



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Valeska Cahú Fonseca da Nóbrega

**AS REDES SOCIAIS DE APOIO PARA O ALEITAMENTO MATERNO: UMA
PESQUISA AÇÃO**

**Natal
2016**

Valeska Cahú Fonseca da Nóbrega

AS REDES SOCIAIS DE APOIO PARA O ALEITAMENTO MATERNO:
UMA PESQUISA AÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

Orientadora: Dra. Rosana Lúcia Alves de Vilar

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Natal
2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Nóbrega, Valeska Cahu Fonseca da.

As redes sociais de apoio ao aleitamento materno: uma pesquisa ação / Valeska Cahu Fonseca da Nóbrega. - Natal, 2016.
84f.: il.

Orientadora: Dr.^a Rosana Lúcia Alves de Vilar.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Saúde da Família - Dissertação. 2. Aleitamento materno - Dissertação. 3. Rede social - Dissertação. I. Vilar, Rosana Lúcia Alves de. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614.39

Valeska Cahú Fonseca da Nóbrega

AS REDES SOCIAIS DE APOIO PARA O ALEITAMENTO MATERNO:
UMA PESQUISA AÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Banca Examinadora:



Profa.Dra. Rosana Lucia Alves de Villar – UFRN
(Orientadora)



Profa.Dra. Ana Tania Lopes Sampaio – UFRN
(Examinador Interno)



Profa. Dra. Suzana Carneiro de A. Fernandes
Examinador Externo à Instituição - UERN

Aprovado em: 31 de agosto de 2016

AGRADECIMENTOS

A DEUS...

À Prof.^a Dr.^a. ROSANA LUCIA ALVES DE VILAR, por ter aceitado me orientar com toda a sua competência, disponibilidade, paciência e generosidade. Sua presença, seu incentivo e seu apoio, mesmo nos momentos mais difíceis desse processo, foram indispensáveis para me fazer chegar até aqui.

A todos os PROFESSORES por proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação de caráter e afetividade de educação neste processo.

Aos MEMBROS DAS BANCAS EXAMINADORAS DE QUALIFICAÇÃO E DE DEFESA, pelas contribuições, por terem aceitado prontamente o convite para integrá-las e pelos questionamentos que me fizeram ter outro olhar sobre os aspectos estudados.

Às MÃES, FAMILIARES e as CRIANÇAS que participaram com carinho desta pesquisa, tornando este trabalho possível.

Aos MEUS PAIS, por me terem dado educação, valores e por terem me ensinado a andar. Ao meu PAI (*in memoriam*), que onde quer que esteja nunca deixou de me amar e confiar na minha capacidade, partindo durante a minha trajetória no mestrado. PAI meu amor eterno. À minha MÃE, amor incondicional. MÃE, você que me gerou e me alfabetizou, renunciando aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus, partilho a alegria deste momento.

Ao meu querido esposo SÍLVIO, que me amparou nos instantes em que sacrifiquei o nosso convívio para consecução deste objetivo.

Aos meus amados filhos, LUIZ FELIPE, LUIZ HENRIQUE E SILVINHO pela compreensão da minha ausência em momentos de convivência familiar.

Aos meus netos, JOAQUIM E RAFAEL, pela energia que transmitem e pela alegria da convivência em momentos de relaxamento durante o processo deste mestrado.

A produção, revisão e a formatação final desta tese contaram com muitos apoios. Agradeço imensamente às minhas queridas noras, SARA, PATRÍCIA E VANESSA, que se dispuseram ceder seus minutos, horas e dias com este trabalho, e divido com todas elas este momento.

Aos FUNCIONÁRIOS do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família RENASF/ UFRN, em especial FLÁVIA BRITO BEZERRA SIQUEIRA, que sempre se colocou à disposição para solucionar os problemas e as angústias pelos quais, nós, na qualidade de alunos, sempre estamos vulneráveis a passar.

Aos meus COLEGAS de turma, e NOVOS AMIGOS, pelo dia-a-dia de convivência nos embates diários do mestrado ao longo destes dois anos.

À colega e amiga de graduação, THAZIA COSTA, que, com muito carinho, cedeu sua casa, nos proporcionando algumas tardes de aprendizado para concretização de trabalhos em grupo, na companhia das queridas colegas/amigas ELIZANDRA, SHEILA, JEANE E REJANE.

À ANNA THAIZ DIAS FREITAS, nutricionista e colega de trabalho, pelo comprometimento e carinho com que aceitou o convite para partilhar saberes na roda de conversa com os sujeitos da pesquisa.

À SUNARA ARAUJO DANTAS, pelo apoio incondicional no decorrer da pesquisa ação, o meu muito OBRIGADO.

À CARMEM DANTAS, diretora de enfermagem da Maternidade Divino Amor, pelo apoio e carinho em disponibilizar o espaço do auditório da maternidade, contribuindo para a consolidação dessa pesquisa.

Ao Sr. JOÃO ANTONIO BRITO JUNIOR, Secretário Adjunto de Saúde do município de Parnamirim, pelo apoio e confiança depositados na minha pessoa.

Ao meu colega de trabalho da ESF, ALEX SANDRO DE MACEDO LIMA, pela colaboração em assumir minhas tarefas quando tantas vezes precisei me ausentar.

À colaboração da bolsista de iniciação científica DAIANE KRISHNA DE MORAES PEREIRA.

Que este agradecimento se estenda também aos COLEGAS DE TRABALHO, a FAMILIARES E AMIGAS (OS) que direta ou indiretamente contribuíram no processo do mestrado.

“O sujeito que se abre ao mundo e aos outros, inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento da história”.

(Paulo Freire)

RESUMO

A pesquisa discorre sobre as Redes Sociais de Apoio ao aleitamento materno (AM) em uma Unidade de Saúde da Família (USF) a partir de aportes teóricos sobre as Redes Sociais, considerada como teia de relações estabelecidas entre as pessoas e suas consequências nos comportamentos individuais e coletivos e a teoria da dádiva que desvenda a compreensão sobre interações sociais, vínculos, trocas e reciprocidades que fazem circular bens simbólicos essenciais à constituição de laços fortalecendo a rede e a prática da amamentação. Teve como objetivo geral analisar as Redes Sociais de apoio para o estímulo ao AM e desenvolver ações na perspectiva do seu fortalecimento; e como objetivos específicos: mapear as Redes Sociais de Apoio de mulheres no ciclo gravídico puerperal, desenvolver ações educativas para o estímulo ao AM envolvendo as Redes Sociais de Apoio e analisar os resultados das ações educativas conforme a visão dos participantes. A pesquisa foi do tipo pesquisa ação desenvolvida em quatro fases: a fase exploratória, a fase de planejamento, a fase da ação e a fase de avaliação, com abordagem qualitativa. Teve como cenário a área adstrita a USF – Centro, no município de Parnamirim, estado do Rio Grande do Norte, e os sujeitos da pesquisa foram constituídos por oito mulheres em fase de amamentação exclusiva. Os dados foram coletados nas diferentes fases através de entrevistas, registros do diário de campo e grupo focal. Foram analisados através da elaboração de ecomapa; relato das ações desenvolvidas e utilização da técnica de análise temática de conteúdo. Os resultados revelaram que a família nuclear possui uma relação muito forte com as nutrizes destacando o parceiro (pai) e a mãe (avó) como integrantes mais influentes na rede social das mesmas. As ações educativas realizadas se constituíram de três tipos de atividades que se complementaram: as visitas domiciliares, as rodas de conversas e a interação de um grupo virtual com a utilização do aplicativo *WhatsApp* que foram motivadoras do fortalecimento da rede, contribuindo para incentivar a continuidade do aleitamento materno. A análise das vozes dos sujeitos participantes afirmou a importância da Rede de Apoio para a prática do aleitamento materno, envolvendo relações de trocas e personalidade nas quais circularam dádivas positivas, gerando sentimentos de reconhecimento, afeto, solidariedade e satisfação por terem vivenciado a experiência.

Palavras chaves: Saúde da Família. Aleitamento Materno. Rede Social.

ABSTRACT

The research discusses the social networks of support to breastfeeding in a Family Health Unit from theoretical contributions on the social networks, considered as a web of established relationships between people and their consequences on individual and collective behavior, and the theory of the gift that reveals the comprehension of social interactions, bonds, exchange and reciprocity that circulate symbolic goods essential to the establishment of ties strengthening the network and the practice of breastfeeding. The general objective was analyze the social networks of support for encouraging the breastfeeding and develop actions in view of its strengthening; and as specific objectives: to map the social networks to support women in pregnancy and post childbirth, develop educational activities for stimulating BF involving social support networks and analyze the results of educational activities from the perspective of the participants. The research type was the action developed, divided in four phases: the exploratory phase, the planning phase, the action phase and the evaluation phase, with a qualitative approach. Took place at an area next to the Family Health Unit - Center in the city of Parnamirim, state of Rio Grande do Norte, and the research subjects consisted of eight women in exclusive breastfeeding. Data were collected at different phases through interviews, field diary records and focus groups. Were analyzed by developing ecomap; report of the actions developed and use of the thematic analysis technique content. The results revealed that the nuclear family has a very strong relationship with the mother, highlighting the partner (father) and mother (grandmother) as most influential members of the social network. The educational activities consisted of three types of activities that are complementary: home visits, conversations circles and interaction of a virtual group using the app WhatsApp, that were motivating strengthening of the network, helping to encourage the continuation of breastfeeding. The analysis of the voices of the subjects participants affirmed the importance of the support network for the practice of breastfeeding, involving relations of exchange and personhood in which circulated positive gifts, generating feelings of recognition, affection, solidarity and satisfaction for having lived the experience.

Key-words: Family Health. Breastfeeding. Social network.

LISTA DE SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CCPAR	Centro Clínico de Parnamirim
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
MP4	Gravador de Áudio
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAM	Política Nacional de Aleitamento Materno
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
RC	Rede Cegonha
RENASF	Rede Nacional de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRN	Universidade Federal do Rio grande do Norte
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	APORTES TEÓRICOS.....	16
2.1	As redes sociais na constituição de vínculos.....	16
2.2	A prática da amamentação: imperativos, história e políticas.....	22
2.3	A teoria da dádiva na constituição das redes.....	30
3	OS CAMINHOS PERCORRIDOS.....	35
3.1	O cenário e os participantes.....	35
3.2	Fases da pesquisa, coleta e análise de dados.....	38
3.3	Aspectos éticos.....	42
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	44
4.1	Perfil das mães e suas redes sociais.....	44
4.2	Relato das ações educativas.....	48
4.2.1	As Visitas Domiciliares.....	48
4.2.2	As rodas de conversas.....	50
4.2.3	O grupo virtual.....	53
4.3	As vozes das mães sobre a rede de apoio.....	56
4.3.1	Avaliando as ações educativas.....	56
4.3.2	A importância da rede de apoio para amamentação.....	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS.....	64
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA I.....	76
	APÊNDICE B - QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO	
	 FOCAL.....	77
	APÊNDICE C - DIÁRIO DE CAMPO.....	78
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	 ESCLARECIDO (TCLE).....	79
	APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO	
	 DE VOZ.....	82
	APÊNDICE F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE	
	 IMAGEM (FOTOS E VÍDEOS).....	83

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) proporciona nutrição, vínculo, afeto e proteção para a criança. Promove impacto na promoção da saúde integral da mulher, da criança, da família, da sociedade e do ambiente, diminuindo as chances de adoecimento e os gastos com internação. É uma das prioridades na política de saúde brasileira e, desta forma, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo nas últimas décadas várias iniciativas para o apoio ao AM, tais como: Programa Nacional de Aleitamento Materno, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Banco de Leite Humano, Método Canguru de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso, Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), implantação da Rede Amamenta Brasil em 2011 e da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em 2012, além de estratégias de mobilização social por meio da Semana Mundial de Amamentação e do Dia Nacional de Doação do Leite Humano, dentre outras.

A rede cegonha (RC), instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011 através da portaria MS/GM nº 1.459/2011, é um estratégia do MS/Secretaria de Atenção à Saúde que consiste numa rede de cuidados que assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério. Apresenta como propósitos: um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até os dois anos de idade; a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, o que garante acesso, acolhimento e resolutividade; e a redução da mortalidade materna e infantil com foco no neonato (MS, 2011).

Na RC cabe ao nível de atenção primária prestar assistência integral à saúde da gestante e criança, com ações de planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento no puerpério e ao desenvolvimento do bebê. Em relação ao componente puerpério, prevê o desenvolvimento de ações de acompanhamento da puérpera e da criança, com visita domiciliar (VD) na primeira semana após a realização do parto, promoção do AM e da alimentação complementar saudável e busca ativa de crianças vulneráveis (GIOVANNI, 2013).

