências que apontam para a importância do aleitamento materno são indiscutíveis. O que não pode ocorrer é uma interpretação equivocada que coloque em equivalência amor pelo filho e desejo de amamentar, gerando um julgamento depreciativo das mães que por uma ou outra razão não o fazem.

Nem sempre é possível que a amamentação aconteça e a mãe dependerá muito de si mesma para alcançar tal condição, aprendendo como fazê-lo, embora seu sucesso ou fracasso, no estabelecimento do aleitamento também possa ser influenciado pela ajuda que recebe do médico, da enfermeira ou mesmo do marido ou outros familiares.

Nas semanas seguintes ao nascimento, a amamentação é o acontecimento mais importante para a mãe e para o bebê. No entanto, não deve ser forçada. Isso deve ser alcançado sem pressa, com cautela, paciência e tranquilidade. A maioria dos recém-nascidos não sabe bem como mamar de imediato e precisa de um pouco de estímulo e “tentativas” de aproximação ao seio. A mãe também estará sujeita a sentimentos inconscientes a respeito da eficácia de seu leite para realmente sustentar o seu bebê. A ansiedade só diminui quando ele mama com firmeza, fica satisfeito e se desenvolve. Quando isto não acontece, será mais suportável para a mãe sustentar uma atitude de persistência por mais tempo se estiver consciente de que a “alimentação” é o mundo inteiro para o filho e a fonte de todas suas novas interações.

“Mais importante que as características do leite, o que importa é a atitude da mãe e sua capacidade de permanecer desejosa de amamentar. Permitir-se dedicar tempo para observar o seu bebê e as próprias reações frente a ele, não se preocupar em excesso se as coisas não funcionam bem de imediato e tratar de inventar novas maneiras de estabelecer o vínculo. Buscar ajuda, se necessário, e sobretudo usufruir dos momentos de experiências prazerosas para recarregar as reservas de energia afetiva e disponibilidade integral pela convicção genuína de que acha que vale a pena o investimento.” (Botbol, 2005)

Contudo, atualmente sabemos que um número enorme de pessoas se desenvolve satisfatoriamente sem que tenha passado pela experiência da amamentação no seio. Isto significa que existem outras formas por meio das quais um bebê pode experimentar um contato físico íntimo com a mãe e criar um vínculo afetivo com ela.

**A MAIORIA DOS
RECÉM-NASCIDOS
NÃO SABE BEM
COMO MAMAR
DE IMEDIATO
E PRECISA DE
UM POUCO DE
ESTÍMULO E
“TENTATIVAS” DE
APROXIMAÇÃO
AO SEIO**

O lamentável é que ambos perdem se não passarem por esta experiência, uma vez que a amamentação no seio é uma forma de comunicação privilegiada. "Ali estarão se estabelecendo as bases de uma riqueza de personalidade, a força do caráter, a oportunidade de fortalecimento da criatividade, a chance de felicidade de um indivíduo" (Winnicott, 1996). Neste encontro inicial mãe/bebê o que está suposto na amamentação não é de ordem meramente orgânica. Um ser humano está sendo desenvolvido a partir de manifestações e de palavras carinhosas que humanizam. A mulher sustenta o filho com leite, com seu colo e seu olhar, tentando interpretar choro e construindo significados para o que vivem juntos. Nesse momento, o recém-nascido é provido de um conjunto de sinais da presença materna que implica o desejo da mãe e constituem uma experiência de satisfação e prazer para ambos. Estabelece-se um vínculo no qual a mãe alimenta seu bebê e também se alimenta, instaurando uma relação no plano psíquico e afetivo. A criança será nutrida das marcas básicas de sua subjetividade e a mãe estará sendo nutrida simbolicamente pelo afeto de seu filho.

(...)

Desmame

Para os bebês amamentados pela mãe o período do desmame ocorre normalmente durante a segunda metade do primeiro ano de vida, quando a criança já se acostumou aos outros alimentos e está apta a reduzir a dependência da figura materna. O bebê que usa mamadeira tende a se apegar por mais tempo a ela uma vez que a tem sob mais controle.

Em geral, a amamentação representa uma experiência agradável para a mãe, que se sente ajudando o filho no desenvolvimento do filho, numa convivência extremamente íntima e de grande empatia com a satisfação do bebê.

Mas tanto para o bebê como para a mãe, o desmame é experiência significativa. Todas as faltas vividas e ausências (aparecimento ou desaparecimento da mãe por momentos mais curtos ou prolongados) são um treino para este momento.

O desmame é, portanto, um processo intenso de perda, um ato de encarar a separação também para a mãe embora, conscientemente, ela possa desejar iniciar este processo.

Para o bebê, como diz Marta Harris (1995):

“O desmame constitui o protótipo de muitas situações que a criança ou o adulto encontrará em sua vida, envolvendo separação, perda, mudança e desenvolvimento ou busca de novas direções. Não representa, certamente, o primeiro exemplo – o nascimento em si constitui a primeira separação, o primeiro abandono do conforto e da segurança do ventre materno, em busca de um mundo desconhecido e com potenciais desconhecidos de crescimento, mas com o objetivo de progredir. A “perda” do seio é um elemento indispensável para a consolidação e desenvolvimento de recursos adquiridos.” (Harris, 1995)

É um momento de vivência de uma série de emoções em relação à esta perda sendo importante deixar que a criança expresse sua raiva, tristeza ou aborrecimento.

Seu medo é, sem dúvida, que a perda do seio represente a perda real de sua mãe. Por isso, a mãe precisa estar preparada para resmungos e agarramentos fora do habitual. E também atenta para que seus sentimentos e defesas em relação à sua própria experiência infantil de desmame, separação e perda não dificultem o momento de seu filho ou reduzam sua percepção em relação às necessidades dele naquele período. Uma boa solução é quando o pai se dispõe a ajudar a ambos, dando apoio à mulher para deixar o bebê crescer.

O desmame, como todos os outros progressos e mudanças importantes na vida da criança, deverá ser feito gradualmente, para que possa assimilá-lo. Para que cresçam com confiança em si e em suas capacidades, não podem ser apressadas. Precisam de tempo para conhecer, para compreender como reagem e incorporar a experiência pela qual estão passando.

De qualquer modo, é importante que nesta fase a experiência de perda do seio seja superada pela descoberta dentro de si de alguns bons sentimentos que costumava ter quando era

**O DESMAME,
COMO TODOS
OS OUTROS
PROGRESSOS
NA VIDA DA
CRIANÇA,
DEVERÁ
SER FEITO
GRADUALMENTE,
PARA QUE
ELA POSSA
ASSIMILÁ-LO**

amamentado, que o bebê descubra que pode se sentir bem sem a ajuda da relação de amamentação. Boas experiências acabaram nessa fase, mas novas estão por vir. A criança amadurece quando o sofrimento do desmame é superado. Aprender a falar está obviamente bem próximo. O fim do desmame incentiva o desenvolvimento, pois há muitos ganhos a serem usufruídos ao se despedir de um estágio já superado. Nessa fase predominam sentimentos conflitantes e de ansiedade entre querer a mudança e ir em frente, ou ao mesmo tempo, permanecer na etapa conhecida.

É necessário ajudar a criança a encontrar o equilíbrio e a lidar com o que quer, mas não pode ter, e com o que não quer, mas precisa fazer. Ela começa a perceber que não é tão poderosa, que as coisas não acontecem magicamente e que as pessoas têm mente e vidas próprias – a realidade pode dizer não aos seus desejos.

Os pais precisam de bom senso, sensibilidade e flexibilidade para lidar com estas situações de frustração. Também pode ser difícil para eles estarem “perdendo” um bebê embora “ganhando” uma pequena criança.

TEXTO 4 – FAMÍLIA E REDE SOCIAL

Por Maria Angela Maricondi, com base nos textos A Família e seu contexto, de Gisela Maria Bernardes Solymos e Maria Luisa Pereira Ventura Soares; e Conversando sobre família, de Maria Angela Maricondi e Maria do Carmo Portero da Silva (São Paulo, 2002-3).

“Família, um sonho ter uma família

Família, um sonho de todo dia

Família é quem você escolhe pra viver

Família é quem você escolhe pra você

Não precisa ter conta sanguínea

É preciso ter sempre um pouco mais de sintonia”

(Trecho de Não perca as crianças de vista – O Rappa)

Uma família se constitui a partir da decisão de algumas pessoas conviverem, assumindo o compromisso de uma ligação duradoura que inclui o cuidado entre os adultos e deles para com as crianças. A família é o lugar dos cuidados e da proteção das pessoas que dela fazem parte. Para as crianças, a família também é o lugar da primeira socialização, do aprendizado dos limites, das regras sociais, éticas e morais.

A família também é a garantia da construção de uma história, de um passado e de um projeto de futuro; lugar em que os acontecimentos vão sendo vividos, lembrados, falados, absorvidos. Esses acontecimentos, individuais e grupais, marcam a história e o jeito de ser da família, podendo fortalecê-la, enfraquecê-la, determinando novas organizações e desorganizações.

Atualmente observa-se um interesse renovado sobre a instituição família, principalmente por causa das grandes transformações que ela vem sofrendo. Seus múltiplos arranjos e possibilidades de vir a ser afastam-na cada vez mais do antigo padrão dominante e socialmente aceito. As mudanças nesse padrão tradicional relacionam-se, entre outros aspectos, ao aumento da proporção de domicílios de pessoas vivendo sós, à redução do tamanho das famílias, à fragilização dos laços matrimoniais, ao aumento de famílias chefiadas por mulheres e de tantos outros arranjos que diferem da típica família nuclear composta de pai, mãe e filhos. Estes novos arranjos familiares indicam uma superação do modelo nuclear conjugal no sentido de uma configuração de relações em rede.

A família – ‘nó’ determinante das redes sociais primárias em nossa cultura – é um recurso valioso para a pessoa, tanto em sua prática cotidiana quanto no âmbito afetivo e dos processos educativos, pois é precisamente no seio da família que ela aprende a vida de relações. Esta dimensão relacional vivenciada pela primeira vez na família orientará ou determinará seus relacionamentos posteriores (Sanicola, 2008).

Conceito de patrimônio

É um conjunto de recursos dos quais as pessoas podem dispor para garantir, a si mesmas e a seus familiares, maior segurança e melhor padrão de vida. Tais recursos compõem-se de trabalho, saúde,

**A FAMÍLIA TAMBÉM
É A GARANTIA DA
CONSTRUÇÃO DE
UMA HISTÓRIA,
DE UM PASSADO
E DE UM PROJETO
DE FUTURO;
LUGAR EM QUE OS
ACONTECIMENTOS
VÃO SENDO
VIVIDOS,
LEMBRADOS,
FALADOS,
ABSORVIDOS**

educação, moradia, habilidades pessoais e relacionais – relacionamentos familiares, de vizinhança, de amizade, comunitários e institucionais.

Estruturar uma intervenção social a partir do patrimônio da pessoa, da família e da comunidade significa considerar as potencialidades e os nexos que, na vida dessas pessoas e dessas comunidades, estabelecem-se como realidades historicamente construídas.

A necessidade da família, apesar de se evidenciar a partir de uma dificuldade específica (por exemplo, falta de habitação ou falta de alimento), não é setorial, como usualmente é entendida ou tratada pelas políticas públicas, mas sim global, isto é, refere-se à totalidade da vida da família, sendo de fundamental importância o significado que a própria família lhe atribui.

Pensar o trabalho social a partir do patrimônio exige abertura e visão de uma realidade mais ampla que transcende a dificuldade em si, que não se restringe à aplicação de soluções previamente concebidas. Tal compreensão permite um incremento gradativo do patrimônio da pessoa em situação de pobreza. Em outras palavras, a ação nasce do que existe e não do que falta. Este modo de ver representa um princípio orientador que estimula a participação da família no processo de superação de suas dificuldades, quaisquer que sejam elas. Dessa forma, sendo realista e observando a pessoa, a família e a comunidade com vistas a identificar o patrimônio nelas existente, o profissional poderá inicialmente ajudá-las a reconhecer sua existência para depois estimular seu uso e fortalecimento.

Portanto, uma intervenção social não tem como perspectiva a redução da necessidade como falta, e sim o (re)despertar da esperança e da ação, mostrando que essa família, mesmo submetida a circunstâncias de privação, é capaz de enfrentá-las e de superá-las. Políticas públicas que levam em conta o patrimônio das comunidades otimizam recursos, permitem a participação ativa da população e têm apresentado melhores resultados no combate à pobreza.

Conceito de rede social

É um conjunto de relações interpessoais a partir das quais a pessoa e/ou a família mantém sua própria identidade

social. Esta identidade compreende hábitos, costumes, crenças e valores característicos de uma determinada rede. Da rede social a pessoa e/ou família recebe sustento emocional, ajuda material, serviços e informações, tornando-se possível o desenvolvimento de relações sociais. A diversidade das redes depende de como elas foram originadas e dos bens que nelas circulam (reciprocidade, dinheiro, direito).

As redes sociais primárias são compostas por relacionamentos entre pessoas, sejam elas parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, entre outros. Nela há vínculo de reciprocidade.

As redes secundárias formais são constituídas por instituições sociais de existência oficial e estruturação precisa que desenvolvem funções específicas e fornecem determinados serviços. Estas redes caracterizam-se pela troca fundada no vínculo de direito; elas prestam serviços e intervêm de acordo com as demandas das pessoas. Atenção especial é dada ao direito de cidadania. Elas incluem os serviços prestados por instituições públicas, como programas de moradia, saúde, educação e assistência social.

As redes secundárias informais são redes que se constituem a partir das redes sociais primárias. Quando há uma necessidade ou dificuldade comum aos membros de uma rede, um grupo de pessoas organiza-se para prestar auxílio ou serviço. Neste tipo de rede, o vínculo é fundado na solidariedade: trocam-se serviços e não há circulação de dinheiro; o intercâmbio é pouco formalizado, com um mínimo de organização e um máximo de eficácia. Estas redes são efêmeras, duram enquanto durar o problema a ser enfrentado. Um exemplo deste tipo de rede é o de pessoas que se organizam para levar suas crianças à escola.

Quando uma rede secundária informal perdura muito no tempo, ela tende a se formalizar, transformando-se em associações que configuram as redes secundárias do Terceiro Setor: as relações entre as pessoas que se organizaram para inicialmente cuidar dos filhos portadores de deficiência vão se formalizando e, mais tarde, transformam-se em um serviço como o da Associação de Pais e Amigos do Excepcional (Apae).

**QUANDO HÁ UMA
NECESSIDADE
OU DIFICULDADE
COMUM AOS
MEMBROS DE UMA
REDE, UM GRUPO
DE PESSOAS
ORGANIZA-SE
PARA PRESTAR
AUXÍLIO OU
SERVIÇO**

As redes secundárias do Terceiro Setor são aquelas constituídas por organizações da sociedade civil que prestam serviços, mas não visam lucro. Caracterizam-se pelo intercâmbio de vínculos de direito e de solidariedade. São redes do Terceiro Setor: associações e organizações da sociedade civil, cooperativas sociais e fundações.

As redes secundárias de mercado, como o nome já sugere, referem-se a atividades econômicas rentáveis, estando sua existência estreitamente ligada ao dinheiro e ao lucro. São compostas de empresas, estabelecimentos comerciais, negócios e atividades prestadas por profissionais liberais, entre outros.

As redes secundárias mistas são aquelas que mesclam meios de intercâmbio, ou seja, ao mesmo tempo que prestam serviços garantindo direitos de cidadania, o fazem mediante pagamento, fazendo também circular dinheiro, como é o caso das clínicas de saúde privadas.

Toda pessoa possui uma rede de relacionamentos. A pessoa em situação de pobreza, muitas vezes, sente-se isolada e socialmente excluída; ela não consegue perceber os vínculos que possui e que poderiam lhe dar suporte, que poderiam ajudá-la a superar dificuldades. De fato, ninguém está sozinho, nem as pessoas nem as instituições.

Abordagem de rede de apoio

Esta abordagem parte da centralidade que as redes sociais primárias assumem devido à importância que este contexto relacional primário tem para as pessoas e famílias. É no contexto relacional primário que são trabalhados os relacionamentos entre as pessoas, suas famílias, vizinhos e amigos.

A abordagem de rede considera as pessoas em relacionamento recíproco dentro de uma rede. Ela interessa ao profissional na medida em que reúne a pessoa que expressou uma demanda, ou quem fez uma demanda por outrem, sua família, amigos, colegas de trabalho, enfim, pessoas que se dispõem a estar implicadas na solução de determinado problema, que aceitam o desafio de assumir responsabilidades e de encontrar soluções (Sanicola, 1996).

Assim, o ponto de partida desta abordagem é a existência de uma demanda individual, uma demanda coletiva ou o surgimento de

**DE FATO,
NINGUÉM ESTÁ
SOZINHO, NEM
AS PESSOAS
NEM AS
INSTITUIÇÕES**

um problema. A ação se desenvolve a partir de encontros. Atua-se com a pessoa que traz a demanda e com as pessoas que são significativas para a solução daquele problema, sendo condições essenciais para a realização deste tipo de trabalho o consenso e a disponibilidade delas (Soares, 2001).

Na abordagem de rede, o profissional precisa estar sensível e atento aos gestos, palavras e silêncios, tanto seus quanto das pessoas que atende, pois eles são plenos de sentido e desvelam as relações sociais que ocorrem dentro das redes.

A finalidade do trabalho de rede social pode ser definida como:

- A consolidação das relações existentes, promovendo a mobilização das redes em relação ao coletivo maior, de tal modo que as pessoas possam reconhecer-se, identificar-se e confirmar sua participação.
- O fortalecimento da capacidade da rede de dar sustentação a seus membros, promovendo sua mobilização em direção à autonomia, de modo que as pessoas possam ocupar-se de seus problemas.

O fundamental nesta intervenção é centrar nossa atenção nos recursos e nas possibilidades presentes na rede, o que vai, com certeza, redimensionar o problema trazido pela pessoa.

Recomendações finais ao profissional que atua na área social

O profissional que atua na área social logo se dá conta de que precisa trabalhar nele mesmo pelo menos três aspectos fundamentais:

1) uma existência sem preconceitos; 2) sua disponibilidade para os outros; e 3) sua capacidade de desfocar-se do problema.

- a) Uma existência sem preconceitos consiste em saber agir diante dos acontecimentos da vida, isto é, os acontecimentos ocorridos no interior das redes, partindo desta realidade e não da ideia que forma sobre ela. Esta postura exige uma "abertura existencial", isto é, exige saber reconhecer e valorizar o que ocorre em detrimento daquilo que se deseja, projeta e idealiza. Significa interessar-se pelo cotidiano, pelo modo de vida das pessoas, e não unicamente por suas fraquezas e dificuldades.

**NA ABORDAGEM
DE REDE, O
PROFISSIONAL
PRECISA ESTAR
SENSÍVEL
E ATENTO
AOS GESTOS,
PALAVRAS E
SILÊNCIOS,
TANTO SEUS
QUANTO DAS
PESSOAS QUE
ATENDE**

Implica acolher as pessoas, respeitando seu ritmo e o ritmo dos acontecimentos. Significa poder aguentar as contradições inerentes às redes: enquanto algumas pessoas ajudam, outras criam dificuldades; algumas redes dão apoio, outras descuidam, castigam, marginalizam, comprometem, traem.

- b) A disponibilidade deve estar presente no comportamento do profissional e nas condições objetivas de exercício do trabalho. Disponibilidade significa flexibilidade em relação aos modos, aos lugares, aos tempos e aos ritmos das pessoas, famílias e suas redes (Sanicola, 1996).
- c) O profissional social deve ser capaz de não se restringir ao problema, nem pretender que este necessariamente mude. Ele precisa desfocar-se do problema e centrar sua atenção nas possibilidades de vida das pessoas atendidas. É deste modo que nasce a percepção de que há dificuldades que podem ser equacionadas paulatinamente; e que uma boa intervenção é aquela que permite que a própria rede assuma a responsabilidade de encontrar os meios para seu enfrentamento.

REFERÊNCIAS

SOLYMOS, G.M.B.; VENTURA SOARES, M.L.P. A Família e seu contexto. In. **Book de alinhamento conceitual do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, UNICEF e Associação Comunitária Monte Azul, São Paulo, 2002 [mimeo].

MARICONDI, M.A.; PORTERO DA SILVA, M.C. Conversando sobre família. In. **Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, UNICEF e Associação Comunitária Monte Azul. São Paulo, 2003. Edição revisada, atualizada e ampliada em 2013. Disponível em <http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/mostrar/493/925/>

TEXTO 5 – LENDA CHINESA

Leonardo Boff, Vida para além da morte. 1986, p. 183.

“Mestre, qual a diferença entre céu e inferno?” O vidente respondeu: “Ela é muito pequena e, contudo, com grandes consequências. Vi um grande monte de arroz, cozido e preparado como alimento, ao redor dele muitos homens, quase a morrer. Não podiam aproximar-se do monte de arroz. Mas possuíam longos palitos de dois a três metros de comprimento. Apanhavam o arroz, mas não conseguiam levá-lo à própria boca, porque os palitos em suas mãos eram muito longos. Assim, famintos e moribundos, embora juntos, solitários permaneciam, curtindo uma fome eterna, diante de uma fartura inesgotável. E isso era o inferno”.

E continuou o vidente: “Vi outro monte grande de arroz, cozido e preparado como alimento. Ao redor dele muitos outros homens famintos, mas cheios de vitalidade. Também, não podiam se aproximar do monte de arroz, com seus longos palitos igualmente de dois a três metros. Apanhavam o arroz e, como não conseguiam levá-lo à boca, tiveram a feliz e solidária ideia de servir uns aos outros e assim matavam sua fome insaciável. Tiveram inteligência, criatividade e praticaram uma grande comunhão fraterna. Este é o céu”.

Oficina de **FORMAÇÃO**

VISÃO GERAL DO QUE É TRABALHADO EM
DOIS DIAS DE OFICINA DE FORMAÇÃO

A oficina *Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas* é desenvolvida em dois dias, dividindo-se em quatro módulos, com quatro horas de duração cada um. Dela participam cerca de 40 profissionais. Coordena o processo um ou dois formadores, especialistas no tema e em trabalhos com grupos (veja o passo a passo detalhado em “Descrição das atividades da oficina”).