Em 2013, com o propósito de fortalecer e promover o AM, principalmente na Atenção Básica de Saúde, foi criada a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS, denominada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). Esta tem como um de seus

objetivos qualificar as ações de promoção do AM na atenção básica por meio do aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica do SUS. A EAAB integra as políticas e programas já existentes, como a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política Nacional de Aleitamento Materno e a Rede Cegonha, a fim de fortalecer a formação de recursos humanos para a promoção do AM e da alimentação complementar na atenção básica.

Estudos constataram que crianças que foram amamentadas apresentaram menor taxa de colesterol total, menor pressão arterial e reduzida prevalência de obesidade e diabetes do tipo dois, na fase adulta (CAMINHA *et al.*, 2010). Desde 2001, na 54^a Assembleia Mundial de Saúde foi aprovada a proposta brasileira de recomendar o aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses e sua complementação com outros alimentos até os dois anos de idade ou mais. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), passaram a recomendar o proposto por esta referida Assembleia, o que desencadeou um esforço coletivo da sociedade e do governo brasileiro para seguir tal recomendação (MS, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que durante o pré-natal os profissionais de saúde envolvidos orientem as mulheres e seus familiares para o AM em diferentes momentos educativos. Durante o pré-natal os profissionais assumem o compromisso de desenvolver ações educativas em uma visão holística e multidisciplinar para o enfrentamento das fragilidades e fortalecimento ao AM, esboçando assim o perfil da gestante e de sua rede social de apoio ao AM. Dessa forma, a equipe de saúde deve identificar os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante, com a finalidade de promover educação em saúde para o AM, assim como, garantir a vigilância e a efetividade durante a assistência a nutriz no pós-parto. Após a alta da maternidade, a visita domiciliar (VD) e o acompanhamento da criança durante a primeira infância constituem etapas chave para o apoio à manutenção da amamentação (VENANCIO, *et al.* 2010).

Mesmo com todos os incentivos e campanhas para a promoção ao AM os números em relação ao desmame precoce ainda não são ideais, uma vez que, a amamentação artificial ainda se faz muito presente, elevando o coeficiente de

mortalidade infantil no primeiro ano de vida. Este desmame precoce acarreta sérios problemas para a saúde da criança e por esse motivo é importante conhecer as causas e demais consequências que a prática acarreta, destacando as influências das mudanças sociais, a urbanização e o estilo de vida, nesse processo (ÁVILA, 2008).

É necessário que o profissional de saúde esteja atento a incidência do desmame precoce, exercendo um olhar diferenciado, com o propósito de reverter esse quadro. Nesse sentido, devem ser considerados os aspectos emocionais, crenças, cultura familiar, valores, rede social de apoio à mulher, entre outros aspectos (MS, 2015).

Estima-se que a amamentação tem o potencial de reduzir em 13% as mortes em crianças menores de cinco anos e em 19 a 22% as mortes neonatais, quando essa amamentação ocorre nas primeiras horas de vida. Pesquisa realizada no ano de 1986 no Brasil evidenciou que 3,6% das crianças de 0 a 4 meses recebiam leite materno exclusivo. Dados de 2006 evidenciaram a prevalência do AME em um percentual de 38,6% em menores de seis meses (VENANCIO *et al.*, 2010). Mesmo sendo observada tal elevação, os resultados ainda não são satisfatórios.

Constata-se que as políticas e os programas para a promoção do AM têm se fundamentado na literatura especializada, no sentido de incluir na atenção prestada às mulheres, aspectos relacionados com o suporte psicológico e educativo. Dessa forma, essa atenção à mulher pode interferir na duração da amamentação. Sabe-se, no entanto, que são vários os determinantes que influenciam o sucesso do AM, dos quais podemos mencionar as redes sociais de apoio.

É preciso que a amamentação seja incentivada pelos profissionais de saúde, companheiros e familiares, para aumentar as chances de que essa aconteça de fato. São muitos os entraves que a impedem. Algumas mães não desejam amamentar por considerar o leite ralo e fraco e achar que não alimenta bem o seu filho (BRAGA *et al.*, 2008). O cansaço físico e o cuidado com a estética também podem interferir (BARROS *et al.*, 2012). Dessa forma, é imperativo acolher essas mulheres e manter um diálogo acerca de sua importância na nutrição do seu filho, para que compreendam os benefícios da amamentação e não a interrompa precocemente.

Percebe-se, portanto, que, além dos incentivos propostos pelo MS, à qualidade de assistência prestada pelo profissional de saúde, a decisão da mulher em querer amamentar e a sua rede social de apoio é fundamental para a manutenção da amamentação.

As redes sociais são um fato inerente ao existir humano. Dentro das redes, os relacionamentos de amizade ocupam grande espaço. Segundo Martins (2011) as redes podem ser entendidas como um sistema de trocas e de reciprocidades, envolvendo a pessoa mediante ações de acordo/desacordo ou de aliança/conflito (Dádiva).

Muitas vezes as pessoas se ligam de maneira informal, formando grupos que atendam as suas necessidades. As redes sociais são também definidas como estratégias utilizadas pela sociedade para que seja possível compartilhar informações e conhecimentos através de relacionamentos (de estudo, trabalho, amizade, lazer, etc.) entre os atores (pessoas, grupos, organizações, comunidades, etc.) que as constituem (TOMAÉL *et al.*, 2005).

Cada pessoa inserida na sociedade tem suas redes de relações, que podem ser virtuais ou presenciais no contato do dia a dia. As redes são formadas pela família, amigos, e outras pessoas de entidades ou instituições, como igreja, serviços de saúde, escola, entre outras, que fazem parte da convivência. Estas pessoas podem, em determinadas situações, assumirem posições de apoio há algum tipo de problema ou necessidade na referida rede. Por esta razão, são reconhecidas como redes de apoio social.

Martins (2008), tendo como referencial a Teoria da Dádiva de Marcel Mauss, que vem sendo resgatada para explicar os fundamentos da solidariedade e da aliança nas sociedades contemporâneas, propõe o entendimento de redes sociais como sistemas de trocas, formados por fluxos de dons, de bens materiais e simbólicos, que organizam os sistemas sociais e as próprias individualidades. Os vínculos interpessoais presentes nas redes ocasionam sentimentos de amizade, confiança e solidariedade entre os membros dos grupos, fazendo girar a vida associativa, seja em uma rede primária, como a família, ou secundária, quando se configura através de outros entes sociais ou institucionais (MARTINS, 2006).

O compromisso dos profissionais da saúde na adesão as redes de apoio é importante para o incentivo do AM e pode interferir na decisão da mulher em aderir, ou não, a amamentação. Dessa forma, Martins *et al.* (2011) reforçam que o

repassar de informações deve ser claro e objetivo, deixando a mãe segura e consciente da importância do AME até os seis meses de vida. O desenvolvimento de ações educativas por uma equipe de multiprofissionais pode elevar o índice de AME, mas devem ser consideradas as dificuldades e limitações inseridas no contexto das mulheres e de suas famílias.

Apesar de a amamentação ser tema amplamente pesquisado na área da saúde da mulher e da criança, ainda são encontrados muitos aspectos a serem investigados. Nesse sentido, destaco a relevância desta pesquisa, por ampliar os conhecimentos acerca dos fatores que influenciam a mãe na amamentação, com um destaque especial para a importância das redes sociais na busca do alcance da confiança, do vínculo, do respeito e da estima, como uma práxis transformadora.

O interesse pela efetiva inserção do apoio ao AM suscita a preocupação com os efeitos deletérios do desmame precoce, que tenho vivenciado desde que iniciei o percurso na prática da Estratégia Saúde da Família (ESF), há treze anos. Durante minha trajetória de trabalho na ESF, organizei um grupo de gestantes vinculadas ao pré-natal para otimizar as ações educativas e possibilitar trocas de experiências. Os grupos podem funcionar como rede de apoio, mobilizando as pessoas na busca de autonomia e diminuindo as vulnerabilidades e problemas. No convívio entre pessoas criam-se vínculos que possibilitam a interação e a troca (GARCIA *et al.*, 2011).

Vale salientar que a amamentação não é totalmente instintiva no ser humano, requer aprendizado para se prolongar com êxito e precisa de esforço e apoio constante. Nas interações no grupo, os saberes são partilhados com relatos de dificuldades e de sucesso de amamentação e essas vivências estimulam o aprendizado e fortalecem o processo do AM. Dessa forma, fica evidente o potencial dos grupos e, quando as mulheres frequentam assiduamente as reuniões, o resultado da amamentação exclusiva se estende por mais tempo. Pessoas vinculadas às mulheres no seu cotidiano, como vizinhos, mídia e a família extensiva (tios, primos, amigos), e que fazem parte de sua rede social, podem influenciá-la com seus costumes, valores, hábitos e crenças. Embora constituam um grupo pouco investigado nos estudos sobre AM, também interferem na decisão da mulher em amamentar e na continuidade do aleitamento materno (MONTE, 2012).

Partindo desse enfoque, podemos observar que o AM depende de fatores que podem influenciar positiva ou negativamente no seu sucesso. Alguns desses fatores estão diretamente relacionados às redes sociais da gestante ou nutriz.

Melo (2014) reforça que o conhecimento das redes sociais locais e de suas teias de significados, constitui demanda prática e legítima das equipes de saúde para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, frente à necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais, estímulo à participação popular, formação de vínculo, responsabilização compartilhada e promoção de autocuidado e autonomia. A noção de rede social é considerada neste estudo para enfatizar as relações estabelecidas entre as pessoas e suas consequências nos comportamentos individuais para o apoio ao AM.

Como enfermeira e integrante de uma equipe da ESF, percebo nos grupos de gestantes, que as maiores influências ao AM estão nas experiências anteriores e no estado emocional da nutriz, bem como, no apoio família e no vínculo dos profissionais de saúde, tanto como elucidativos de crenças e mitos, quanto com fonte de instigação e apoio. Ao caminhar e emergir na prática da ESF muitos questionamentos brotaram e me instigaram a estudar o tema. Alguns nortearam a presente pesquisa tais como: Qual a importância das redes sociais no apoio do AM? Como fortalecer as ações educativas na rede de apoio? As tecnologias de comunicação podem ser utilizadas para seu fortalecimento?

Para responder as questões propostas, o estudo teve como objetivo geral analisar as redes sociais de apoio para o estímulo e manutenção do AM e desenvolver ações na perspectiva do seu fortalecimento. E como objetivos específicos: mapear as redes sociais de apoio de mulheres no ciclo gravídico puerperal; desenvolver ações educativas para o estímulo ao AM envolvendo as redes sociais de apoio e analisar os resultados das ações educativas, conforme a visão dos participantes.

Após a introdução deste texto, que descreve ideias centrais e os objetivos do estudo, a dissertação está estruturada em três capítulos, seguidos das considerações finais. No primeiro capítulo apresentamos o aporte teórico, organizados em três eixos: as redes sociais na constituição dos vínculos, a prática da amamentação e a Teoria da Dívida na constituição das redes. Em seguida, o segundo capítulo traz o percurso metodológico que é apresentado em quatro temas: o cenário da pesquisa, as formas de coleta dos dados, a análise do material

coletado e os aspectos éticos relacionados à pesquisa. No último capítulo são apresentados os resultados da investigação.

2 APORTES TEÓRICOS

Este capítulo apresenta as abordagens que fundamentam a presente pesquisa dividindo-as em três pilares teóricos: as Redes Sociais na constituição de vínculos; A prática da amamentação: imperativos, história e políticas; e a Teoria da Dádiva na constituição das redes. Seguiremos discutindo os enlaces entre eles, relacionando-os ao apoio e fortalecimento do AM.

2.1 As redes sociais na constituição dos vínculos

O ser humano, durante o seu ciclo vital, compartilha de uma rede social correspondente a uma trama interpessoal, que envolve as mais diversas relações compreendidas por ele como expressivas ou diferenciadas. Dessa forma, é possível perceber que todos os indivíduos pertencem a subgrupos sociais que englobam as pessoas com as quais se relacionam e mantêm influência mútua.

O termo “Redes” é utilizado em diversos campos do conhecimento e possui as mais variadas interpretações. As “Redes Sociais” surgem como um conjunto de relações e intercâmbios entre indivíduos, grupos ou organizações que partilham de interesses comuns (HOLANDA, 2000). Em outro dicionário, “rede” é definida como “um entrelaçado de fios, de espessura e materiais diversos, formando um tecido de malhas com espaçamentos regulares” (HOLANDA, 1995).

Para as ciências sociais, Rede Social pode ser definida como um conjunto de participantes unidos por ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados, um conjunto de elementos e relações que entre si mantêm atividades de intercâmbio e troca (RANDOLPH, 2014). Assim sendo, a imagem de teia, de conexão, de fios que se entrelaçam esta sempre associada a algumas denominações, como redes políticas, redes sociais, rede de serviço, rede de internet, etc., independente da percepção que lhes são imputadas (LACERDA, 2010).