Para as reedições, por questões práticas de disponibilidade de tempo dos participantes, a programação pode ser ajustada, diminuindo-se a carga horária, sendo recomendada a redução de no máximo oito horas, com adaptação à realidade local dos conteúdos, vivências e dinâmicas.

MÓDULO 1

O Módulo 1 visa integrar o grupo e construir com os participantes o conceito de ampliação do atendimento ao pré-natal, puerpério e amamentação, possibilitando que mapeiem suas práticas e tomem consciência do que já fazem e do quanto ainda podem fazer para que a atenção aos aspectos emocionais e sociais dessas etapas do desenvolvimento se equipare à conferida aos aspectos físicos e biológicos.

O dia começa com atividades que contribuem para que os presentes possam conectar-se e estabelecer a confiança mútua indispensável ao trabalho cooperativo. Em seguida, os profissionais, em duplas, compartilham histórias sobre gravidez, puerpério ou amamentação. Questões de ordem emocional e social que emergem

dessas histórias são registradas em papel e penduradas num cavalete (*flipchart*), evidenciando que gestação, puerpério e amamentação envolvem muito mais do que processos físicos e biológicos.

Com esta ideia em mente, os participantes, divididos em grupos denominados “Pré-natal”, “Puerpério” e “Amamentação”, levantam as práticas que já desenvolvem/conhecem nestes campos. Enquanto isso, o formador trabalha com um quarto grupo na categorização de práticas existentes, de acordo com seu foco em aspectos físicos, cognitivos e psicossociais.

Esta atividade culmina com todos os grupos participando na montagem de um painel, onde, em uma grande árvore ali delineada, são expostas as práticas em presença, evidenciando a preponderância daquelas focadas em aspectos físicos e biológicos, representadas por folhas, sobre as quais enfatizam as dimensões emocional (representada por flores) e social (representada por frutos). Depois, os participantes escrevem em papéis de recado autoadesivos (*post-its*) o que significa, para eles, **atenção/atendimento ampliado ao pré-natal, puerpério e amamentação**.

A discussão deste módulo mostra que o atendimento clínico ampliado é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) para os profissionais de saúde e uma visão ampliada sobre essas fases pode e deve ser desenvolvida por profissionais de outros setores, como educação infantil e assistência social. Para encerrar o módulo, os objetivos e resultados esperados da oficina são compartilhados.

MÓDULO 2

O Módulo 2 visa possibilitar que os participantes se apropriem dos conceitos que fundamentam a ampliação do atendimento ao pré-natal, puerpério e amamentação, com envolvimento das famílias e suas redes. Depois de uma dinâmica na qual se energizam, individualmente e em duplas, os participantes dividem-se em quatro grupos. Em cada grupo, leem um texto diferente – “Aspectos emocionais da gestação”, “Aspectos emocionais do puerpério”, “Aspectos emocionais da amamentação” e “Família e rede social”. Durante a leitura individual, os participantes utilizam uma técnica



Todas as **apresentações PowerPoint** citadas nesta publicação estão disponíveis na página www.colecao.primeirissima.org.br

A GESTANTE PRECISA DO APOIO DO PARCEIRO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE

que provoca a reflexão sobre cada parágrafo. Em seguida, sintetizam coletivamente as ideias principais e as apresentam em plenária de forma criativa, utilizando diferentes linguagens.

MÓDULO 3

O Módulo 3 visa estimular os participantes a revisitar os conceitos trabalhados no dia anterior para levantar possibilidades concretas de se inserir, em cada setor específico e no trabalho integrado, as dimensões emocionais e sociais do pré-natal, puerpério e amamentação, em parceria com famílias e suas redes.

Para tanto, as atividades se iniciam com um exercício no qual os profissionais experimentam de forma concreta a necessidade de romper o isolamento para conseguir realizar os objetivos desejados. Em seguida, são realizadas apresentações em PowerPoint dialogadas sobre os temas “Ampliação do pré-natal”, “Família e rede social”, “Ampliação do puerpério” e “Aspectos emocionais e vinculares da amamentação”.

Durante as apresentações, os participantes são convidados, em duplas, trios ou sextetos, a discutir e responder a perguntas sobre os slides apresentados, mobilizando ideias a respeito de como concretizar ações intra e intersetoriais em favor do desenvolvimento na primeiríssima infância, considerando os temas em foco na oficina de formação.

MÓDULO 4

O Módulo 4 da oficina de formação é dedicado a preparar o processo de reedição da oficina pelos participantes, beneficiando seus colegas no local de trabalho e/ou colegas de diferentes áreas, e ao levantamento de propostas de mudanças de práticas a serem realizadas por meio de Planos de Ação.

Depois de uma dinâmica de relaxamento, que proporciona uma maior receptividade ao processo de aprendizagem, os profissionais se reúnem em grupos, por serviço ou unidade de origem. Eles refletem a respeito de sua realidade local, dos aspectos que precisariam ser prioritariamente aperfeiçoados em relação aos

temas pré-natal, puerpério e amamentação, definem o público, os objetivos e a duração da reedição que pretendem realizar, inspirada na oficina que acabam de vivenciar.

Para ajudar no planejamento da ação, cada participante recebe cópias da agenda detalhada dos quatro módulos da oficina e um roteiro do Plano de Reedição, que será preenchido coletivamente pelo grupo. Os Planos de Reedição, escritos em papel kraft, são apresentados em plenária e aperfeiçoados pelos colegas.

No encerramento da oficina, os participantes assistem a uma curta apresentação chamada “Canção da Criança” (também disponível em www.colecaoprimeirissima.org.br), sobre uma antiga tradição africana que ressalta o poder da atenção e do cuidado da coletividade para influenciar o desenvolvimento da criança. Em círculo, de olhos fechados, para facilitar a percepção interna, eles relembram as aprendizagens e descobertas dos últimos dias. Recebem como presente o símbolo de todo o trabalho realizado pelo grupo – uma pequena árvore providenciada com antecedência pelo formador/reeditor, que remete à árvore de práticas elaborada no primeiro módulo e o compromisso com a ampliação dessas práticas.



Recomenda-se que se use de imaginação para a representação dessa **pequena árvore**, que pode ser elaborada de diferentes formas: em desenho, com sementes, com pequenas mudas, etc.

Descrição das ATIVIDADES DA OFICINA

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 40

NÚMERO DE FORMADORES/REEDITORES: 2

Todas as apresentações PowerPoint citadas nesta publicação estão disponíveis na página www.colecaoPrimeirissima.org.br. Nela também podem ser baixados todos os títulos da Coleção Primeiríssima Infância.

MÓDULO 1 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	Atividades
INTEGRAÇÃO (20 min.)	<p>1. Dinâmica de acolhimento e integração – “Contato progressivo”</p> <p>Preparação</p> <p>O formador dispõe as cadeiras em círculo, com espaço no centro para as pessoas se movimentarem; ele observa se o ambiente está confortável e acolhedor, evitando interferências de modo geral; estabelece uma única entrada no círculo de cadeiras.</p> <p>Desenvolvimento</p> <ol style="list-style-type: none"> Quando a sala estiver preparada, o formador convida as pessoas a entrar no ambiente, uma de cada vez, imaginando que estão adentrando na quietude de um ambiente uterino. Pede que, em silêncio, coloquem os materiais sobre as cadeiras e comecem a caminhar, dentro do círculo. O formador deve individualizar a chegada de cada um, fazendo um cumprimento em voz baixa, que convide ao recolhimento. Quando todos tiverem entrado, deve solicitar às pessoas que continuem a caminhar em silêncio, inicialmente evitando o contato visual com os outros. Recomenda-se que se use a orientação: “Fique com você mesmo nesse primeiro instante”. O formador sugere que as pessoas reconheçam o espaço com o olhar e que, se sentirem vontade, se desloquem para espaços mais distantes da sala. Deve-se estimular o grupo a explorar espacialmente o ambiente. O formador solicita que as pessoas parem por um breve instante e, se possível, fechem os olhos para incrementar o contato interno. Pede, então, que entrem em contato com sua respiração, sem tentar modificá-la. Sugere-se que o formador utilize frases como: “Sua respiração está curta?”, “Veja se precisa de mais ar”, “Como está a sua disposição hoje?”, “Como este ambiente afeta você?”. O formador pede para as pessoas caminharem rapidamente para frente por certo lapso de tempo e depois para trás, evitando choques entre elas. A seguir, solicita que caminhem normalmente. Pede, então, que se olhem rapidamente, (re)conhecendo cada um(a) que está presente ali.

MÓDULO 1 – 4 HORAS	
Momento/tempo/materiais	Atividades
INTEGRAÇÃO (20 min.)	<p>i) O formador procura estimular as pessoas a ficar mais tempo em contato visual com quem encontrar, sem parar de andar, virando a cabeça para trás e alongando o pescoço, como forma de prolongar esse olhar.</p> <p>j) Agora, o formador deve retornar ao exercício que checa a respiração: “Como se sente agora?”, “Como o contato com as pessoas altera sua respiração?”.</p> <p>k) O formador pede que voltem a caminhar normalmente em todas as direções. Ele estimula o grupo a realizar pequenos toques nas mãos das pessoas à medida que vão se encontrando.</p> <p>Fecho Em determinado instante enquanto as pessoas se tocam, o formador deve parar a atividade, formando duplas entre aqueles que se cumprimentaram por último. Recomenda-se que o formador ajude a formar duplas entre as pessoas que ficarem sozinhas. A partir daí, passa-se para a próxima etapa.</p>
INTEGRAÇÃO – II (35 min.)	<p>2. Dinâmica de apresentações: de onde vem seu nome?</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>a) O formador pede que sejam compostas duplas de pessoas que não se conheçam ou se conheçam pouco.</p> <p>b) Cada membro da dupla conta ao outro seu nome, a origem do nome, sua formação profissional e onde trabalha; formadores também participam (10 min.).</p> <p>c) As duplas retornam ao grande círculo, ficando lado a lado com seu par. Cada um deve apresentar o colega em meio minuto (20 min.).</p> <p>Fecho Em um minuto, o formador comenta sobre o impacto que a escolha do nome de uma criança pode ter sobre a sua vida e personalidade, e deseja que, no trabalho a seguir, cada um possa, de forma progressiva, ampliar o conhecimento sobre o outro, fortalecendo vínculos que poderão facilitar a articulação de ações.</p>
<p>INTRODUZINDO UM NOVO OLHAR SOBRE GESTAÇÃO, PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO (50 min.)</p> <p>Materiais <i>Flipchart</i>, pincéis atômicos de três cores</p>	<p>3. Histórias de gestação, puerpério ou amamentação</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>a) As mesmas duplas são mantidas durante toda a oficina, para facilitar a formação de vínculos e a realização de atividades que exigem maior confiança mútua.</p> <p>b) Os membros de cada dupla “trocam” entre si uma história de gravidez, puerpério ou amamentação, de livre escolha de cada um (20 min.).</p> <p>c) Seis “voluntários”, cada um representando uma dupla, relatam suas histórias de gravidez, puerpério ou amamentação (20 min.).</p> <p>d) Enquanto os voluntários falam, o formador registra no <i>flipchart</i>, em cores diferentes, os pontos principais relativos a aspectos emocionais (vermelho), sociais (verde) e outros (preto) envolvidos nos relatos.</p> <p>Fecho O formador pergunta aos participantes o que se pode concluir das anotações no <i>flipchart</i>. É importante ressaltar que gestação, puerpério e amamentação envolvem muito mais que processos físicos e biológicos (10 min.).</p>
INTERVALO – 15 MINUTOS	