No compartilhar de informações e conhecimento é determinante a inclusão de Redes como um espaço valorizado de aprendizagem organizacional, que fomente o desenvolvimento de inovação na produção compartilhada da interação entre os atores. Espaços esses, que tanto podem ser presenciais como virtuais. As ligações na rede acentuam a capacidade de inovação individual e

organizacional, capacidade esta, que reflete no sistema de inovação em que os atores estão inseridos, promovendo o desenvolvimento e benefícios advindos do conhecimento adquirido (TOMAÉL *et al.*, 2005).

A relação entre as redes sociais e o compartilhamento de informações e de conhecimentos é, no entanto, estabelecida de maneira cíclica, uma vez que tais compartilhamentos formam e mantêm as redes sociais, como bem expõe Tomaél *et al.* (2005).

As informações e conhecimentos, quando transformados pelas ações dos indivíduos, tornam-se competências valorizadas, gerando benefícios sociais e econômicos que estimulam o desenvolvimento e são, ainda, recursos fundamentais para formação e manutenção das redes sociais.

A conformação em rede é característica do homem que congrega com os seus semelhantes, estabelecendo diversas relações – sejam essas familiares, de amizade, de trabalho ou mesmo relações de interesses – que se ampliam e se transformam, conforme a sua trajetória, desenhando e ampliando sua rede, de acordo com sua inserção na realidade social. Sendo dinâmica, a Rede Social, é auto-organizável e estabelece-se por relações horizontais de cooperação (TOMAÉL *et al.*, 2005).

Tomaél *et al.* (2005) citam, ainda, que as Redes são um fenômeno coletivo e perpassam os momentos da vida social, proporcionando diferentes informações que são determinadas por interesses que movem a própria Rede e pelos processos de reorganização espacial e temporal da sociedade contemporânea. Elas ultrapassam o âmbito acadêmico/científico, conquistando e estabelecendo espaço em outras esferas. Nas relações de Rede o conhecimento necessita ser transformado, caso contrário, ele será apenas um amontoado de informações sem importância. Freire (1987) destaca o caráter dialógico do processo de construção de conhecimento, afirmando que “o processo de construção de conhecimento ocorre por meio de relacionamentos e na interação entre os atores em ambientes de aprendizagem, caracterizando-se por ser um processo dialógico”.

Para Fontes (2008) a intensidade dos laços sociais pode ser classificada no que diz respeito ao tempo gasto na relação e, ainda, pela magnitude, familiaridade e reciprocidade de serviços dentro desta relação. Conseqüentemente, podemos observar uma dicotomia entre os laços sociais fortes e os laços sociais fracos, aspectos que permitem deduzir que a proximidade ou o distanciamento entre

os atores podem ser capazes de influenciar as qualidades das relações de solidariedade, e os laços mantenedores do vínculo social.

Os laços fortes são importantes para conservação das tarefas habituais, para o suporte afetivo, e para o apoio à reprodução da vida familiar. Contudo, redes que contenham apenas esse tipo de laço, têm uma predisposição a se fecharem sobre si mesmas. Tal fato acontece porque, embora os investimentos materiais, e mesmo os simbólicos, sejam maiores do que nas redes de laços fracos (onde a natureza mais pontual da interação possui característica de novidade), os rituais são mais perenes e estáveis, tendendo a um maior congelamento pelas influências mútuas e afetividades mais repetitivas (PORTUGAL, 2006).

Concomitantemente, os laços fracos são melhores do que os laços fortes no que diz respeito à ampliação do capital social dos indivíduos, uma vez que multiplicam as relações e permitem o acesso a novas informações e a grupos e recursos sociais distintos. Entretanto, é importante destacar que existe menor veracidade entre os seus pontos. Evidenciamos, ainda, que uma configuração dita ideal deverá abranger, de forma balanceada, uma mistura entre ambos os laços mencionados (fortes e fracos), para uma melhor resiliência social (PORTUGAL, 2006).

Gerhardt *et al.* (2011) destacam que as Redes Sociais expressam vínculos que fundam a sociedade, organizam as individualidades e que são fundamentadas em relações de trocas. Representam um conjunto de pessoas com as quais o ato de manter relações de amizade possibilita a construção da confiabilidade e fidelidade. Dessa forma, pode-se observar que os atores que compõem a rede social são capazes de exercer interferências. Destaco que, ao compartilhar a informação e o conhecimento, os atores da Rede Social adotam uma postura de cooperação e valorizam tanto o contato pessoal, quanto o uso das tecnologias, como ferramenta de comunicação que culmine na troca de conhecimentos dentro dela.

Segundo Martins (2011), as redes podem ser compreendidas como sistemas de trocas e de reciprocidade, envolvendo os atores mediante ações de pacto e desacordo ou de uniões e conflitos. Além disso, é comum, nas Redes Sociais, a existência da figura de um mediador (MARTINS, 2008). Este exerce um papel de articulador, nutrindo as sociabilidades e podendo ser considerado um

organizador social que assume compromissos com os outros, no apoio em situações cotidianas.

Castells (1999), em seu livro “A Sociedade em Rede”, contribui de forma decisiva na identificação de uma nova estrutura social, que seria o funcionamento de um sistema de redes sociais interligadas. O autor desenha os contornos de uma sociedade globalizada e centralizada no costume e aplicação da informação. Nesta sociedade, a divisão do trabalho se efetua segundo um padrão complexo de redes interligadas.

Acerca da importância da informação nas redes sociais, Castells (1999) salienta que:

Em razão da convergência da evolução histórica e da transformação tecnológica, entramos em um modelo genuinamente cultural de interação e organização social. Por isso é que a informação representa o principal ingrediente de nossa Organização social, e os fluxos de mensagens e imagens entre as redes constituem o encadeamento básico da nossa estrutura social.

Partindo para exemplos práticos, destacamos que a implantação das equipes da ESF, em 1994, suscitou uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, apostando no estabelecimento de vínculos e na criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (MS, 2009). Nestes espaços a rede surge como um recurso determinante para permitir o progresso das ações que envolvem a participação da comunidade, promovendo cidadania e a democratização.

O vínculo entre profissional/usuário do SUS estimula a autonomia e a cidadania, promovendo a participação destes usuários durante a prestação de serviço. Assim sendo, acolhimento e vínculo dependem da maneira de produção do trabalho em saúde. A importância e a valorização de uma cultura participativa nas instituições de saúde colaboram para aumentar a autonomia e elevar a autoestima dos usuários, melhorando a qualidade de vida e de saúde dos mesmos.

Por vínculo, entendemos tudo aquilo que liga, ata ou aperta; é o que liga dois ou mais indivíduos. Remete à ideia de interdependência e de relacionamento (HOUAISS, 2004). O vínculo consiste de estrutura dinâmica estabelecida na relação sujeito-objeto com características específicas, assim, o vínculo é uma relação particular estabelecida entre o sujeito e um objeto, no qual o sujeito exerce uma função frente ao objeto e o objeto, por sua vez, exerce também determinada função

frente ao sujeito. Dessa maneira, o vínculo, seja ele individual ou grupal, exerce uma relação de boa comunicação entre os sujeitos a partir do momento em que ambos assumem o respectivo papel conferido pelo outro.

Para Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação dos serviços. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos – referindo-se tanto aos profissionais, quanto usuários –, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Evidencia-se, nesses espaços, que o conjunto de vários vínculos culmina na formação de uma Rede Social, que, através dos seus diversos sujeitos, fará inserção com outras redes, influenciando-as e sofrendo influências dela.

Vaitsman (2013) afirma que é necessário edificar a influência mútua entre os profissionais e os usuários, na direção de procedimentos capazes de gerar dependência recíproca, pois na troca e envolvimento entre quem dá e quem recebe, brotam efeitos positivos para ambos, com consequentes benefícios no aumento de confiança pessoal, na satisfação com a vida e na capacidade de enfrentar problemas. O apoio que as redes proporcionam remete ao dispositivo de auxílio mútuo, potencializando-se quando esta rede é intensa e integrada. Dessa forma, o apoio social fornecido pelas redes ressalta os aspectos positivos das relações, gerando aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas.

Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Entretanto, a baixa escolaridade e a falta de recursos dificultam uma ligação mais dinâmica com o serviço, já que os usuários se encontram diante de uma relação de desigualdade econômica, social e cultural, evidenciando, muitas vezes, dificuldade de reconhecer que aquele serviço é um direito e não um favor. Isso impõe limitações nas relações entre profissionais de saúde e pacientes.

A característica da conectividade é a que mais se destaca em uma Rede Social o que implica em processos de trocas e de interferências. Dessa forma, alguns projetos/programas do MS organizam-se como rede, ou seja, redes comprometidas com a defesa da vida.

Uma observação holística no processo de formação de uma nova sociedade, economia e cultura é a revolução tecnológica da informação. É possível perceber-se que os incrementos tecnológicos das últimas décadas influenciaram e transformaram ativamente vários setores da sociedade, inclusive o setor da saúde (CASTELLS, 1999).

As redes sociais ultrapassaram o âmbito acadêmico/científico conquistando e ganhando espaço em outras esferas. Analisar redes sociais constitui andar por caminhos diversificados, frente à multiplicidade conceitual e metodológica contida no tema. Neste sentido, o estudo utiliza o ecomapa como instrumento para a discriminação das fontes de suporte social, promovendo uma reflexão sobre a qualidade e situação dos vínculos estabelecidos com grupos e pessoas significativamente importantes para a constituição de redes. Destarte, ações focadas no domínio sociocultural promovem a criação, manutenção e fortalecimento das redes sociais (TOMAÉL *et al.*, 2005).

Ainda no tocante a tais redes, as Políticas Públicas implementadas pelo MS preconiza a adoção de uma perspectiva ampliada de saúde pública. Nesta devem ser priorizadas a atenção na comunidade, à educação em saúde, o envolvimento de recursos comunitários (comunidade, família e usuário) e o vínculo com outros setores.

Finalizando este subitem é importante destacar que as Redes Sociais estão em constante evolução, assumindo formas diferentes de relacionamento, de intercâmbio, de comunicação e de intencionalidade, nas quais os sujeitos, ou mesmo os grupos, estabelecem vínculos de amizade e de informação, passando, assim, a receber apoio material, emocional e afetivo. Ressalta-se, ainda, que ao ter consciência de sua rede social de apoio, os sujeitos tendem a modificar comportamentos, expandir sua capacidade de enfrentar ocorrências difíceis e melhorar a sua autoestima.

Na era da informação, valorizar as Redes Sociais de apoio e fazer circular as dádivas para compartilhar informações e contribuir no fortalecimento da amamentação é sempre um caminho a ser trilhado como desafio.

2.2 A prática da amamentação: imperativos, história e políticas.

A prática da amamentação, caracterizada por ações verticalizadas, seguem a ideologia que reduz a amamentação a um atributo natural, comum a todas as espécies de mamíferos, simbolicamente traduzida em *slogans* do tipo "amamentar é um ato natural, instintivo, biológico e próprio da espécie" (ALMEIDA, 1999). Amamentar é uma prática complexa e decorre também de dimensões comportamentais, culturais, sociais e históricas. Desta forma, o aleitamento materno revela-se com diferentes significados, permeados de ideologias, crenças e mitos. Recebe influências da época e do ambiente em que se encontra inserido, pelo contexto de quem vivencia o ato de amamentar.

Elisabeth Badinter (1985), em seu livro "Um Amor Conquistado: o mito do amor materno" profere que o amor materno é produto da evolução social e que o primeiro sinal da rejeição do filho está na recusa a dar-lhe o seio. Relata que é notório que a amamentação no seio e os gritos de recém-nascidos estão longe de provocar em todas as mães as mesmas atitudes e que a amamentação depende, em grande parte, de um comportamento social, variando de acordo com a época e os costumes. Dessa forma, a autora descreve que nos séculos XVII e XVIII o próprio conceito do amor da mãe aos filhos era outro: as crianças eram normalmente entregues, desde tenra idade, às amas, para que as criassem, e só voltavam ao lar depois dos cinco anos.

Até o fim do século XVI, a amamentação mercenária só é procurada pela aristocracia em que era considerado pouco digno amamentarem elas mesma os filhos. Amamentar o próprio filho equivalia a admitir que não pertencesse à melhor sociedade. As mães, sogras e parteiras desaconselhavam a amamentação. Se a mãe amamentasse, devia esconder-se para isso, o que interrompia por um longo período a sua vida social e a de seu marido.