MÓDULO 1 – 4 HORAS	
Momento/tempo/materiais	Atividades
<p>LEVANTAMENTO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E APOIO À AMAMENTAÇÃO PELOS PARTICIPANTES DE TRÊS GRUPOS</p> <p>CATEGORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS POR UM DOS GRUPOS (1h05 min.)</p> <p>Materiais Cartelas de cores diferentes para profissionais de saúde, educação infantil, assistência social e outros setores; pincéis atômicos para os subgrupos 1, 2 e 3; diagrama “Folhas, flores e frutos” e conjuntos de adesivos em formato de folhas, flores e frutos para o subgrupo 4</p> <p>Obs.: ao final, o diagrama “Folhas, flores e frutos” poderá ser distribuído aos participantes dos demais subgrupos</p>	<p>4. Check-list de práticas</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>a) A turma se divide em quatro subgrupos, sendo que profissionais de saúde, educação infantil, assistência social e outros devem estar presentes em todos os grupos (5 min.).</p> <p>b) Nos subgrupos 1, 2 e 3, os participantes trocam experiências (50 min.) e produzem uma lista de suas práticas, cada uma delas escrita em uma cartela (10 min.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subgrupo 1: práticas de atenção ao pré-natal. • Subgrupo 2: práticas de atenção ao puerpério. • Subgrupo 3: práticas de apoio à amamentação. <p>c) Enquanto isso, o subgrupo 4, com apoio do formador, vai:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre os aspectos básicos e aspectos que ampliam o atendimento/atenção ao pré-natal, puerpério e amamentação; • Ensaiar uma categorização das práticas usuais em biomédicas (identificadas pelo símbolo folha), emocionais (flor) e sociais (fruto); • Receber, depois da discussão inicial, cópias do diagrama “Folhas, flores e frutos: aspectos básicos (biomédicos) e ampliados (emocionais e sociais) da atenção/atendimento ao pré-natal, puerpério e amamentação” (página 82), com alguns exemplos, e completar a tabela com suas ideias; • Ao final, os membros do subgrupo 4 recebem um conjunto de adesivos no formato de folhas, flores e frutos, para identificar as práticas que serão relatadas pelos subgrupos 1, 2 e 3.

MÓDULO 1 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	Atividades
<p>CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E APOIO À AMAMENTAÇÃO PELOS PARTICIPANTES (30 min.)</p> <p>Materiais Grande painel com o contorno de uma árvore</p>	<p>5. Árvore de práticas do grupo – plenária</p> <p>Desenvolvimento</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Um representante de cada subgrupo vai afixar, na copa da árvore, as cartelas com as suas práticas, comentando-as em cinco minutos (15 min.). b) Enquanto isso, representantes do subgrupo 4, sem se manifestar, identificam as práticas básicas (relativas aos aspectos biomédicos do pré-natal, puerpério e amamentação) e as práticas ampliadas (relativas às dimensões emocionais e sociais) que vão sendo relatadas, atribuindo a cada uma os símbolos correspondentes (folhas, práticas básicas; flores e frutos, práticas ampliadas). c) Ao término da apresentação dos subgrupos 1, 2, e 3, o subgrupo 4 fixa na árvore a quantidade de folhas, flores e frutos que, em sua opinião, correspondem às características das práticas expostas (5 min.). d) Em seguida, um representante do subgrupo 4, com a ajuda do formador, revela o significado de cada símbolo e sua relação com as práticas apresentadas (5 min.). e) Os participantes formam um semicírculo para observar a árvore. Possivelmente, haverá mais folhas, menos flores e poucos frutos. Enquanto isso, recebem e leem o texto do diagrama “Folhas, flores e frutos: aspectos básicos (biomédicos) e ampliados (emocionais e sociais) da atenção/atendimento ao pré-natal, puerpério e amamentação” (5 min.).
<p>APRESENTANDO A SISTEMATIZAÇÃO DO CONCEITO DE AMPLIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO (20 min.)</p> <p>Materiais Computador, tela, <i>data show</i> e PowerPoint</p>	<p>6. O que é atenção/atendimento ampliados ao pré-natal, puerpério e amamentação?</p> <p>Desenvolvimento</p> <ol style="list-style-type: none"> a) O formador solicita aos participantes que escrevam (em <i>post-its</i>) o que significa, para eles, atenção/atendimento ampliado ao pré-natal, puerpério e amamentação. À medida que vão terminando, afixam os <i>post-its</i> em um <i>flipchart</i>, que depois será “visitado” por todos (5 min.). b) O formador “amarra” a construção anterior do grupo, consolidando os conceitos de ampliação da atenção/atendimento ao pré-natal, puerpério e amamentação por meio de uma apresentação PowerPoint intitulada “Objetivos da oficina de formação em pré-natal e puerpério & aspectos emocionais da amamentação: uma visão ampliada” (15 min.). <p>Fecho</p> <p>Formador apresenta em PowerPoint os objetivos da oficina (mesma apresentação).</p>

MÓDULO 2 – 4 HORAS									
Momento/tempo/materiais	Atividades								
<p>ENERGIZAÇÃO (10 min.)</p>	<p>1. Liberação de energia Desenvolvimento</p> <p>a) O formador pede para as pessoas ficarem de pé e em círculo e aquecerem as mãos esfregando uma na outra; quando estiverem bem quentinhas, passar a energia assim liberada em todo o corpo, começando pela cabeça e rosto, chegando até os pés. Quem preferir pode fazer o exercício sozinho.</p> <p>b) Recomenda-se que todos acompanhem o formador para sincronizar a atividade.</p>								
<p>APROFUNDAMENTO DOS CONCEITOS QUE FUNDAMENTAM A ABORDAGEM AMPLIADA AO PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO, COM ENVOLVIMENTO DAS FAMÍLIAS (1h45min.)</p> <p>Materiais Folhas de papel A4, kraft e cartolina; pincéis atômicos; fita crepe; textos para reflexão; revistas velhas; cola; tesouras</p>	<p>2. Leitura de textos para reflexão e “tradução” das ideias-chave por meio de múltiplas linguagens Desenvolvimento</p> <p>a) O formador divide a turma em quatro subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subgrupo 1 – Leitura do texto “Aspectos emocionais da gestação” (página 26), com elaboração de colagem. • Subgrupo 2 – Leitura do texto “O puerpério: aspectos emocionais” (página 32) e elaboração de uma colagem (o grupo utiliza a colagem para comentar as ideias principais do texto em plenária). • Subgrupo 3 – Leitura do texto “Aspectos emocionais da amamentação” (página 35) e montagem de um jogral para comunicação das ideias principais do texto. • Subgrupo 4 – Leitura do texto “Família e rede social” (página 42) e elaboração de uma colagem (o grupo utiliza a colagem para comentar as ideias principais do texto em plenária). <p>b) Em grupo, os participantes deverão ler individualmente os textos, seguindo a estratégia INSIRA, cujos passos serão apresentados em pôster no <i>flipchart</i>.</p> <p>Em cada parágrafo, sublinhe as informações mais importantes, classificando-as com um dos seguintes símbolos: V = Interessante + = Isso é novo - = Discordo ? = Não compreendo</p> <p>Ao final da leitura, preencha uma tabela com um exemplo de cada tipo de informação classificada.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #0070C0; color: white;"> <th>V = Interessante</th> <th>+ = Isso é novo</th> <th>- = Discordo</th> <th>? = Não compreendo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>c) À leitura individual, segue-se um debate sobre a questão: que impactos as informações consideradas verdadeiras e novas pelo grupo podem ter na ampliação das práticas dos participantes relativas ao pré-natal, puerpério e amamentação, com apoio das famílias e redes? Cada grupo registra suas ideias em papel kraft.</p> <p>d) Em seguida, cada grupo irá traduzir as ideias centrais do texto – as consideradas interessantes e novas pela maioria – em uma linguagem artística de sua escolha.</p>	V = Interessante	+ = Isso é novo	- = Discordo	? = Não compreendo				
V = Interessante	+ = Isso é novo	- = Discordo	? = Não compreendo						
INTERVALO – 15 MINUTOS									

MÓDULO 2 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	Atividades
<p>SÍNTESE DAS IDEIAS-CHAVE DOS TEXTOS PARA REFLEXÃO E APRESENTAÇÃO POR MEIO DE MÚLTIPLAS LINGUAGENS (1h20 min.)</p> <p>Materiais Flipchart e pincéis atômicos</p>	<p>3. Apresentação das ideias-chave a respeito dos temas “Aspectos emocionais da gravidez”, “Aspectos emocionais do puerpério e da amamentação” e “Família e redes sociais” por meio de múltiplas linguagens, com exemplos de implicações para as práticas relativas ao desenvolvimento na primeiríssima infância</p> <p>Plenária – O formador coordena a atividade de modo a garantir 20 minutos de tempo para cada subgrupo. O formador e os participantes comentam e complementam as apresentações. Os cartazes de cada subgrupo, com sugestões de aplicação prática das ideias-chave, são afixados na parede.</p>
<p>AVALIAÇÃO (10 min.)</p>	<p>4. Avaliação do dia</p> <p>Participantes se posicionam de pé, em círculo. Cada um expressa em uma palavra o que significou, para ele ou ela, este dia de oficina de formação.</p>

MÓDULO 3 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	Atividades
<p>SENSIBILIZAÇÃO (10 min.)</p> <p>Materiais Bananas semidescascadas (uma por participante) e mesinha ou similar</p>	<p>1. “A banana inatingível”</p> <p>Desenvolvimento</p> <ol style="list-style-type: none"> O formador dispõe os participantes em círculo, à volta de uma mesinha onde estão bananas semidescascadas, em número suficiente para o grupo. Em seguida, pede que todos coloquem uma das mãos atrás das costas, enquanto esticam para frente o outro braço. Diz que devem permanecer com o braço esticado e com a outra mão atrás das costas até o final do exercício. O formador pede, então, que imaginem que são um grupo de naufragos em uma ilha deserta e estão morrendo de fome. No entanto, foram atacados por uma doença que os deixou mudos e os obriga a manter um dos braços esticado e o outro encolhido. O desafio é comer as bananas, sem dobrar o braço esticado, nem usar o que está atrás das costas. O formador pede que, em silêncio, cada um pegue a sua banana. O formador pede que, em silêncio, tentem descobrir uma forma de comer a banana, mantendo a posição dos braços. Possivelmente uma ou mais pessoas irá ter a ideia de oferecer a banana para um colega enquanto este também lhe oferece a sua. <p>Fecho</p> <p>O formador pergunta ao grupo se alguém gostaria de comentar o exercício e o que ele tem a ver com os objetivos da oficina.</p>

MÓDULO 3 – 4 HORAS	
Momento/tempo/materiais	Atividades
<p>SENSIBILIZAÇÃO – II (30 min.)</p>	<p>2. Contação de história: “Lenda chinesa”</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>a) O formador solicita que todos se sentem e faz a leitura do texto “Lenda chinesa” (página 49).</p> <p>b) O formador pede que os participantes comentem o seguinte trecho: <i>“Assim, famintos e moribundos, embora juntos, solitários permaneciam, curtindo uma fome eterna, diante de uma fartura inesgotável. E isso era o inferno.”</i></p> <p>Fecho</p> <p>O formador reforça a ideia de integrar ações e criar sinergias em prol do desenvolvimento na primeiríssima infância (zero a três anos), cooperando intra e intersetorialmente, integrando as diferentes unidades e serviços, de modo que cada um possa auxiliar o outro na realização do objetivo comum: realizar um atendimento ampliado ao pré-natal, puerpério e amamentação.</p>
<p>APRESENTAÇÃO DE CONTEÚDOS, PROBLEMATIZANDO E DIALOGANDO COM A TURMA (40 min.)</p> <p>Materiais Computador, tela, <i>data show</i> e PowerPoint</p>	<p>3. Apresentação de conteúdos</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>a) O formador pede que os participantes formem grupos de seis (ver observação abaixo).</p> <p>b) O formador apresenta o PowerPoint “Pré-natal: aspectos básicos e ampliados”. O formador procura fazer sua exposição de forma dialogada, permitindo comentários e trocas entre os participantes e trazendo exemplos concretos que valorizem a interdisciplinaridade.</p> <p>Obs.: Depois dessa apresentação em PowerPoint, haverá ainda outras três, durante as quais os participantes estarão organizados em grupos de seis pessoas, embora por vezes sejam convidados a discutir questões em conjunto, em trios ou em duplas. Sugere-se que, ao término de cada apresentação, os participantes mudem a composição do grupo, para que tenham quatro oportunidades de interagir e dialogar profissionalmente com pessoas diferentes.</p>
<p>APRESENTAÇÃO DE CONTEÚDOS, PROBLEMATIZANDO E DIALOGANDO COM A TURMA (40 min.)</p>	<p>4. Apresentação de conteúdos</p> <p>a) O formador pede que os participantes componham novos grupos de seis.</p> <p>b) O formador apresenta o PowerPoint “Aspectos ampliados da atenção ao puerpério”.</p>
<p>APRESENTAÇÃO DE CONTEÚDOS, PROBLEMATIZANDO E DIALOGANDO COM A TURMA (40 min.)</p>	<p>5. Apresentação de conteúdos</p> <p>a) O formador pede que os participantes componham mais uma vez novos grupos de seis.</p> <p>b) O formador apresenta o PowerPoint “Aspectos emocionais da amamentação”.</p>

MÓDULO 3 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	Atividades
<p>APRESENTAÇÃO DE CONTEÚDOS, PROBLEMATIZANDO E DIALOGANDO COM A TURMA (40 min.)</p>	<p>6. Apresentação de conteúdos</p> <p>a) O formador pede que os participantes formem novos grupos de seis outra vez. b) O formador apresenta o PowerPoint “Família e rede social”.</p>
<p>AVALIAÇÃO DO DIA (10 min.)</p> <p>Materiais Cartaz com o sinal +, outro com - e outro +/-; fita crepe; máquina fotográfica</p>	<p>7. “Gráfico de barras humano”</p> <p>O formador coloca três cartazes distribuídos em pontos estratégicos da sala, um com o sinal “+”, outro com o sinal “-” e outro com o sinal “+/-”. Solicita que os participantes formem uma fila diante do cartaz que melhor represente sua avaliação das aprendizagens do dia. Depois de formadas as colunas, deve perguntar a duas ou três pessoas, em cada coluna, por que estão ali. Caso durante o processo alguém deseje mudar de lugar, é permitida a troca. Ao final, tira-se uma foto da avaliação do dia.</p>

MÓDULO 4 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	Atividades
<p>ACOLHIMENTO E RELAXAMENTO (20 min.)</p>	<p>1. Cabeça leve, tirando o mundo das costas</p> <p>Etapa A – Relaxando a nuca e o pescoço (exercício individual, com o grupo disposto em círculo ou outro formato).</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>O formador convida os participantes a:</p> <p>a) Levar a cabeça para a direita, direcionando o queixo para o ombro. b) Levar a cabeça para a esquerda, direcionando o queixo para o ombro. c) Olhar para cima, inclinando a cabeça para trás. d) Levar o queixo em direção ao peito.</p> <p>Etapa B – Soltando os ombros (exercício em duplas).</p> <p>Desenvolvimento</p> <p>O formador convida as duplas a:</p> <p>a) Definir quem será cuidado em primeiro lugar e, em seguida, revezar-se para: b) Com uma das mãos, apoiar de modo firme o espaço entre o ombro e o pescoço do colega. c) Com a outra mão, esticar todo o membro superior do colega a partir do punho, incentivando-o a respirar profundamente, a fim de liberar a tensão nos ombros. d) Repetir o exercício no lado oposto do corpo do colega.</p> <p>Deve-se agora efetuar a troca de papéis e recomeçar o exercício.</p> <p>Importante: Todos os exercícios devem enfatizar a respiração, como forma de liberação das tensões desnecessárias ou excessivas, através de verbalizações como “respire”, “respire um pouco mais”, “solte os ombros”, “deixe sair um som na expiração, liberando o excesso de tensões” etc.</p>

MÓDULO 4 – 4 HORAS	
Momento/tempo/materiais	Atividades
<p>TRABALHO EM SUBGRUPOS PARA ELABORAR UM PLANO DE REEDIÇÃO – E PROSPECTAR OS PRÓXIMOS PASSOS (1h20 min.)</p> <p>Materiais 20 cópias da programação de cada um dos quatro módulos; quatro cópias de cada módulo e um esquema de Plano de Ação/Plano de Reedição (ver página 84) para cada um dos subgrupos de trabalho; papel kraft ou cartolina; pincel atômico e fita crepe para cada subgrupo</p>	<p>2. Planejando a reedição Desenvolvimento</p> <p>a) O formador deve solicitar a criação de subgrupos compostos por profissionais do mesmo serviço ou semelhantes e entregar o detalhamento resumido da programação dos quatro módulos vivenciados nestes dois dias. O formador deve explicar a proposta para a estruturação dos Planos de Reedição e Planos de Ação, cujo modelo encontra-se à página 84 (10 min.).</p> <p>b) Depois de passar os olhos sobre o esquema dos quatro módulos da oficina, cada subgrupo irá relembrar a realidade local de desenvolvimento na primeiríssima infância, priorizar um ou mais aspectos a serem melhorados, definir um objetivo e um público-alvo a ser envolvido e planejar ações para reeditar essa oficina, no todo ou em partes, estimulando a implantação de algumas práticas ampliadas de atenção ao pré-natal, puerpério e/ou amamentação (50 min.).</p> <p>c) O formador deve convidar os grupos setoriais a inserir um aspecto intersetorial nas ações propostas.</p> <p>d) Representantes dos subgrupos registram as decisões em papel kraft, de acordo com o esquema de Plano de Reedição, preparando apresentação em plenária (20 min.).</p>
INTERVALO – 15 MINUTOS	
<p>DEBATE E APERFEIÇOAMENTO DE UM DOS PLANOS DE REEDIÇÃO (60 min.)</p>	<p>3. Plenária de debate e aperfeiçoamento Desenvolvimento</p> <p>a) Os Planos de Reedição são afixados nas paredes.</p> <p>b) Um relator de cada grupo expõe o objetivo e o público-alvo do plano elaborado, com o apoio dos demais membros (20 min.).</p> <p>c) Um dos planos é aperfeiçoado, por meio de perguntas de esclarecimento e sugestões da plenária (40 min.).</p>
<p>AVALIAÇÃO DA OFICINA (20 min.)</p> <p>Materiais Fichas individuais de avaliação</p>	<p>4. O que senti? O que vivi e aprendi? Como vou usar? Desenvolvimento</p> <p>O formador pede aos participantes para preencherem a ficha de avaliação da oficina (página 86) de forma individual e anônima.</p>

MÓDULO 4 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	Atividades
<p>ENCERRAMENTO (20 min.)</p> <p>Materiais PowerPoint, computador, <i>data show</i>, tela, árvores de pedras brasileiras em miniatura ou similar</p>	<p>5. Encerramento da oficina com entrega de um presente significativo</p> <p>a) O formador convida todos a assistirem, de pé, à apresentação “Canção da Criança”.</p> <p>b) Pede, então, que os participantes formem uma roda e fechem os olhos, entrando mentalmente em contato com os conteúdos, afetos e vínculos construídos durante a oficina. O formador pede às pessoas que coloquem as mãos em concha à frente do corpo.</p> <p>c) Enquanto estão de olhos fechados, o formador coloca uma árvore em miniatura na mão de cada um.</p> <p>d) O formador pede aos participantes que abram os olhos devagar e observem o presente que receberam, representando as vivências, os conhecimentos e os compromissos firmados na oficina.</p>

Alinhamento

CONCEITUAL

ABORDAGEM INTEGRAL E INTEGRADA

Abordagem que considera, de forma ampliada e indissociável, as dimensões física, emocional, social e cognitiva/cultural do desenvolvimento na primeiríssima infância, articulando e integrando ações de diferentes setores, como saúde, desenvolvimento social e educação, a fim de possibilitar que a criança atinja a plenitude de seu potencial. Essas dimensões são interdependentes, não sendo possível desenvolver uma delas descuidando das demais. Promover o desenvolvimento integral da criança é considerá-la como um todo, um ser complexo e único. Todos – das famílias aos gestores públicos – são responsáveis por oferecer a ela condições básicas de desenvolvimento, somando e dividindo conhecimentos e atuando de forma conjunta.

AMAMENTAÇÃO

Amamentar o bebê é alimentá-lo de forma completa, inclusive com substâncias que irão protegê-lo de infecções – e é muito mais que isso, pois tem impacto não apenas na saúde física, mas também na saúde psíquica da criança. Ao amamentar, a mãe nutre o corpo e a mente do filho. O contato físico e emocional propiciado pela amamentação, e que se inicia no puerpério, contribui para a construção do vínculo mãe-filho, por meio do qual o recém-nascido irá se tornando, pouco a pouco, capaz de se relacionar de forma positiva com o mundo exterior. Nas semanas iniciais, o seio materno é o mundo inteiro para o recém-nascido e fonte primordial de suas relações com o meio.

ASPECTOS BIOLÓGICOS/BIOMÉDICOS

A atenção aos aspectos biológicos/biomédicos do atendimento à mulher nas etapas do pré-natal, parto, puerpério e amamentação faz parte das rotinas e protocolos das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e hospitais e precisa ser cada vez de melhor qualidade, além de universalizar-se, atingindo segmentos da população que, devido à desinformação e/ou condições socioeconômicas adversas, acabam à margem das políticas públicas.

Aspectos biológicos/biomédicos são contemplados quando a mulher tem acesso às consultas clínicas, imunização, exames, encaminhamento em casos de gravidez de risco, drogadição, distúrbios psicológicos/psiquiátricos, recebendo orientações técnicas diversas, inclusive sobre nutrição e amamentação. Para ampliá-los, é necessário que o profissional passe a dar importância igual aos aspectos emocionais e aos aspectos sociais que estão em jogo.