Diante do exposto, as mulheres ricas traziam as amas para suas casas, privando outras crianças, os filhos da ama, de sua mãe. Em consequência, cada vez que uma mãe se recusava a amamentar seu bebê, duas crianças eram privadas do leite materno (BADINTER, 1985). Estas considerações acerca da ama-de-leite brasileira foram documentadas nos trabalhos de Magalhães e Giacomini (1983), mostrando a exploração da mãe preta em detrimento da alimentação do seu próprio filho, que muitas vezes não sobrevivia.

Nos meados do século XIX, as mães das meninas brasileiras já começavam a pensar seriamente no casamento destas, quando as mesmas

estavam entre doze e treze anos, recém-atingida a puberdade. Naquela época, alguns estrangeiros (europeus) que vinham ao Brasil, encantavam-se pela beleza das mulheres brasileiras e referiam-se as mesmas afirmando que: “destas criaturas tropicais, antes de completa maturidade, tão delicados, tão deliciosos perfume de feminilidade, como não possuem os nossos botões de rosa europeus”. Ainda relatavam que: “pena tão cedo se desfolhassem essas entrefechadas rosas, o que cedo murchasse sua estranha beleza e que seu encanto só durasse ate os quinze anos” (FREYRE, 2003).

A formação da família brasileira recebeu influência das características gerais da colonização portuguesa no Brasil, de uma sociedade agrária, escravocrata e híbrida, além dos índios. A casa grande, completada pela senzala, representou todo um sistema econômico, social e político que influenciou e influencia na formação da nossa família brasileira. Freyre (2003) descreve a história social da casa grande como sendo uma historia íntima de quase todo brasileiro: da sua vida doméstica (íntima, patriarcal, religiosa, poligâmica) influenciada pelas credices das senzalas. “A parte mais produtiva da propriedade escrava é o ventre gerador” já diziam os fazendeiro e donos de senzalas, que favoreciam o aumento do número de crias, como quem promove o acréscimo de um rebanho.

Os povos de raça negra vindos da África no período colonial traziam o hábito do aleitamento materno prolongado. O uso das negras como amas-de-leite foi generalizado no século XIX, relatados por diversos autores com frases como: “as negras convertem melhor o alimento em sangue e em leite”. Havia orientações médicas específicas para uma boa ama de leite. No guia médico (J.B.A. Imbert) são descritos os cuidados ao abeirar-se do delicado problema das amas-de-leite: “nem rijos nem moles, os bicos nem muito pontudos nem encolhidos, acomodados ao lábio do menino”. Reconhecia-se nesse guia, que as mães brasileiras, muito jovens, não suportavam as fadigas de uma amamentação e salientavam que as mães supervisionassem as amas negras (FREYRE, 2003).

Considerando o fato de que os casamentos se faziam muito cedo, era muito comum encontrar mães muito jovens, com seus treze ou quatorze anos. Por serem jovens, e algumas fisiologicamente incapazes de ser mãe em toda a sua plenitude, a jovem senhora não atendia ao dever da maternidade, que era oferecer o seu precioso leite, não pela influência da mãe europeia, que não tinha costume de amamentar, mas pelo seu desenvolvimento físico, já que casavam muito cedo, e

casadas, se sucediam de partos. Muitos fatores influenciaram o óbito infantil precoce, como a falta de higiene e as moléstias contagiosas das amas de leite, entre outros (FREYRE, 2003).

Na história da amamentação, o homem foi instigado a estabelecer alternativas para contrapor à demanda das mulheres que, por qualquer causa, iniciam o desmame precoce. Desde a época da ama-de-leite até os dias de hoje, fortalecida pelo marketing dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se circunscrevem exclusivamente às questões ligadas à saúde, denotando, em muitas situações, interesses relacionados à modulação de comportamento social e à oportunidade de auferir lucros de toda espécie (ALMEIDA e NOVAK, 2004).

Almeida e Novak (2004) ainda proferem que: dependendo do momento histórico e da intencionalidade atribuída ao ato de amamentar, os aspectos relacionados à natureza e a cultura, ou seja, à biologia e à sociedade, ora se separam, ora se mesclam. A abordagem compreensiva da amamentação permite perceber, por vezes, que um hábito cultural, para ser assimilado, foi tratado como instintivo natural e biológico, ao qual não cabe nenhum tipo de questionamento. Esse reducionismo biológico vem oferecer lugar a outras interpretações culturais que não reduzem o ser humano à condição de um mamífero qualquer. Focalizada sob este, a amamentação, além de biologicamente determinada, é sócio culturalmente dependente, tratando-se, de um ato impregnado de ideologias e categóricas que resultam das condições sensíveis de vida.

No Brasil, desde muito tempo, a amamentação vem se configurando como uma prioridade nas políticas de saúde. No ano de 1981, a preocupação com o desmame precoce deu origem ao Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), onde alguns pressupostos foram assumidos de forma quase inquestionável. Desde então, diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao AM vêm sendo implementadas, muitas delas normatizadas e praticadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal.

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (MS, 2012).

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades dos três entes federativos. Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação da ESF; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (MS, 2014).

A Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) atual está organizada em seis braços estratégicos: a Rede Amamenta Brasil, criada em 2008, a qual se propõe a apoiar o trabalho interdisciplinar na Atenção Básica; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Método Canguru na atenção hospitalar – contribuindo para uma amamentação satisfatória por meio de mudanças nas rotinas e nas maternidades, com o intuito de cumprir os Dez Passos para o Sucesso do AM; Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, que além de coletar, processar e distribuir leite humano prestam assistência às lactantes cujos filhos estão hospitalizados ou que tenham dificuldades com a amamentação em qualquer momento; o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno na sua totalidade criando assim a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, em 1988 (em 2006, a partir da norma foi criada a Lei 11.625 que regulamenta a promoção comercial e dá orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até três anos); a Mobilização Social realizada desde 1992 é comemorada na Semana Mundial de Amamentação, em 2003 instituiu-se o Dia Nacional de Doação de Leite Humano (dia 1º de outubro de cada ano) com o objetivo de aumentar o volume de leite humano doado no País. Ainda neste sentido, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, em parceria com o MS, criaram o Projeto Carteiro Amigo, que incentiva o aleitamento (GIUGLIANI, 2010).

Representando um avanço na organização do SUS, em 2011, o MS implanta as Redes Temáticas de Atenção à Saúde e dentre elas está a Rede Cegonha (RC), instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011. Esta rede pode ser considerada como uma estratégia para o enfrentamento da mortalidade materna, da

violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. Tem como propósito organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade, assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (MS, 2011).

A RC, por sua vez, sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no Brasil desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Partindo do princípio que as mortalidades materna e infantil, sobretudo a neonatal, permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) e desrespeito aos princípios de humanização do cuidado e os direitos das mulheres e das crianças, a RC possui como um dos seus objetivos, a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (MS, 2011).

A referida rede organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação). A mesma apresenta como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (MS, 2011).

Por fim, é válido destacar que a população de referência da RC são mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos – cerca de 61 milhões de brasileiras – e criança até dois anos de idade. Estes dados representam uma média de 2,9 milhões/ano de gestantes e de crianças assistidas (GIOVANNI, 2013).

Já no que se refere à Atenção Primária a Saúde (APS), esta é responsável pelo Pré-natal de risco habitual da RC assim como a captação precoce da gestante e do pré-natal de alto risco em tempo oportuno. O acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, realização dos exames de pré-natal, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites, vinculação da gestante ao local em que será realizado o parto e apoio às mesmas nos deslocamentos para as consultas e para o local onde será realizado o parto, também são elencados como responsabilidade da APS. No mesmo sentido, podemos listar ainda, o acompanhamento da puérpera e da criança, com visita domiciliar (VD) na primeira semana após a realização do parto e nascimento, promoção do AM e da alimentação complementar saudável e busca ativa de crianças vulneráveis e outros (GIOVANNI, 2013).

É visível a importância que a APS desempenha no processo de implantação da RC, para qual é feita uma adequação nas unidades, potencializando as ações já existentes, ampliando a oferta com novos exames e qualificando o cuidado com base no modelo de atenção proposto. Deve-se haver uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários e que tenham ações articuladas ao modelo de urgência e emergência, com classificação de riscos e fluxos de encaminhamento para local certo e em tempo adequado à demanda de atenção à saúde que a especificidade da rede requer. Dessa forma, busca-se a ruptura com o modelo tradicional, visando propiciar à mulher a vivência das experiências de gravidez, parto e puerpério com segurança, dignidade e o respeito, pelos serviços de saúde, às dimensões social, afetiva e sexual do parto e nascimento e às singularidades culturais, étnicas e raciais (MS, 2012).

Em relação às mudanças da gestão e da cultura, a RC propõe a elaboração e validação de diretrizes clínicas, estruturadas em linhas-guia (*guidelines*) e protocolos clínicos. Propõe também ações de estímulo a mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde, por meio de educação permanente e, ainda, a programação, monitoramento e avaliação da condição de saúde, segundo extratos de risco (GIOVANNI, 2013).

Em pouco mais de dois anos de implantação desta estratégia no SUS, o que nos dá pouco tempo para evidenciar resultados de grande monta, a análise dos dados quantitativos dos indicadores prioritários da RC, permite identificar que a redução da mortalidade infantil no Brasil alcançou, em 2012, três anos antes da data

estipulada, os índices de redução definidos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Segundo o MS, somente nos últimos três anos, a queda da taxa de mortalidade na infância foi de 9%, caindo de 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas viva em 2010 para 16,9 em 2012 (GIOVANNI, 2013).

Inserida na RC, em 2013, o MS instituiu a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil com o propósito de integrar a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Esta busca intensificar a promoção do AM e alimentação saudável para crianças menores de dois anos e fortalecer as ações assistenciais a partir da qualificação no processo de trabalho dos profissionais da saúde (ARAÚJO, J., *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a partir das diferentes necessidades e direitos familiares, equipes de trabalho interdisciplinares devem tomar consciência da responsabilidade na construção de redes de apoio sociais das famílias, a fim de estruturá-las para garantir possibilidades de acolher e cuidar de seus seguimentos e construir o coletivo. A construção das redes de atenção à saúde da criança e à saúde familiar estrutura-se e solidifica-se mediante um conjunto de elementos técnicos, científicos e subjetivos, os quais direcionam as ações para o cuidado com as pessoas. Essa forma de cuidar deve ainda ser iniciada no âmbito familiar, mas ao mesmo tempo, deve ser consolidada pelas ações desenvolvidas nos serviços públicos de saúde (ARAÚJO, J., *et al.*, 2014).

A amamentação é hoje cientificamente reconhecida como forma mais adequada de alimentar a criança, de forma exclusiva, até os seis meses de vida, iniciando, a partir daí, uma alimentação complementar com frutas, verduras, proteínas, tubérculos, entre outros. É uma prática extensiva e de inequívoco efeito protetor para a sobrevivência da criança, devido aos anticorpos transferidos através do leite materno (MS, 2012). Além do benefício de proteção, a amamentação tem um papel agregador, capaz de favorecer a nucleação familiar. Neste sentido, torna-se compreensível e relevante o fato de que a amamentação tem sido considerada a estratégia mais eficiente para prevenir a morbimortalidade infantil.

A promoção e o incentivo da amamentação ainda durante o período de gestação tem, comprovadamente, impacto positivo nas prevalências de AM, em especial entre as primíparas. O acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentar. É importante que pessoas significativas para a gestante, como companheiro e mãe (rede familiar), sejam

incluídas no aconselhamento. Durante o acompanhamento pré-natal, quer seja em grupo, quer seja no atendimento individual, é importante dialogar com as mulheres, abordando aspectos relevantes para a amamentação (MS, 2012). Um estudo utilizando dados da pesquisa nacional sobre prevalência em AM no Brasil observou correlação entre o aumento das prevalências de amamentação exclusiva entre 1999 e 2008, e a diminuição das taxas de internação hospitalar por diarreia no mesmo período (BOCCOLINI, 2011).

O Ministério da Saúde revela, em seu 23º caderno de atenção básica, que uma das causas de desmame é o choro do bebê. As mães, com frequência, o interpretam como fome ou cólicas. Ainda sobre possíveis causas do desmame precoce, destacamos que, embora não haja dúvidas de que esse desmame ocorre com mais frequência entre as crianças que usam chupeta, ainda não são totalmente conhecidos os mecanismos envolvidos nessa associação. É possível que o uso da chupeta seja um sinal de que a mãe está tendo dificuldades na amamentação ou de que tem menor disponibilidade para amamentar (VICTORIA *et al.*, 1997). Por esses e outros motivos, é necessário à formação de grupos de gestantes para a construção de conhecimentos e trocas de experiências sobre a amamentação (MS, 2009).