ASPECTOS EMOCIONAIS

Considerar os aspectos emocionais envolvidos nas etapas do pré-natal, parto, puerpério e amamentação significa interagir com a gestante, parturiente ou nutriz como um ser humano único, não como mais uma cliente. A mulher que procura os serviços de saúde, desenvolvimento social, educação e outros é alguém com nome e história, que precisa sentir-se escutado em suas dúvidas, ansiedades, fantasias e medos, já que sentimentos e emoções influenciam a saúde da mãe e do bebê.

O profissional considera as dimensões emocionais na ampliação do atendimento, quando procura construir um vínculo de confiança com a pessoa que está à sua frente e demonstrar sincero interesse em apoiá-la no processo de superação dos desafios inerentes ao processo de tornar-se mãe. Esta postura inclui buscar o envolvimento do pai da criança – potencialmente a principal fonte de apoio para a mulher e que, por isso mesmo, precisa ser apoiado e incluído.

Profissionais de saúde, educação e assistência social que dão importância aos aspectos emocionais do pré-natal, parto, puerpério

e amamentação preocupam-se em descobrir que atitudes assumir e como se dirigir de forma empática a essa mulher que não deseja a gravidez; que está se sentindo desamparada, com ausência, no cenário, do parceiro e/ou dos familiares e poder público; que é vítima de violência doméstica ou da miséria; que não compreende as consequências, para o embrião ou feto, de seu estado emocional e de suas decisões quanto à alimentação, uso de substâncias tóxicas, estresse; que está apavorada com a aproximação do parto; que tem dificuldades em amamentar; que apresenta sintomas de depressão; e que não sabe como cuidar direito do seu bebê.

ASPECTOS SOCIAIS

Considerar os aspectos sociais significa interagir com a gestante, parturiente ou nutriz, levando em conta suas necessidades relativas à renda, alimentação, habitação, ambiente saudável, lazer, transporte e outras, que precisam ser atendidas. É compreender a mulher em suas interações com outros seres humanos, na família e comunidade, no contexto em um território que os transforma e é por eles transformado. Com esta perspectiva, os profissionais percebem a mulher grávida ou com crianças de até três anos como cidadã que tem direitos, precisa conhecê-los e reivindicá-los.

As mulheres atendidas são vistas como integrantes de redes sociais, que podem ser mapeadas, acionadas e fortalecidas para a realização desses direitos – inclusive com uso de instrumentos como o ecomapa e o genograma. A consciência dos aspectos sociais pode motivar profissionais a constituir grupos de gestantes, mães e familiares para, de forma cooperativa, refletir sobre as realidades que vivenciam, compreendê-las e transformá-las, rumo ao atendimento das necessidades acima citadas.

ATENÇÃO/ATENDIMENTO AMPLIADO AO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO

Ampliar a atenção e o atendimento à mulher nas fases do pré-natal, parto, puerpério e amamentação é percebê-la como muito mais do que um corpo cujas necessidades objetivas (físicas, biológicas,

biomédicas, econômicas) precisam ser atendidas nas etapas anteriores e posteriores ao parto e durante o parto. É levar em conta que corpo e mente estão intrinsecamente ligados e se retroalimentam. É considerar a mulher de forma integral, como um ser humano com emoções e sentimentos, que vive em permanente interação com seu grupo social e seu território, influenciando-os e sendo por eles influenciada. Profissionais de todas as áreas devem ampliar sua atenção à mulher grávida e às mães de crianças na primeiríssima infância, acrescentando às ações que enfocam aspectos físicos e biológicos/biomédicos outras que dizem respeito aos aspectos emocionais e sociais envolvidos, utilizando uma abordagem integral e integrada.

Ao fazerem isso, estarão impactando de forma expressiva o desenvolvimento na primeiríssima infância. Para os profissionais da saúde, esta é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) que prevê tal ampliação de olhar e atenção em todo o atendimento clínico, incluindo a ampliação da clínica de pré-natal, parto e puerpério. Este referencial pode e deve também ser incorporado nos convênios e atendimento privado.

Os profissionais de assistência social, que já têm foco em aspectos econômico-sociais da questão, podem considerar mais a dimensão emocional, bem como pensar formas de enfatizar o desenvolvimento autônomo das pessoas e comunidades envolvidas, empoderando-as. Os da área de educação infantil, que atuam junto a crianças de zero a três anos e suas famílias, podem passar a perceber melhor o seu potencial de disseminadores de informações e ações em apoio ao pré-natal, puerpério e amamentação. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde, educação e assistência social devem perceber que, para promover efetivamente o desenvolvimento na primeiríssima infância, devem empreender não apenas ações intrasetoriais, mas principalmente intersetoriais.

BLUES PUERPERAL

Também chamado de melancolia pós-parto, geralmente ligadas a mudanças hormonais que acontecem poucos dias depois do parto, quando a produção de leite se inicia.

CÉREBRO

O cérebro faz parte do sistema nervoso e, em conjunto com a medula espinhal e nervos, é responsável por todos os processos que ocorrem no corpo, controlando movimentos voluntários e involuntários, sensações, emoções e pensamentos. Protegido pelos ossos do crânio, o cérebro comanda o nosso crescimento e desenvolvimento. Ele é uma das primeiras partes do corpo a serem formadas, aparecendo três semanas após a fecundação. Na quarta semana, é maior do que o resto do “corpo” do embrião.

O ambiente uterino tem profundo efeito sobre o desenvolvimento do cérebro do feto, cujas áreas relativas à regulação corporal (tronco cerebral), sensação (tálamo) e movimento (cerebelo profundo) já estão ativas. Bebês nascidos de mães viciadas em drogas, por exemplo, manifestam crises de abstinência ao nascer.

O cérebro de um recém-nascido tem um terço do seu peso adulto final e já vem equipado com mais de cem bilhões de células nervosas, ou neurônios – um número que não mudará ao longo da vida. O que muda são as conexões entre os neurônios (sinapses). Ao nascer, os neurônios ainda não estão maduros e muitos de seus axônios apresentam-se desprovidos da bainha de mielina, uma substância que permite que os sinais (informações) passem de um neurônio para outro. As conexões neurais ou sinapses são criadas a uma velocidade incrível, podendo ser potencializadas à medida que a criança interage com a mãe e também com as outras pessoas da família – recebendo informações e afeto.

Gradativamente, o cérebro da criança continua a se desenvolver, por meio de sua comunicação com outras pessoas e com o ambiente. Por volta dos três anos de idade, o hipocampo amadurece. O hipocampo é a parte do cérebro que fixa as memórias conscientes.

Aos quatro anos, o cérebro de uma criança já atingiu metade de seu potencial. A base da arquitetura do cérebro é construída até os seis anos. Nesta idade, 90% das sinapses cerebrais devem estar formadas. No entanto, na adolescência, os lobos frontais do cérebro, responsáveis pelo autocontrole e autodeterminação, ainda não estão plenamente amadurecidos.

CLÍNICA AMPLIADA DE PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO

Clínica é a atividade médica e de outros profissionais de saúde que envolve a promoção da saúde, a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. O trabalho clínico ocorre em unidades de saúde, ambulatorios ou enfermarias.

A clínica ampliada é uma diretriz do SUS. Nela, o foco é a pessoa, não a doença. O trabalho dos profissionais da saúde tem como objetivo principal não apenas combater as doenças mas, principalmente, produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, empoderando-os para que adotem o autocuidado. São características da clínica ampliada: trabalho integrado em equipe multiprofissional; responsabilidade pelo atendimento às pessoas que vivem no território definido para a UBS (adscrição de clientela); construção de vínculo; e elaboração de projeto terapêutico caso a caso, considerando vulnerabilidades e possibilidades do contexto.

A clínica ampliada de pré-natal, puerpério e amamentação propõe dar igual atenção e importância, nestas etapas, aos aspectos físicos/biomédicos e aos aspectos relativos à vida psíquica da gestante e sua família, ao seu ambiente social direto e indireto. O trabalho integrado da equipe clínica multiprofissional, principalmente na Estratégia Saúde da Família, ganha mais força quando articulado à atuação de profissionais de outros setores, como desenvolvimento social e educação, também empenhados na ampliação do atendimento à mulher grávida, puérpera e nutriz, produzindo intervenções setoriais e intersetoriais. Desta maneira, concorrem de forma poderosa para o desenvolvimento na primeiríssima infância, em suas múltiplas dimensões.

CRIANÇA

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, que deve ser protegida e respeitada em todos os seus direitos, levando-se em conta sua condição peculiar como pessoa em desenvolvimento.

É preciso assegurar-lhe todas as condições que possibilitem o seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. O ECA determina, ainda, que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos seus direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Lei Federal nº 8.069/1990, artigos 2º, 3º, 4º e 6º).

DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

Consiste no desenvolvimento da criança de zero a três anos, considerando aspectos físicos, emocionais, sociais e cognitivos. A criança precisa de um ambiente acolhedor, harmonioso e rico em experiências, desde o período pré-natal, por meio dos cuidados da mãe e família e da interação com o ambiente. O envolvimento da rede de apoio e das políticas públicas que organizam serviços para apoiar as necessidades de famílias e crianças também são fatores fundamentais para o pleno desenvolvimento da criança pequena.

ECOMAPA

É um diagrama das relações entre o indivíduo, a família e diferentes instituições/indivíduos, ajudando a revelar os apoios disponíveis e como são utilizados pelas mesmas.

EMBRIÃO

Entre a primeira e a décima semana de sua vida pré-natal, o bebê é um embrião. Tudo começa quando, no ovário, um óvulo é fecundado por um dos 400 milhões de espermatozoides paternos que penetraram no útero pela vagina materna, durante o ato sexual ou em laboratório, quando a gravidez é assistida por tecnologia. Os genes da mãe e do pai então se fundem e o código genético do novo ser é formado. Após 30 horas, o óvulo fertilizado – chamado zigoto – se divide em duas outras células.

A divisão continua ainda nas tubas uterinas (oviduto),

enquanto o flutuante zigoto continua sua viagem rumo ao útero. Em seis a sete dias – e outras tantas divisões –, o agrupamento celular, agora com mais de cem células, alcança o seu destino. Ele se precipita em direção à parede do endométrio, o revestimento rico em sangue do útero, e lá se implanta. Suas células, nutridas, começam a aumentar o espaço entre si e o embrião começa a surgir. Na terceira semana, cabeça e cérebro começam a se formar. Na quarta, o coração começa a pulsar. Oito semanas após a fecundação, o embrião tem apenas 17mm, mas todas as principais partes do corpo já estão presentes.

FAMÍLIA

O desenvolvimento infantil, desde a fase pré-natal, ocorre no contexto da família. A família também é a garantia da construção de uma história, de um passado e de um projeto de futuro. O Plano Nacional pela Primeira Infância (2010) ressalta que, por mais que a família “tenha se modificado na sua estrutura, nas formas de exercer suas funções e nos papéis intrafamiliares em relação à produção das condições materiais e culturais de sobrevivência e na função geracional, continua sendo a instituição primordial de cuidado e educação dos filhos, mormente nos seus primeiros anos de vida” (PNPI, 2010, p.15). Apoiar as famílias grávidas e com crianças de até três anos é colocar o foco em suas forças e não em suas eventuais carências; é desenvolver a sua resiliência, ajudando-as a reconhecer as redes sociais às quais pertencem e o patrimônio que possuem e que podem ser colocados a serviço do desenvolvimento pleno das crianças e do território em que habitam. Qualquer formato de família pode promover o desenvolvimento na primeira infância – com casais hetero ou homossexuais; nuclear ou incluindo avós, tios e primos; com mães ou pais solteiros ou divorciados; com filhos biológicos, adotados ou provenientes de diversas uniões. O essencial é que seus membros amem e protejam a criança, cooperem e se incentivem mutuamente a cuidá-la e estimulá-la.