Apesar de diferentes estudos versarem sobre suas causas, o desmame precoce é, ainda, uma realidade que tem suas origens em fatores que estão além daquilo que pode ser verbalizado pela mãe ou visualizado pelo profissional de saúde. São identificadas algumas causas mais conhecidas como, por exemplo, “pouco leite” ou “leite fraco”, mais muitas das suas origens estão imbricados na subjetividade da mulher e seu contexto de vida. Há ainda alguns autores que afirmam que o desmame precoce é uma decisão da mulher, de forma consciente, embora essa conscientização seja negada. Desconstruir valores/significados que estão arraigados nas nossas vidas é complexo e demorado, é preciso resgatar a história para compreender essa prática (FONSECA, 2014).

No desenho real, a amamentação é um processo aparentemente tão automático, tão carregado de afeto e emoção, mas que em verdade pode congrega os mais agressivos interesses mercadológicos, muitas vezes mascarados de conhecimentos científicos e travestidos de dispositivos para a saúde (ALMEIDA, 1999). Embora seja imperativa a amamentação, esta não pode ser estimulada apenas por conhecimentos que a mulher adquire sobre o tema, uma vez que, na

prática, essa é uma ação que também sofre influências das interações que essa mulher realiza com elementos simbólicos do ambiente em que está inserida, de forma positiva ou negativa.

2.3 A teoria da dádiva na constituição das redes

Dádiva é uma palavra derivada do latim *dativa*, que significa donativo. No dicionário, Dádiva representa aquilo que é dado, um presente ou uma oferta. Dom ou Dádiva (sinônimos) significa “uma teoria geral da obrigação de dar, receber, retribuir os bens simbólicos e materiais de forma contínua por meio de relações sociais” (LACERDA, 2013).

Economia da dádiva ou economia do dom são termos utilizados nas Ciências Sociais para designar a utilidade (valor de uso) dos objetos ou ações por oposição à economia de mercado que tem por base o valor de troca. No campo da saúde, o sistema social da dádiva pode ser capaz de fazer um estranho se tornar um próximo, pois permite movimentos simultâneos de deslocamentos individuais e de formações grupais, enquanto que, nas relações burocráticas e mercantis, as pessoas são vistas, quase sempre, como estranhos (MARTINS, 2013).

Nas relações sociais, o tripé de dar-receber-retribuir, como uma ação humana, terceira laços de sociabilidade, sejam familiares, de amizade ou comunitários, construindo, assim, analogias pessoais. Dessa forma, na revalorização do outro surge uma necessidade de concepção de uma clínica fundada no sistema da dádiva de cuidados, que “[...] considera igualmente os bens materiais da cura (a substância) e os bens simbólicos (atenção, escuta, cuidado, conselhos, etc.) como fundamentos igualmente relevantes da organização da saúde (corporal, emocional e política) e da vida” (MARTINS, 2013). Nesse sentido, a dádiva está constituída nas relações de reciprocidade, onde cada um faz circular a solidariedade, seja material e ou simbólica, de interesse e de ambiguidade. Assim, o sentido Dádiva não deve ser associado com caridade.

A teoria da dádiva foi apresentada pelo sociólogo francês Marcel Mauss em um livro sobre Sociologia e Antropologia, e vem sendo muito utilizada, na atualidade, para interpretação das análises sociais contemporâneas, desvendando a compreensão sobre interações sociais, vínculos, trocas, reciprocidades e redes, que fazem circular bens simbólicos essenciais à constituição de laços. (MARTINS, 2011).

Mauss sistematizou a teoria da Dívida nos anos 1920, ao analisar diversas etnografias realizadas por outros pesquisadores, com objetivo de compreender os fenômenos que administravam as trocas e os direitos contratuais em algumas sociedades primitivas ou arcaicas. A partir dessas investigações, o autor publicou um estudo clássico intitulado “Ensaio sobre a Dívida: forma e razão de troca nas sociedades arcaicas” (Mauss, 1985 [1923-1924]) no qual descreveu a complexidade do sistema de trocas que operava por meio das relações sociais. É uma obra clássica da antropologia onde o autor estuda o fenômeno da dívida entre os povos da polinésia da Melanésia e os indígenas da América do Norte (LACERDA, 2010).

Mauss (2003) evidencia que os fatores econômicos não são dissociáveis de outros aspectos da vida social, assim sendo, as trocas estão ligadas à sociedade no seu conjunto e derivam todas as obrigações de dar. A dívida tem valor social e reúne questões religiosas, econômicas, políticas, de saúde entre outros. Mostra a essência da reciprocidade com caráter universal da tríplice obrigação de “dar, receber e retribuir” (MAUSS, 2003).

O referido autor evidencia que a dívida é o oposto da troca mercantil e procura nela a origem da troca ou do intercâmbio, além de discutir acerca da existência de uma obrigação social coletiva, que se impõe sobre as diferenças individuais, e reconhecer que essas diferenças individuais contêm em si a totalidade. Por isso, essas partes (indivíduos ou grupos de indivíduos) contêm, igualmente, as sementes da autonomia e da liberdade. Nas conclusões do livro Mauss faz sugestões que as sociedades seculares industrializadas poderiam beneficiar-se ao reconhecerem a prática das dívidas e doações, possibilitando o desenvolvimento da generosidade (MAUSS, 2003).

Lacerda (2010), analisando a teoria da dívida sob a luz dos ensinamentos de Mauss, refere ser um sistema de prestação total, ou seja, de dons e contradons, que não se constituem por meio de simples trocas de bens. Ao contrário disso, ela envolve um conjunto de fatos complexos e entrelaçados, nominado de “fatos sociais totais”, por integrar as diversas dimensões da vida social.

A universalidade da dívida se manifesta de maneira mais compreensível quando observamos as trocas que se processam na vida do dia-a-dia, motivadas na tríade do dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais, e que se organizam por meio da “dívida partilhada” (CAILLÉ, 2002). É nessa modalidade de dívida de

partilha, com relações mais horizontais, onde entendemos que se insere o apoio social e consequentemente, as redes de apoio.

Martins (2011) revela que a teoria da dádiva tem grande contribuição a oferecer à renovação paradigmática da APS, por permitir entender que o êxito do cuidado depende do modo como o profissional dirige sua orientação e assistência ao usuário, para inseri-lo em um sistema de trocas. Na circulação das trocas, compreendidas como dádivas, são desencadeadas mecanismos de doações através das palavras e das ações desenvolvidas na mediação do cuidar e na constituição das redes sociais de apoio.

Lacerda e Martins (2013) advertem que a circulação da dádiva nos serviços públicos de saúde podem se conferir através de: uma partilha, nas relações horizontalizadas, por meio da circulação de afetividade (confiança) e solidariedade (estima); ou rivalidade e poder, nas relações hierarquizadas, por meio da busca por direitos (respeito). Dessa forma, os vínculos constituídos entre os sujeitos são observados enquanto relações que se conectam, e estruturam os autores através de normas prescritas (profissionais da ESF) e de uma maneira de circulação, que alimenta e motiva as interações através do circuito do dom. Assim, a dádiva circula e mantém o vínculo que conecta os atores sociais.

Uma sucessão de dádivas poderá equacionar ou superar as diferenças ou hierarquias de poderes e saberes entre os sujeitos rumo a uma circulação de reciprocidades positivas, capazes de fortalecer os laços para gerar reconhecimento mútuo em relação à confiança, respeito e estima. Diversas práticas sociais na saúde estabelecem vínculos e valorizam os sujeitos e o simbólico no processo terapêutico (práticas integrativas complementares, grupos de apoio, práticas associativas, cultura do movimento, etc.) (MELO, 2014).

Neste sentido, trazendo essa discussão para o campo prático, observa-se a existência da circulação de bens simbólicos entre a equipe de saúde e os usuários do SUS. Assim sendo, tal contexto requer dos profissionais posturas humanitárias, as quais serão traduzidas em gestos, comportamento e atitudes.

O sistema da dádiva introduz a ideia da ação social enquanto influência mútua pelo movimento circular, catalisado pela força do bem ou do serviço prestado, simbólico ou material, (dado, recebido e retribuído) “o qual interfere diretamente, tanto na distribuição dos lugares dos membros do grupo social, como nas modalidades de reconhecimento, inclusão e prestígio” (MARTINS, 2006). Silva

(2005) faz referência a uma sociedade que valorize o paradigma e o paradoxo da dádiva, o que facilita a concretização da cidadania participativa e democrática. Isto se daria pela possibilidade de reconhecimento dos menos favorecidos, uma vez que assegura o direito de receber, juntamente com a oportunidade de retribuir, participar, propor, criar, intervir, resgatando os sentidos da convivência comunitária.

Uma explicação simples, porém esclarecedora sobre o paradoxo da obrigação e liberdade, aparece no momento de presentear alguém. Na língua portuguesa, quando uma pessoa recebe um presente, ela geralmente diz: “obrigado (a)”. Então concluímos que essa pessoa de fato se sente obrigada a retribuir ao doador, no tempo oportuno, o presente recebido. E, ao mesmo tempo, essa mesma pessoa tem espontaneamente a liberdade de escolher ou optar pela não retribuição (MELO, 2014).

Segundo Mauss (2003), a pedra fundamental da sociedade é constituída nas interações subjetivas fundamentadas em dádivas ou dons. Os vínculos são mais importantes do que os bens doados, pois geralmente envolvem vivências de emoções positivas, durante os relacionamentos interpessoais, capazes de produzir e reproduzir laços sociais. Dessa forma, é conveniente que o cidadão não seja nem demasiado bom e subjetivo demais, nem demasiado insensível e realista demais. É preciso que ele tenha um senso agudo de si mesmo, mas também dos outros, da realidade social (...). Ele deve agir levando em conta a si, os subgrupos e a sociedade (MAUSS, 2003).

A teoria da dádiva nos revela, portanto, que a necessidade de relacionamento entre as pessoas é inerente à condição humana de ser societário, e que, para permitir que as relações sociais ocorram, os seres humanos se dispõem a doar-se em forma de presentes ou atitudes, na intenção de ter em troca alguma sinalização de que foram percebidos e aceitos, e, na sequência, retribuir a doação de maneiras diversas, simétricas ou não simétricas. Todo o processo da teoria da dádiva ou prestações totais só é possível através do relacionamento interpessoal e da comunicação entre os indivíduos, proporcionando a mobilização de um conjunto amplo e complexo, traduzindo a ideia da sociedade como um fato social total.

Na dádiva verificamos que a simbologia antiutilitarista, a tripla obrigação de dar/receber/retribuir, geradora do fenômeno social total, segundo Mauss (2003), se sobrejuz à divisão de classes, estando presente também na sociedade contemporânea marcada pelo utilitarismo e competição desenfreada. Podemos

inferir que as situações de instabilidade podem remeter as pessoas ao princípio básico psicossociocultural da condição humana, propiciando a formação dos vínculos imprescindíveis no relacionamento interpessoal permeado pelas trocas de bens imateriais (ALMEIDA *et al.*, 2009).

A dádiva vem valorizando a força da associação entre os homens como recurso explicativo poderoso dos movimentos coletivos e espontâneos como As Redes Sociais de Apoio. Essas Redes de Apoio são aquelas conformadas com sentido de “ajuda ou assistência vindo do exterior” composta por pessoas que colaboram em momentos específicos, demandados por alguma necessidade. (BELLATO *et al.*, 2011).

Por fim, cabe concluir que existência das Redes de Apoio configuram dádivas da aliança entre os indivíduos que as integram, estabelecendo uma comunicação intencional para integrar novos sentidos as orientações educativas e ao cuidado. Nas Redes de Apoio existe o circuito de trocas pela dádiva geradora de solidariedade.

3 OS CAMINHOS PERCORRIDOS

Diferentemente da arte e da poesia que se concebem na inspiração, a pesquisa é um labor artesanal, que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular. (Minayo, 2013)

Este capítulo detalha o percurso metodológico, sendo especificado o tipo de pesquisa, o cenário no qual ela se desnuda e os seus participantes. Serão abordadas, ainda, as fases da pesquisa, bem como, a coleta e a análise dos dados.

No que concerne ao tipo, este estudo trata-se de uma pesquisa ação com abordagem qualitativa. Segundo Thiollent (2009), este tipo de pesquisa tem uma base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com uma resolução de um problema coletivo, e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos, de modo cooperativo e participativo.

A abordagem qualitativa responde a questões muito singulares, atentando para um determinado nível da realidade que não pode ser quantificado. Na verdade, trabalha com um universo de significados, motivos, valores e atitudes que se situam em um espaço de relações que não podem ser reduzidos as varáveis quantitativas (MINAYO, 2013). Desta forma, o investigador é partícipe dos eventos que analisa e sua voz se encontra com as vozes dos sujeitos para produzir novos sentidos para as experiências vividas, incorporando o significado e a intencionalidade dos atos às relações sociais, aprofundando também suas dinâmicas históricas, culturais, e simbólicas (MINAYO, 2013).

3.1 Cenário e participantes do estudo.

A pesquisa foi desenvolvida na área adstrita a USF – Centro, localizada no município de Parnamirim, Estado do Rio Grande do Norte, pertencente à Região Metropolitana de Natal. Localiza-se ao sul da capital, distando desta doze quilômetros. O município ocupa uma área de 123 km² e sua população foi estimada em 242 384 habitantes para o ano de 2015, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, sendo considerado o terceiro município mais populoso do estado.

A rede de serviços de saúde de Parnamirim está demarcada territorialmente com cinco Distritos Sanitários, possuindo um total de 28 Unidades

Básicas de Saúde (UBS) e 47 equipes da ESF, com uma cobertura total de 89%. Dispõe, ainda, de uma Maternidade que oferece acompanhamento de pré-natal de alto risco, exames laboratoriais, exames de apoio diagnóstico (ultrassonografia), ambulatório de ginecologia, além de a sua infraestrutura comportar uma UTI neonatal e um banco de leite humano. O município conta, também, com um Centro Clínico (CCPAR) – que concentra diversas especialidades médicas –, um Centro Especializado em Odontologia, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e dois Centros de Apoio Psicossocial, entre outros serviços.

O cenário da pesquisa compreende a área de abrangência da UBS do bairro do centro, localizada no IV distrito, na Rua Senador João Câmara. O horário de funcionamento da unidade é das 7hs30 às 17hs, de segunda à sexta-feira.

Nesta UBS atuam duas equipes da ESF, que desempenham suas ações em áreas distintas. A unidade assiste a uma população total de aproximadamente 7.000 habitantes, sendo atingida pelas equipes da ESF 100% de sua área de cobertura. A equipe da área 08, na qual a pesquisadora está inserida, está dividida em quatro micro áreas.

Os recursos humanos contam com uma equipe de oito Agentes Comunitários de Saúde, um Dentista, um Técnico em Saúde Bucal, dois Enfermeiros, três Técnicos em Enfermagem, dois Médicos, uma Diretora, uma Arquivista, uma Assistente de Farmácia, um Recepcionista e dois Agentes de Serviços Gerais. As equipes utilizam tecnologias de cuidados complexos e de baixa densidade (ou seja, mais conhecimento e poucos equipamentos), que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em todo território.

A UBS esta instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenhando papel central na garantia de acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade. Estabelecida em uma casa adaptada para o seu funcionamento, com formato arquitetônico deficiente. Sua estrutura física é composta por: sala de espera, recepção, área de arquivo e de triagem, sala da direção, farmácia, cinco banheiros, sala de imunização, sala de curativos, cinco consultórios, sendo um da odontologia, e uma área para atividades educacionais.

Na sua singularidade, desenvolve ações de acolhimento e humanização com o objetivo de tercer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas,

com ênfase na integração das equipes de profissionais, e entre estes e a população assistida. O trabalho é permeado por um compromisso social, atendendo a demanda direcionada aos seus serviços de saúde.

Quanto ao perfil social, o bairro contempla um pequeno setor residencial e um grande número de estabelecimentos comerciais e de serviços (lojas, supermercados, escolas e cheche). Apresenta uma oscilação das taxas de crescimento populacional, não pela natalidade, mas pela migração de familiares oriundos de outras regiões, que retornam as suas origens como forma de apoio financeiro e ou familiar.

A UBS organiza as agendas de atenção à saúde por ciclo de vida, por via da prática do acolhimento inicial. Tal organização tem por intenção romper com o uso das agendas fechadas e pré-definidas, buscando redirecionar a demanda espontânea às atividades organizadas para uma oferta programada.

As atividades coletivas mantém o processo de trabalho voltado para a vigilância à saúde, objetivando superar o modelo de atenção biologista hegemônico tecnicista. Todas possuem um enlace mútuo e têm importância chave para a sustentação local das demais ações de saúde, de forma que os participantes procuram envolver e enfrentar, em um ambiente democrático, os diversos fatores relacionados com a produção e determinação do processo saúde e doença.

As principais práticas coletivas de promoção à saúde que fazem parte da agenda permanente da unidade de saúde são: Rodas de Conversa (espaços democráticos de diálogo utilizados para desenvolvimento de atividades de educação em saúde); Grupo de atividades físicas (práticas corporais de ginástica e caminhada); Grupo de Gestantes (ministração de curso com temas referentes ao ciclo gravídico-puerperal); e Grupo de idosos (promoção de hábitos saudáveis e cultura do movimento).

O território é campo de prática de discentes de diversos cursos da área da saúde (enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, etc.). Tal iniciativa é fruto de uma parceria que foi viabilizada através de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Parnamirim - RN e algumas universidades.

As duas equipes da ESF contam com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por Educador Físico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Nutricionista, que constitui um apoio fundamental para o desenvolvimento da educação permanente em serviço, através do matriciamento

feito durante reuniões de planejamento local, discussão de casos, VD, consultas compartilhadas e construção coletiva de planos terapêuticos singulares.

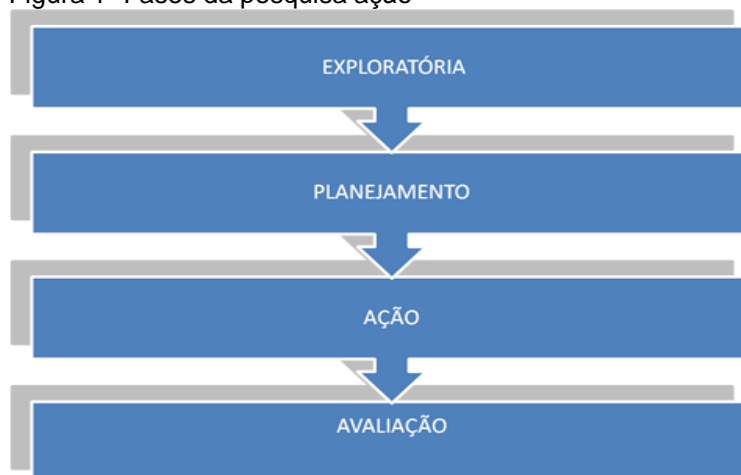
Os participantes da pesquisa foram oito mães de crianças que se encontravam no primeiro mês de vida, em fase de amamentação. Participaram, ainda, os sujeitos que integram as redes sociais de apoio das referidas mães, os quais foram mapeados na primeira fase da pesquisa. Os critérios de inclusão das mães que participaram da pesquisa foram: ter feito o Pré Natal na gravidez; está na fase de puerpério e com AME; e está com a criança vinculada ao Programa de Crescimento e Desenvolvimento da Criança. Os critérios de exclusão compreenderam as não conformidades com os critérios de inclusão.

As mulheres participantes da pesquisa pertencem a uma faixa etária entre 23 e 30 anos, com prevalência no estado civil de casadas e grau de escolaridade predominante compreendido pelo ensino fundamental. Todas realizaram pré-natal de baixo risco, o número de gestação em média foi de dois filhos vivos e o número de consultas de pré-natal foi em torno de seis consultas. Em relação ao tipo de parto, dois nasceram de parto vaginal e seis de partos cesarianas, sendo três do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Todos nasceram a termo sem complicações.

3.2 Fases da Pesquisa, a coleta e análise dos dados.

A pesquisa ação foi desenvolvida cumprindo um itinerário metodológico, sendo dividida em quatro fases explicitadas na figura 1.

Figura 1- Fases da pesquisa ação



Fonte: A autora (2016)

A fase exploratória foi direcionada a seleção das mulheres participantes e ao levantamento de informações. Nesta fase, os dados foram coletados em outubro de 2015, através de entrevistas semiestruturadas que seguiram um roteiro com questões fechadas e abertas, direcionadas a identificar o perfil das mulheres participantes, mapear as redes sociais de apoio de cada uma delas e levantar as demandas educativas iniciais sobre o AM.

Para Triviños (2012) a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa e “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” (TRIVIÑOS, 2012), além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

O mapeamento das Redes Sociais de apoio foi feito a partir da elaboração do ecomapa individual. O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e auxilia na avaliação dos apoios disponíveis e a sua utilização pela família (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

A fase de planejamento foi destinada a elaboração da proposta das ações educativas, tendo como base às necessidades identificadas. Já a fase da ação propriamente dita, no período de novembro de 2015 a maio de 2016, como o próprio nome revela, se referiu à execução das ações planejadas que foi direcionada aos encontros educativos (rodas de conversas), VD e utilização de uma tecnologia que potencializou a circulação de informações em rede. O registro do relato das ações desenvolvidas e das observações relevantes foi feito em um diário de campo.

As rodas de conversa permitem a socialização de experiências e a comunicação colaborativa. Campos (2003) sublinha que o Método da Roda, ou método Paidéia, possibilita um pensar e um fazer em Saúde Coletiva, de forma a sempre incluir o Sujeito. Ou seja, fazer saúde com as pessoas e não sobre elas a fim de aumentar a capacidade de vislumbramento dos problemas e questões, para que estes possam ser reconhecidos e resolvidos a partir de ações de intervenção.

A VD surge como uma estratégia para esclarecimento de dúvidas, e identificação de situações de risco, proporcionando mudanças nos hábitos e favorecendo o bom estado de saúde do binômio mãe/filho (MS, 2005). Repercutiu diretamente e positivamente para a compreensão das dificuldades do período puerperal e da saúde materna e neonatal. Assim, durante as visitas, o domicílio foi considerado um importante cenário para potencializar o vínculo, além de favorecer um espaço de educação e estímulo à amamentação, considerando sempre um atendimento de forma individualizada e mantendo-se alerta para discutir as eventuais dúvidas e preocupações vivenciadas pela família.

Nesse sentido, durante a fase de ação, após o agendamento com as mães, realizamos encontros domiciliares, onde foi possível perceber o poder do conhecimento popular sobre a amamentação, o que pode causar confronto entre o saber popular e o saber científico, trazendo insegurança para a família. Durante as visitas observamos a dádiva circular como uma ação voluntária, ocorrendo uma aproximação com o protagonista, o que facilitou o desenho das redes sociais de apoio à amamentação das mulheres.

Como recurso tecnológico, foi instituído um grupo no aplicativo *WHATSAPP*, denominado de “Rede de Apoio ao AM”, que foi de grande importância para a circulação das informações educativas, fortalecendo o vínculo e as trocas. As mídias sociais fazem parte da vida das pessoas em grau cada vez mais elevado. Castells (1999) afirma que as funções e os processos dominantes na Era da Informação estão cada vez mais organizados em torno de redes, que constituem a nova morfologia social de nossas sociedades e são definidas por este autor como estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação.

A fase final do estudo consistiu em uma avaliação dos efeitos das ações desenvolvidas. Para tal foi realizado, em junho de 2016, um grupo focal (GF),

considerado uma forma de entrevista coletiva. O GF valoriza a comunicação entre os participantes e possibilita o processo de avaliação coletiva (POPE, 2005). Previamente ao encontro, foi organizado um planejamento e roteiro a seguir: definir local, data, hora, convites dos participantes, providenciar autorização da gravação de voz, bem como o gravador, os papéis, as canetas – para os observadores fazerem anotações – e o lanche. Na execução do GF foi pactuado um tempo de 60 a 90 minutos evitando a dispersão e exaustão dos participantes. Após o acolhimento e boas vindas, foi necessário fazer algumas apresentações, visto que alguns convidados, novatos, estavam presentes como observadores e colaboradores. O encontro para o GF contou com a presença de oito sujeitos representativos (sete mães e uma avó), que obtiveram boa desenvoltura nos debates.

O roteiro deste grupo focal foi composto por cinco questões que buscaram avaliar os resultados das ações educativas, conforme a visão dos participantes. O áudio das conversações no grupo focal foi gravado em aparelho adequado (MP4) e, posteriormente, as falas foram transcritas para realização da análise.

Para analisar os dados desta pesquisa, optamos pela técnica de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Minayo (2013). A opção por esta técnica se deu pelo intuito de observar atitudes, motivação, valores, crenças e tendências através de vivências, descobrindo o que se esconde por trás das teorias e caminhando além das exterioridades do que esta sendo dito.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. (...) A presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. (MINAYO, 2013)

De acordo com Minayo (2013) a pesquisa social pode ser entendida como os vários tipos de investigação que “tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica”. A modalidade temática, particularmente, permite “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2013). Esse tipo de técnica é realizado em três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos; e a interpretação. Entretanto, para melhor organização, direcionamento e racionalização

do processo, foram necessários à sistematização de algumas fases, segundo as orientações de Minayo (2013) e Bardin (2011).