FAMÍLIA GRÁVIDA

O termo família grávida enfatiza que a gravidez não é uma responsabilidade exclusiva da mulher, mas do pai e demais familiares. A gestação da criança, se ocorre concretamente no útero materno, simbolicamente também acontece na família, que prepara a chegada de um novo membro.

FETO

Com sete semanas o embrião apresenta os dois hemisférios cerebrais, braços e pernas com fendas nas mãos e pés, que serão os futuros dedos, e estruturas do ouvido em desenvolvimento. A partir da décima semana e até o final da gravidez, o bebê em desenvolvimento é chamado feto.

FORMAÇÃO/FORMADOR

A formação em desenvolvimento do Programa Primeiríssima Infância visa oferecer aos participantes das áreas de saúde, desenvolvimento social, educação infantil e outras capacidades que se traduzam em novas práticas setoriais e intersetoriais de atenção à gestante, puérpera e nutriz, bem como às famílias com crianças de zero a três anos. A formação realiza-se por meio de oficinas sobre temas considerados prioritários para a melhoria da qualidade do atendimento à primeiríssima infância. O formador é um especialista/consultor, responsável por planejar e realizar a formação, bem como supervisionar (acompanhar e apoiar) o trabalho dos profissionais capacitados, ao atuarem enquanto reeditores dos conteúdos das oficinas junto a seus pares e na realização dos Planos de Ação.

FUNÇÕES MATERNAS E PATERNAS

Funções maternas dizem respeito ao acolhimento e apoio à criança. Funções paternas têm a ver com auxiliar a criança a reconhecer limites e construir um sistema de normas e valores. Funções maternas e paternas são indissociáveis e equilibram-se mutuamente. As duas funções podem ser desenvolvidas simultaneamente pelas pessoas que cuidam da criança,

independentemente do gênero ou da consanguinidade, e são essenciais à construção e fortalecimento do vínculo.

GENOGRAMA

É a representação gráfica de informações sobre a família evidenciando a dinâmica familiar e a relação entre seus membros em três gerações, usando símbolos e códigos para acompanhar a história familiar.

GESTANTE, GESTAÇÃO

Entre a concepção e o parto, a mulher está gestando, ou seja, desenvolvendo, dentro de seu útero, o produto da fecundação do óvulo pelo espermatozóide. Ela é, portanto, uma gestante. O período de gestação que antecede o nascimento do bebê é o pré-natal. As palavras gestação e gravidez são sinônimas e as palavras gestante e grávida também. A gravidez ou gestação dura em torno 40 semanas e se espera que os bebês nasçam entre a 38ª e a 42ª semana. Pequenas variações na data prevista para o parto são consideradas normais.

INTERVENÇÕES SETORIAIS E INTERSETORIAIS

Intersetorialidade pressupõe a definição de objetivos comuns, para os quais cada setor contribui com as suas especificidades, articulando ou produzindo novas ações uns com os outros. Além disso, as ações devem também ser realizadas setorialmente, incrementando-se aquelas promovidas no âmbito dos diferentes níveis dos sistemas de saúde, educação, desenvolvimento social, justiça e outros. A resolução dos problemas tende a tornar-se mais eficaz quando os diversos setores definem conjuntamente as prioridades para o desenvolvimento da população infantil local, e são estabelecidas interfaces, articulando políticas sociais e iniciativas implementadas no município. A prática intersetorial implica a disponibilidade dos profissionais, interna e externa, de se apoiarem mutuamente através de ações conjuntas e do diálogo, com encontros periódicos para trocas de experiências.

Um exemplo de intervenção intersetorial: em um município onde se quer promover o aleitamento materno, os profissionais de saúde nas UBSs dialogam com gestantes, mães e familiares sobre a importância da amamentação, investigam causas que poderiam dificultar o processo e intervêm com as tecnologias apropriadas nas visitas domiciliares e levantam alternativas; creches e escolas encaminham gestantes e mulheres no puerpério aos serviços de saúde e assistência social; ampliam/disseminam informações oferecidas pelas UBSs junto às gestantes e mães de suas comunidades. O Serviço de Assistência Social verifica as questões econômico-sociais levantadas pelos profissionais de saúde e de educação, que precisam ser equacionadas para que a amamentação e desmame ocorram a contento; agem para que os direitos da mulher que amamenta sejam respeitados, inclusive acionando os operadores da Justiça; e estimulam suas redes de apoio para que necessidades básicas sejam atendidas. Profissionais dos três setores organizam juntos grupos de mulheres e seus apoios, para refletir sobre o tema. Também organizam juntos a Semana de Amamentação e conseguem apoio de empresários e da mídia na implementação das atividades.

MÃE OU PAI

Pessoa que gera a criança e/ou desenvolve funções paternas e maternas em relação a ela, acolhendo-a, apoiando-a, colocando limites e auxiliando na construção de um sistema de normas e regras.

NUTRIZ

É aquela que nutre, que alimenta – pode ser a mãe que amamenta o próprio bebê no peito, ou a mãe que não pode amamentar no peito, mas que alimenta o seu bebê, com igual carinho, com a ajuda de uma mamadeira.

PARTO HUMANIZADO/HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

“O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura

hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência. Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos da fisiologia da mulher, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um/a acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados.” (Dias e Domingues, 2005, p.700). A humanização do parto e do nascimento é um direito de todas as parturientes e de todos os recém-nascidos.

PATRIMÔNIO

É um conjunto de recursos dos quais as pessoas podem dispor para garantir, a si mesmas e a seus familiares, maior segurança e melhor padrão de vida. Tais recursos compõem-se de trabalho, saúde, educação, moradia, habilidades pessoais e relacionais – relacionamentos familiares, de vizinhança, de amizade, comunitários e institucionais. Estruturar uma intervenção familiar a partir do patrimônio da pessoa, da família e da comunidade significa considerar as potencialidades e os nexos que, na vida dessas pessoas e dessas comunidades, se estabelecem como realidades historicamente construídas (PIDMU, 2000).

PLANO DE AÇÃO

Resulta de um processo de planejamento participativo, por meio do qual pessoas envolvidas na realização de um objetivo, relacionado à alteração de práticas, indicam claramente como

pretendem alcançá-lo no curto e médio prazos. Para tanto, levantam as atividades que precisam realizar, descrevendo passo a passo como irão implementá-las, especificando que tipo de recursos humanos e materiais serão mobilizados e estabelecendo o tempo necessário para cada etapa. O Plano de Ação pode ser elaborado por participantes das oficinas de formação junto com seus pares e outros parceiros, durante e após o processo de reedição das oficinas.

PLANO DE REEDIÇÃO

É elaborado pelos participantes, ao final de cada oficina de formação, com o objetivo geral de reeditar, ou seja, recriar, adaptar e transmitir aos seus pares, no todo ou em parte, as mensagens das oficinas contidas nos cadernos 3 a 8 da Coleção Primeiríssima Infância. Um Plano de Reedição viabiliza a apropriação e disseminação das aprendizagens da oficina pelos colegas dos participantes que não estavam presentes. Ao elaborar o objetivo específico, os reeditores devem definir o que desejam realizar (desde implementar uma oficina de dois dias até efetuar atividades formativas de curta duração, campanhas, etc.) e os profissionais a serem envolvidos.

PRÉ-NATAL

O pré-natal (literalmente, “antes do nascimento”) é o período em que o bebê se desenvolve dentro do útero de sua mãe. O pré-natal corresponde, portanto, à gestação e se estende por cerca de nove meses, durante os quais a gestante deve receber apoio da família e atenção ampliada dos profissionais de saúde, na clínica de pré-natal, como também suporte e atenção dos profissionais de assistência social e educação.

PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

Primeira infância é o período que vai do nascimento até os seis anos de idade (definição do Plano Nacional pela Primeira Infância, 2010). Primeiríssima infância é a fase inicial da primeira

infância, entre a gestação e os três anos (definição utilizada pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal).

PUERPÉRIO

O puerpério é o período que se inicia após o parto e pode se prolongar para além dos primeiros 45 dias. É uma fase de intenso trabalho psíquico para a mulher, quando ela lida com a perda do corpo grávido e começa a exercitar seu papel de mãe suficientemente boa, um desafio que também é físico, já que ela precisa atender ininterruptamente às demandas do bebê por alimento e conforto. É quando a amamentação se inicia, o que fortalece cada vez mais o vínculo mãe-bebê, que começou a ser formado no período pré-natal. Sentimentos de tristeza e depressão podem surgir, prejudicando o processo. Nas comunidades tradicionais, o período de puerpério era chamado de “resguardo”, e a mulher, em repouso com seu bebê, recebia incentivo e cuidados intensivos do marido, da família e da comunidade. A visita domiciliária realizada durante o puerpério é essencial para acompanhar a mãe e a família nas questões de saúde da família.

REDE DE APOIO

É um conjunto de relações interpessoais a partir das quais a pessoa e/ou a família mantém sua própria identidade social. Esta identidade compreende hábitos, costumes, crenças e valores característicos de uma determinada rede. Desta rede, a pessoa e/ou família recebe apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, tornando-se possível o desenvolvimento de relações sociais.

REEDIÇÃO/REEDITOR

A reedição de mensagens e conteúdos adquiridos junto aos seus pares é uma das estratégias do processo formativo do Programa Primeiríssima Infância. Segundo o educador colombiano Bernardo Toro (1994), o reeditor é alguém com

a capacidade de readequar, adaptar, recriar mensagens, de acordo com circunstâncias e propósitos específicos, possuindo credibilidade e legitimidade. Tem, em geral, um “público cativo” – colegas, alunos, amigos ou clientes com os quais possui contato constante – e é por ele reconhecido. Pode transformar, introduzir e criar sentidos em relação a esse público, contribuindo para modificar suas formas de pensar, sentir e atuar.

RESILIÊNCIA

É a capacidade que as pessoas têm de lidar com eventos negativos, recuperando-se e seguindo adiante, ao superar adversidades, com isso crescendo e fortalecendo-se. A resiliência se torna cada vez maior quanto mais a exercitamos.

SUPERVISÃO/SUPERVISOR

Realizada pelos formadores responsáveis pelas oficinas do programa, a supervisão consiste em no mínimo três encontros de oito horas com os profissionais que passaram pela formação e pelas reedições. Estes encontros têm o objetivo de oferecer apoio durante o processo de reedição, na elaboração e implementação de Planos de Ação para mudanças de práticas. Também permitem que os profissionais aprofundem os conteúdos da oficina de formação e tirem dúvidas.

TERRITÓRIO

O território é o lugar sobre o qual se estabelece a cidade e seus espaços de representação. Ele muda constantemente (através do tempo, do espaço e da cultura), de acordo com as relações e hábitos cotidianos de seus habitantes. As relações sociais urbanas podem alterar sensivelmente suas características e sua paisagem. O controle do território expressa o poder, com imposição de regras de acesso, de circulação e normatização de seus usos, de atitudes e de comportamentos sobre o espaço. A interação entre o território e os seres humanos que o habitam o transforma.