Iniciamos uma pré-análise após copilar as entrevistas e a transcrição do material gravado e atentarmos para uma leitura flutuante (preliminar e intuitiva). Nesse sentido, a leitura emerge como técnica que se propõe à apreensão de uma realidade visível, mas também de uma realidade invisível, em que se pode extrapolar o que vem além do texto. A etapa de pré-análise requer um contato direto com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema.

A exploração do material refere-se ao processo de classificação dos dados em busca do núcleo de compreensão do texto. Nesta etapa, foram encontradas as categorias, definidas como “expressões ou palavras significativas em função dos quais o conteúdo de uma fala será organizado”. (MINAYO, 2013). As categorias foram classificadas conforme os objetivos da pesquisa.

Após o processo de categorização e identificação dos núcleos de sentido, seguimos para o tratamento e interpretação dos resultados, através da inferência e inter-relações com alguns aportes teóricos (MINAYO, 2013). Compreendemos que o rigor da análise não está na delimitação precisa de suas etapas, mas sim na decomposição e recomposição simultâneas dos recortes de conteúdo (expressões, contradições, pausas, repetições) para melhor expressar sua significação em conjunto com as percepções do investigador na direção aos objetivos elencados na investigação.

3.3 Aspectos éticos

No que se refere aos aspectos éticos a pesquisa, devidamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), no parecer nº 1251502 e CAAD nº 4846215900005282, seguiu as determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tal resolução define as diretrizes e normas regulamentadoras que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, fazendo recomendações acerca do processo, tais como: esclarecimentos necessários a todos os integrantes, participação voluntária, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sigilo e guarda das informações, entre outras.

Foram blindadas as identidades dos participantes e o sigilo das informações. Também foram respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade. Não houve, nem haverá, portanto, a exposição personalizada das informações proporcionadas. O nome ou qualquer material que indique a participação dos sujeitos não foi, nem será liberado, sem autorização por escrito do interessado.

Para preservação do anonimato dos sujeitos, as identidades das falas dos sujeitos, citadas na dissertação, estão representadas pelo nome de flores que se iniciam com a vogal "A", numa reverência as expressões amizade e amor. São elas: Astromelia, Anêmona, Acácia Amarela, Acácia Branca, Amarílis, Angélica, Antúrio e Allium.

Na ocasião os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa em aspectos que julgaram necessários, e ficaram livres para a retirada do consentimento ou interrupção da participação a qualquer momento e em qualquer fase da pesquisa. Desta forma, a participação foi voluntária e uma eventual recusa nesta participação não acarretaria qualquer penalidade e, caso ocorresse alguma despesa decorrente da pesquisa, os participantes seriam devidamente ressarcidos, sendo-lhes garantidos todos os direitos previstos na legislação brasileira. Todo o material referente à pesquisa será mantido arquivado sob a tutela do pesquisador durante o prazo mínimo de cinco anos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta os resultados da análise do material coletado na pesquisa de campo, organizados em três itens. O primeiro item descreve o perfil das mães participantes da pesquisa e suas redes sociais. O segundo item relata as ações educativas desenvolvidas durante a pesquisa, e o terceiro item apresenta, nas vozes das mães, uma análise avaliativa sobre as ações educativas e a rede de apoio para a amamentação.

4.1 Perfil das mães e suas redes sociais

Considerando o primeiro objetivo da pesquisa, foi feito um levantamento sobre o perfil das mães participantes e mapeada as suas redes sociais primárias, no intuito de identificar as pessoas que poderiam exercer influência no ato de amamentar. Estas atividades fizeram parte da fase exploratória da pesquisa.

A Sociologia identifica duas grandes dimensões de Redes Sociais: As primárias, referente às interações pessoais cotidianas durante os processos iniciais de socialização (família, parentela, amigos, vizinhança, etc.), geralmente através de relacionamentos espontâneos, informais, afetivos e autônomos; As secundárias, formadas a partir da atuação coletiva em grupos, instituições e movimentos sociais que defendem interesses comuns e partilham conhecimentos e experiências (escola, trabalho, estudo, associações, clubes, etc.). (MELO, 2014)

O mapeamento das Redes Sociais foi feito com a elaboração do ecomapa de cada uma das mães. O ecomapa é considerado um instrumento de genograma simples que através da representação gráfica identifica a rede social e de apoio da família, as relações e ligações às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita. Identifica também os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da mesma. A força da relação entre um indivíduo e outro é representada pela linha que os une, podendo, a natureza dessa relação, ser expressa em: próxima, muito próxima, distante e conflituosa. Marteleto (2010) constata que os sujeitos integram as redes sociais como espaços de trocas coletivas qualificadoras de experiências, que revigoram formas de sociabilidade e de comunicação, durante interações que são constantemente redesenhadas.

Sobre o perfil das mães integrantes, podemos constatar que são mães jovens, com uma faixa etária de 23 a 30 anos. Em relação ao estado civil, a maioria, 70%, é casada. O grau de escolaridade compreendeu entre 4 e 8 anos de frequência escolar, predominando assim o ensino fundamental. A metade do grupo era de primíparas. Sobre a ocupação, apenas três mães trabalham fora de casa – sendo uma promotora de vendas, uma comerciante e uma operadora de caixa –, as demais do grupo assume as funções do lar. Quanto ao período gravídico, todas frequentaram pré-natal de baixo risco, 20% realizaram seis (06) consultas de pré-natal e 80% fizeram mais de sete (07) consultas. Foi possível observar, ainda, que 30% das participantes pariram de parto vaginal e 70% de parto cesariano. Todas as crianças nasceram a termo, sendo três do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Quanto à participação em grupos educativos, apenas duas referem não ter participado, mas relatam que foram orientadas sobre a importância do AM durante as consultas de pré-natal.

O mapeamento das Redes Sociais de cada mãe resultou o desenho de oito ecomapas que identificou as afinidades e ligações familiares/sociais das mesmas. Para uma melhor compreensão a figura 02 apresenta uma síntese, destacando os níveis de relação com familiares, amigos e profissionais de saúde.

Figura 02 – Redes sociais das mães participantes da pesquisa. Parnamirim, RN, 2016.

CODINOME	FAMÍLIA NUCLEAR “RELAÇÃO FORTE”	FAMÍLIA NUCLEAR “RELAÇÃO FRACA”	“RELAÇÃO FORTE”	“RELAÇÃO FRACA”
Acácia Branca	Parceiro, Sogra	Mãe, Irma	Amigos de trabalho, Profissional da saúde	Vizinha
Amarílis	Parceiro, Sogra, Cunhada, irmã	Mãe	Profissional da saúde	Amigas de trabalho
Antúrio	Parceiro, Mãe	Irmã	Profissional da saúde	Vizinha
Acácia Amarela	Mãe, Irma	Tia	Profissional da saúde	Amigas
Angélica	Mãe, Tia	Irma	Profissional da saúde	Amigas

Anemona	Parceiro, Mãe	--	_	Vizinha
Astromélia	Parceiro, Irma	Mãe	Profissional da saúde	----
Allium	Mãe, Irmã	Parceiro	_	—

Fonte: A autora (2016)

Ressalto, na figura acima, um suporte social muito atuante da família nuclear, com fluxos de energias recíprocas (dádiva). Com relação à representação da família como um suporte social muito atuante neste estudo, Prates *et al.* (2015) destacam que as puérperas tendem a procurar, primeiramente, como rede de apoio social para resolver questões sobre a amamentação, os familiares que já amamentaram (mães, sogras, avós, cunhadas e irmãos), ficando os profissionais menos participativos nesse processo.

Um estudo realizado por Braga *et al.* (2008) constata a importância do apoio dos profissionais de saúde para o estabelecimento precoce do vínculo mãe/filho, objetivando manter o processo contínuo de amamentação. O profissional tem papel fundamental no incentivo e orientação do AM, desde a gestação até o pós-parto. Isso se faz possível através de uma educação dialogada, que contribua na construção da conscientização das mulheres acerca da importância da amamentação tanto para o desenvolvimento do seu filho, como em benefício próprio.

Foi observado na presente pesquisa que a família nuclear possui uma relação muito forte com as nutrizes, destacando o parceiro (pai) e a mãe (avó), como integrantes mais influentes na rede social. Possivelmente atuando, como apoio ou não, na prática da amamentação. Identificamos também que 75% das nutrizes citaram os profissionais da saúde como integrantes da rede, numa relação próxima. Algumas falas explicitadas na entrevista para construção do ecomapa revelaram tais constatações:

Meu marido me manda amamentar o tempo porque ele “tava” sempre ali comigo [...] “dê de mamar a essa menina, dê de mamar a essa menina” (risos) (Acácia Branca).

Minha mãe mora em Recife, mas me ensinou muita coisa para eu cuidar do meu filho (Antúrio).

As mães das nutrizes são consideradas como indivíduos que detêm conhecimentos, os quais estão balizados, principalmente, nas suas experiências de

vida. Com isso, as mães orientam as filhas, ou as mulheres menos experientes, acerca das práticas de cuidado do AM que foram anteriormente validadas por elas e que, dentro dos seus contextos sociais, são socialmente aceitas, valorizadas e respeitadas. Além das mães das nutrizes, também, foram destacados, no momento da elaboração do ecomapa, outros sujeitos com experiências prévias, como por exemplo, as sogras das puérperas.

A minha sogra. Ela tem me ajudado muito. (Amarílis)

Tenho uma cunhada que é da saúde e ela sempre tira as minhas dúvidas. (Acácia Branca)

Em outro estudo, Linhares *et al.* (2014) evidenciaram que muitas mulheres têm buscado o conhecimento e experiências vivenciados por outras pessoas, como parte integrantes nesse processo, e os profissionais vêm perdendo sua credibilidade. Os saberes populares, hábitos, culturas, costumes e crenças, cada vez mais, têm favorecido, positivamente ou não, na sua continuidade, havendo assim uma necessidade na elaboração de estratégias de promoção à amamentação em sua individualidade e coletividade.

Assim, a rede de apoio social, somada à vulnerabilidade em que a mulher se encontra, pode influenciar diretamente no AM. As pessoas com algum tipo de vulnerabilidade sempre buscam algumas formas de solidariedade, seja para resolver problemas, esclarecer dúvidas, conversar ou se sentir acolhidas pelo outro. Os registros abaixo reforçam este argumento:

O meu peito feriu [...] minha mãe mandou botar casca de banana. (Angélica)

Já estava dando outro leite ao meu filho e fui ao postinho e ela [profissional da saúde] me convenceu a dar só o meu leite até os seis meses. (Astromélia)

Minha tia disse para eu dar chá para ela dormir melhor. (Angélica)

Diante deste contexto, foi realizado um encontro com os integrantes das redes sociais de apoio ao AM das nutrizes. Para essa reunião convidamos, dentro da família nuclear, os sujeitos de maior influencia no processo do AM (mãe, parceiro, tia, sogra, irmã e cunhada). A reunião destacou orientações acerca da amamentação (importância e fisiologia) com discussões sobre mitos e costumes.

4.2 Relato das ações educativas

As ações educativas, realizadas após a primeira reunião envolvendo as mães e integrantes mais fortes das redes, na fase do planejamento, se constituíram de três tipos de atividades que se complementaram e que são consideradas como ações propriamente ditas da pesquisa: Visitas Domiciliares, rodas de conversas e interação de um grupo virtual com a utilização do aplicativo *WHATSAPP*. No percurso das ações educativas foi utilizado um diário de campo para as anotações e observações sobre cada ação. O diário contribuiu como memória para o registro dos fatos para o relato posterior.

Para Souza e Jacobina (2009), o objetivo da educação em saúde não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existente. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos, no cuidado com a saúde, porém, não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pela compreensão direcionada a uma ação emancipatória (FREIRE, 2011). Considerando que a educação em saúde está relacionada à aprendizagem e é desenhada para alcançar uma melhor compreensão sobre determinados temas e problemas, com mudanças de práticas, foram consideradas as demandas das nutrizes e sua rede de apoio, de acordo com sua realidade.

4.2.1 As visitas domiciliares

A visita domiciliar (VD) é um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde (OHARA, 2010), e foi com essas visitas que iniciamos o processo de educação. Considerado um espaço de aprendizado, a residência também nos permite conhecer de forma mais ampliada o modo de vida das nutrizes, com seus costumes e hábitos, e a partir daí prover as suas necessidades.

O lócus da VD representa um espaço de encontro, onde a mulher está mais fortalecida para se posicionar em relação as suas necessidades. Dessa forma, além das dúvidas e anseios apresentados na rede virtual, algumas demandas em particular foram discutidas no momento da visita. Para cada nutriz foram agendadas duas visitas intercaladas com as reuniões em grupo. Dessa forma, a nutriz esclarecia suas dúvidas, intensificando o apoio ao AM.

As VD tiveram como objetivo fortalecer a prática do AM, considerada como um instrumento passível de identificar e intervir na transformação de situações de vulnerabilidade das nutrizes/família. Assim, tais visitas favoreceram a prática educativa informal.