ÚTERO

O útero é a parte do aparelho sexual feminino ou reprodutivo onde o bebê se desenvolve. Tem o formato de uma pera invertida, conectando-se na parte superior aos ovários, por meio das tubas ou trompas uterinas. Imaginado, em geral, como um lugar escuro, silencioso e impenetrável, o útero na verdade oferece ao embrião e ao feto um ambiente movimentado, repleto de estímulos. Os sonoros, provenientes do corpo da mãe, são produzidos por suas vísceras, batimentos cardíacos e respiração. Sons externos, em especial o som das vozes da mãe e do pai, também o atingem. Há estímulos gustativos também, pois o feto ingere as substâncias químicas presentes na alimentação da mãe, acolhidas pelo líquido amniótico. A atmosfera do útero não é completamente escura e alguma luz chega ao feto. Além disso, eventos estressantes que afetam a mãe estimulam a produção de hormônios que atingem o organismo do feto, alterando o seu desenvolvimento.

VÍNCULO

Vínculo é um elo, uma ligação forte entre pessoas interdependentes. Segundo Marta Harris (1995), “vínculo é a capacidade de duas pessoas experimentarem e se ajustarem à natureza uma da outra, desenvolvido por meio da interação amorosa e contínua”. O primeiro vínculo que um ser humano desenvolve é com a mãe. A construção desse vínculo, que inaugura e modela os demais, se inicia já na fase pré-natal, graças à comunicação fisiológica e emocional que existe entre mãe e bebê. Ganha concretude maior durante a amamentação. Pode continuar a se fortalecer durante todo o processo do desenvolvimento infantil, o que oferece à criança a base da construção e ampliação de vínculos com as demais pessoas que a cercam e depois com a humanidade em geral.

VISITA DOMICILIÁRIA

Recomenda-se que os profissionais da atenção básica realizem a visita domiciliária até o décimo dia depois do parto, o que possibilita observar a mãe e a família em seu ambiente. Possíveis

fatores de risco, como indícios de depressão, ou condições materiais adversas são identificados e são oferecidas orientações em relação à amamentação, alimentação da mãe, higiene, vestuário do bebê, entre outras. O pai e demais membros da família são apoiados e incentivados a exercer suas responsabilidades em relação à mulher e à criança. Em alguns países, as visitas domiciliares no puerpério também incluem profissionais da assistência social e educação. É uma oportunidade para se identificarem, com a família, as redes de apoio em presença, que podem ser acionadas em benefício do desenvolvimento integral do recém-nascido.

Materiais de apoio

PARA A OFICINA

Diagrama Folhas, Flores e Frutos

Aspectos básicos/biomédicos e ampliados/emocionais e sociais da atenção/atendimento ao pré-natal, puerpério e amamentação

FOLHAS Aspectos biomédicos Básicos	FLORES Aspectos emocionais Ampliação	FRUTOS Aspectos sociais Ampliação
<p>Pré-natal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização das consultas clínicas • Acompanhamento • Observação de sinais e sintomas de risco e encaminhamento • Imunização • Exames • Transmissão de orientações técnicas diversas (por exemplo: sexualidade, nutrição, desenvolvimento da gestação) <p>Puerpério</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliária • Observação de sinais de risco; transmissão de informações <p>Amamentação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação sobre aspectos físicos e técnicos do aleitamento 	<p>Pré-natal, puerpério e amamentação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuta empática das preocupações da gestante/puérpera/nutriz, pai e familiares • Identificação de modificações emocionais – reações e sentimentos da gestante/puérpera/nutriz – que possam prejudicar o desenvolvimento do bebê • Idem em relação ao pai da criança, com incentivo à sua participação • Identificação da gravidez indesejada, suas causas e manejo dos sentimentos dessa gestante • Utilização de linguagem desprovida de jargão técnico na comunicação com gestante/puérpera/nutriz e familiares • Diálogo e promoção de atividades que promovam autocuidado e comportamentos de proteção ao bebê • Compartilhamento de informações e orientações, de forma horizontal e levando em conta aspectos afetivos, sobre as dimensões emocionais e relacionais envolvidas na gestação, puerpério e amamentação, incluindo conhecimentos sobre processos psicológicos internos, sinais de perigo, etc. 	<p>Pré-natal, puerpério e amamentação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação da existência de planejamento familiar e dos sentimentos relacionados à presença ou ausência de condições materiais de gestar e receber adequadamente o bebê • Observação e incentivo ao relacionamento com familiares e amigos para apoiar o processo • Levantamento e orientação sobre os direitos da gestante, da puérpera e da nutriz, inclusive sobre suas condições de trabalho e renda • Mapeamento de redes de apoio • Orientação sobre alternativas para dificuldades na amamentação (ordenha, banco de leite, etc.)

Modelo recomendado de Fluxo para a Formação



Modelo de Relatório de Formação e Supervisão

Com o objetivo de sistematizar o processo e aprender com a experiência do apoio ao
(nome do programa), pede-se a colaboração dos capacitadores na elaboração do relatório abaixo. Favor anexar a este relatório: a) PowerPoint (caso houver); b) listagem de material de apoio (textos, livros, DVD, etc.); e c) fotos e lista de presença.

TEMA DA OFICINA DE FORMAÇÃO/SUPERVISÃO:

Formadores:.....

Data:

Local:

Participantes (perfil e número):

Organização

1. Como foi a organização da formação/supervisão (descrever como foram definidos pontos como número e perfil de participantes, divisão dos grupos e do tempo disponível, etc.)? Houve algum percalço? Há algo positivo ou negativo que você gostaria de destacar? Qual?

Conteúdos

2. O que foi trabalhado/discutido na formação/supervisão? (qual era a demanda ou acordo prévio?)
3. O formato da formação/supervisão pareceu adequado para a necessidade do grupo e para a multiplicação da formação? Há algo positivo ou negativo que você gostaria de destacar?

Processo

4. Presença na formação/supervisão: o número e o perfil de participantes eram os esperados/acordados? Se não, indique o que ocorreu.
5. Quais foram as suas impressões quanto ao clima da formação/supervisão? (como estava a disposição do grupo para o trabalho, impressões sobre a dinâmica do grupo e aspectos emocionais expressos e não expressos).
6. Pela sua observação e pelos relatos dos grupos, quais os principais pontos que podem dificultar e/ou facilitar a implantação da multiplicação e a incorporação dos conhecimentos à prática? (exemplo: propostas políticas conflitantes; comprometimento/perfil das lideranças; comunicação entre instâncias envolvidas; carência de profissionais e/ou serviços).
7. Há aprendizados retirados da execução desta atividade que você gostaria de destacar?
8. Há propostas de mudanças de processo ou sugestões que você gostaria de destacar?

Ficha de Avaliação para Oficinas de Formação

Formação:

Município:

Formadores:

Data:

Nome (opcional):.....

E-mail (opcional):

Telefone (opcional):.....

1. Qual sua avaliação do conteúdo da formação/supervisão?

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Razoável
- d) Ruim

2. Qual sua avaliação do material utilizado na formação/supervisão?

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Razoável
- d) Ruim

3. Qual sua avaliação dos(as) formadores(as)/supervisores(as)?

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Razoável
- d) Ruim

4. Qual sua avaliação do local/instalações onde foi realizada a formação/supervisão?

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Razoável
- d) Ruim

5. Quanto aos tópicos abordados na formação, você acredita que:

- a) Sinto-me capaz de colocar em prática a partir de amanhã, mas acho difícil repassar o conteúdo para meus colegas.
- b) Sinto-me capaz de colocar em prática a partir de amanhã, tenho condições de multiplicar este conhecimento com os colegas e acredito que dispomos das condições para implantar as inovações discutidas.
- c) O conteúdo é muito relevante, passível de ser multiplicado, mas para colocá-lo em prática eu e meus colegas dependemos de condições (decisões) a serem asseguradas por terceiros.

6. Você tem algo a acrescentar? Por favor, sinta-se à vontade para apontar críticas, propor novas práticas e fazer comentários que entender pertinentes.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Obrigado pela participação!

Sua opinião pode contribuir muito para o aprimoramento de nossas práticas.

BIBLIOGRAFIA

BOFF, L. **Vida para além da morte**. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

BOTBOL, M. **Bebé, bienvenido al mundo (0-3 a)**. Madri: Sintesis, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – Relatório**. Brasília, 2008. Disponível em <http://www.saude.gov.br/pnds2006>. Acesso em 19/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde da Mulher. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**. Brasília, 2001.

CYPEL I, S. (Org.) **Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, set. 2005.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Cienc. saúde coletiva**, v.10, n.3 Rio de Janeiro, jul/set. 2005.

EDNIR, M. (Org.). **Manual do Currículo Global: formando cidadãos planetários em escolas brasileiras**. Rio de Janeiro, Cecip, 2013.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Lei n. 8.069, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 19/01/2015.

GAMEZY, N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. **American Behavioral Scientist**, 1991.

HARRIS, M. **Crianças e bebês à luz de observações psicanalíticas**. São Paulo: Vértice, 1995.

LEVI-STRAUSS, C. **A família**. Textes de et sur. Reunidos por Raymond Bellour e Catherine Clement. Paris: Gallimard, 1956/1979.

MARICONDI, M. A. Baseando-se em “Famílias Grávidas – versão Profissional de Saúde”, de Claudia Medeiros de Castro (mimeo, 2011).

PEREIRA, A. P. S.; TEIXEIRA, G. M.; BRESSAN, C. A. B.; Martini, J. G. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **RevBrasEnferm**, Brasília 2009, maio-jun; 62(3): 407-16.

PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA / PNPI. Rede Nacional Primeira Infância. Brasília, 2010. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>. Acesso em 19/01/2015.

PROGRAMA INFÂNCIA DESFAVORECIDA NO MEIO URBANO /PIDMU. **Caminhos metodológicos**. Rio de Janeiro: Cecip, 2000.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

RUTTER, M. Resilience: Some concept and considerations. **Journal of Adolescent Health**, 1999.

SANICOLA, L. **Intervenção na rede social**. São Paulo: Myriam Veras, 2008 (no prelo).

_____. **Il contributo dell'intervento di rete alla prevenzione**. Milão (mimeo, 2000).

_____. **Redes sociales y menores en riesgo**. Buenos Aires: Lumen-Humanitas, 1996.

SANTIAGO, L. B. **Manual do aleitamento materno**. São Paulo: Manole, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Atenção à saúde da mulher: protocolo de enfermagem**. São Paulo, 2004. Disponível em http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocol_mulher.pdf. Acesso em 06/10/2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUSSP**. São Paulo, 2010. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manualtecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicooi.pdf. Acesso em 06/10/2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Família. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. [book e manual de apoio]. São Paulo, 2002 e 2003.

SOARES, M. L. P. V. **Rede social no Centro de Recuperação e Educação Nutricional: uma proposta de abordagem metodológica com famílias.** Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

TORO, J. B. **La construcción de la Nación y la formación de educadores en servicio.** Santafé de Bogotá, 1994. Cópia xerográfica.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

_____. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