Algumas falas, registradas no diário de campo, denotaram preocupações, apontando necessidade de finalizar a amamentação precocemente:

Quero amamentar minha filha, mas vou dar outros alimentos quando ela tiver com quatro meses [...] tenho que voltar a trabalhar e ela têm que aprender a comer outras coisas. (Anêmona)

Vou voltar ao salão, por isso tenho que dar outro leite, não vai dar para só amamentar. (Astromélia)

Para muitas mulheres que trabalham fora de casa é comum à concepção que o AM deva ser interrompido antes dos seis meses. É necessário o incentivo, por parte do profissional que a acompanha, assim como da família. Muito embora lide diariamente com essa realidade, o profissional de saúde não pode se acomodar e acreditar que as mães já possuem as orientações necessárias para assegurar a amamentação com conforto e qualidade. Resalto a importância de que as mães sejam vistas sempre como iniciantes, que precisam, de fato, de apoio, no desafiante processo que é amamentar, mesmo porque o mesmo corpo responde de diferentes formas a esse processo.

É preciso que as mulheres tenham uma boa orientação quanto à prática da amamentação, visando o seguimento do processo. Assim, profissionais capacitados, com embasamento científico e experiência, favorecem práticas educativas dialógicas, se constituindo como sujeitos importantes nas redes de apoio social ao AM.

Durante a VD foi observado pouco conhecimento da fisiologia da lactação, da qualidade/quantidade de leite produzido, além da recusa do bebê em pegar o peito (pega incorreta). Assim alguns mitos e crença dentro do contexto do AM, principalmente por parte dos familiares, foram detectados durante as VD, entre eles citamos: o leite fraco; o leite insuficiente; “o bebê não quis pegar o peito”; não mata a sede do bebê; e o uso da casca de banana para sarar as fissuras mamilares. Salientamos, também, a pressão da família sob a nutriz em amamentar seu filho

responsabilizando por esta prática. Baseado neste contexto surge o mito que “mãe boa é a que amamenta”.

Não poderíamos pensar que se tivesse havido algum amor materno por ocasião do nascimento, ele se teria estiolado à falta de cuidados? Será absurdo dizer que à falta de ocasiões propícias ao apego, o sentimento simplesmente não poderia nascer? Responder-me-ão que levanto por minha vez a hipótese discutível de que o amor materno não é inato. É exato: acredito que ele é adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho, e por ocasião dos cuidados que lhe dispensamos. (BADINTER, 1982)

Do ponto de vista emocional, amamentar traz inúmeras vantagens, pois a interação rica entre mãe e filho proporciona uma mútua satisfação, fazendo circular a dádiva. A ligação forte entre ambos, o contato íntimo da pele e o olhar permitem que sintam um enorme prazer neste ato. Este contato possibilita que o amor vá aumentando a cada mamada, construindo uma base sólida, vinculando para sempre mãe e filho. Dessa forma, é compreensível que esse amor se desenvolva a partir dos cuidados dispensados pela mãe, como afirma Badinter (1982), desconsiderando a amamentação e o amor como nato à mulher. O mito de que mãe boa é a que amamenta ainda é muito presente no mundo contemporâneo.

4.3.2 As rodas de conversas

Dois encontros coletivos foram realizados com o grupo, interpondo as VD. Os encontros como uma prática de promoção da saúde ocorreram na forma de roda de conversa.

A Promoção da Saúde, portanto, como imagem objetivo de uma proposta de qualidade de vida tem desenvolvido seu papel de propiciar os debates necessários para um reordenamento da saúde pública, numa perspectiva sob a qual os governos e sociedade civil assumam suas responsabilidades. (RABELLO, 2010)

A roda de conversa é conhecida como uma das formas de compartilhar experiências, que possibilita aprofundar o diálogo com a participação democrática, a partir dos conhecimentos e informações que cada pessoa possui sobre o assunto, e cada integrante tem a oportunidade de falar ou expressar o que pensa. Portanto, esse método é uma proposta de trabalho pautada na construção da criatividade e do compromisso social com a liberdade, sendo um dispositivo de uma práxis democrática (CAMPOS, 2003).

Efeito Paidéia (Roda de Conversa) seria o processo subjetivo e social onde as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão de outros, de si mesmas, e de contextos, aumentando a capacidade de agir. Advém de uma postura metodológica que compreende o método e ativa a função Paidéia, na busca da reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão. Parte do pressuposto que as funções de gestão partem de sujeitos com distintos graus de poder e saber, porém com o potencial para o trabalho compartilhado que permite aumento da autonomia e implicação dos sujeitos. (CAMPOS, 2003)

As rodas de conversa aconteceram no auditório da maternidade Divino Amor, uma instituição municipal que funciona no centro da cidade. A primeira delas contou com a participação de seis nutrizes, um pai, uma tia e uma avó. A ambiência foi preparada, tornando o espaço acolhedor. Nesse sentido, foi organizado e animado especialmente para o exercício das atividades: acolhimento, apresentações e roda. Como forma de fortalecimento do grupo, foi convidada uma mãe com vivência em AM para relatar suas experiências ao longo de 12 meses de amamentação.

Iniciamos a roda com a fala da convidada que fez uma discussão com base na sua experiência sobre AM. Todas interagiram com relatos e indagações. Os familiares, integrantes da rede de apoio ao AM, interagiram com o grupo, contribuindo com atitudes colaborativas e possibilitando um compartilhamento de saberes. Destacamos algumas falas da roda de conversa:

O leite não secou quando você fez doação? (Acácia Branca)

A nossa mama não é reservatório de leite [...] ela produz leite quando o bebê mama e o que sobra a gente pode doar. (Mãe Convidada)

Algumas nutrizes enfatizaram o uso do *WHATSAPP* como uma ferramenta de apoio ao AM:

Quando pergunto no grupo logo tenho resposta [...] tem gente no grupo que já tem experiência e isso ajuda muito. (Acácia Amarela)

É relevante destacar a sugestão do pai presente, em estender a rede virtual a mais mulheres nutrizes, como apoio ao AM, com intuito de contribuir para diminuição da mortalidade infantil.

Durante a roda identificamos algumas manifestações de circulação de dádivas, brotando como uma forma carinhosa de reconhecimento recíproco, capaz

de gerar confiança e pertencimento, em direção ao desenvolvimento de laços de solidariedade e ajuda mútua. É perceptível uma sensação de bem estar e de alegria, conseqüente às trocas simbólicas de carinho, amor, atenção, companheirismo e amizade. Ao término deste encontro, observamos a compreensão dos participantes acerca dos saberes sobre a fisiologia da lactação, assim como, a pega correta e a prevenção de fissuras mamilares.

Na roda de conversa seguinte, com o vínculo das nutrizes fortalecido pelo contato diário com a rede virtual, o grupo apresentou-se mais descontraído e sugestivo a conversas paralelas. Dessa forma, organizamos a roda e pactuamos o tempo da fala de cada participante. No contexto do grupo, algumas crianças já estavam completando mais de seis meses de vida e optamos em convidar uma nutricionista para elucidar a necessidade de introdução de novos alimentos, assim como, fortalecer a importância do AM até os dois anos. A roda foi permeada de emoções e, mais uma vez, transbordou a dádiva, com relatos de incentivos e orientações da rede de apoio, incluindo a rede virtual do *WHATSAPP*.

Os profissionais da saúde, atualmente, buscam transpor limites dentro da equipe em que atuam. Isso porque, segundo Maldonado e Canella (2009), a saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma prática interdisciplinar em que profissionais de diversas áreas, representantes de várias ciências, devem agregar-se em equipes de saúde, tendo como objetivos comuns estudar as interações somáticas e psicossociais para encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença.

Segundo Boff (1999), o desafio está em (re) construir, nos espaços de formação e de capacitação contínua, outra visão sobre a relação no trabalho em equipe, para que possam pensar no cuidado a saúde como mais que “um ato; uma atitude”. Dessa forma, a inserção da nutricionista neste encontro foi de grande valia, consagrando o ambiente de aprendizagem como expressão de convivência e transformação. Foi possível destacar o conjunto de conhecimentos apreendidos pelos participantes da roda. Algumas falas já denotavam a introdução de novos alimentos, conforme a necessidade da idade:

Meu filho já esta com sete meses, mas tá difícil de aceitar outros alimentos [...] só pensa em mamar. (Antúrio)

[...] ela é difícil de aceitar outras comidas [...] já tentei dar mingau e ela não gostou. (Amarilis)

A nutricionista apresentou de forma lúdica as texturas de alguns alimentos. Em seguida, convidou uma mãe para, de olhos vendados, provar os alimentos e descrever qual a sensação de cada prova.

A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual. A mãe deve ser informada de que a criança tende a rejeitar as primeiras ofertas do(s) alimentos(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor. A alimentação deve complementar o leite materno e não substituí-lo. Portanto, a introdução das refeições não deve substituir as mamadas no peito. Há crianças que se adaptam facilmente e aceitam muito bem os novos alimentos. Outras precisam de mais tempo, não devendo esse fato ser motivo de ansiedade e angústia para as mães. (MS, 2013)

4.2.3 O grupo virtual

O grupo virtual, denominado de “Grupo de Apoio ao AM”, teve início em outubro de 2015, com a utilização do aplicativo *WHATSAPP*, e aconteceu de forma concomitante com as rodas de conversa e após a primeira visita domiciliar. O grupo foi formado com a concordância de todos os participantes, que pactuaram seus objetivos: trocar experiências, esclarecer dúvidas e fazer circular atualizações sobre o AM.

O *WHATSAPP* é considerado um aplicativo multiplataforma, que permite trocar mensagens pelo celular gratuitamente. Além disso, seus usuários podem criar grupos de até 50 participantes; enviar mensagens ilimitadas com imagens, vídeos e áudio; compartilhar localização; fazer backup do conteúdo postado nos grupos, etc.

O aplicativo, por ser de rápida comunicação, foi aderido pelo grupo de nutrízes participantes da pesquisa, que o utilizaram de maneira perene com mensagens, dúvidas e vivências. Nos diálogos de interações e solidariedade do grupo, foi perceptível a valorização social e gratidão pelas dádivas circulantes.

A circulação de bens segue a dos homens, das mulheres e das crianças, dos banquetes, dos ritos, das cerimônias e das danças, e ate mesmo das pilhérias e injúrias. No fundo, ela é uma só. Se se dão e se retribuem as coisas, é porque se dão e se retribuem “respeito” ----- dizemos ainda “gentilezas”. Mas também é porque o doador se dá ao dar, e, ele se dá, é porque ele se deve --- ele e seu bem-----aos outros. (MAUSS, 1974)

O pesquisador, com formação em enfermagem, atuou como mediador do grupo na intercomunicação, facilitando e estimulando as conversas, orientando e esclarecendo dúvidas para fortalecer a prática do AM. Foram acatados os saberes das nutrizes e disseminado atualidades sobre AM. Considerando a necessidade de cobertura diária de comunicação com o grupo, um segundo mediador foi convidado para apoiar as discussões, atendendo também aos anseios questionados pelas nutrizes.

O cuidado foi implicado neste grupo com possibilidades e limitações, considerando diferentes culturas, saberes e ideias e envolvendo a relação de cuidado uns com os outros. Relatamos alguns diálogos que expressam os sentidos do coletivo:

Pessoal, como faço para aparecer mais leite? [...] acho que tenho pouco leite. (Allium)

Se tranquilize, pois quanto mais ele mamar mais vai produzir leite e lembre-se que o estomago dele é pequenino [...] veja se está pegando certo e se concentre em amamentar como uma prática de muito amor. (Mediador)

Uma fala de apoio e de orientação da rede virtual soa no momento exato da necessidade e, com isso, observa-se um fortalecimento em manter a amamentação. Allium é primigesta e fica, a maioria do tempo, só em casa e, além de cuidar do seu primeiro filho, tem que cuidar das rotinas domésticas. Dessa forma, o mediador enfatiza a prática da amamentação com amor e com tranquilidade.

Muitos questionamentos foram surgindo e, com o tempo, o grupo foi interagindo com mais confiança, de forma que os anseios foram emergindo, conforme alguns registros a seguir:

[...] Não sei, mas acho meu leite fraco. (Astromélia)

Amamentei o meu primeiro filho e também pensei assim: veja se ele esta mamando até secar o seio, pois o leite forte que engorda vem por último. (Anêmona)

Obrigada e depois vou marcar o CD no postinho, pra ver se ela ganhou peso. (Astromélia)

Muito importante é reconhecer os atributos dos sujeitos nessas falas, que esperam receber para que se sintam amados, respeitados e estimados. Dessa forma, a dádiva é capaz de circular nesse grupo como um reconhecimento que estimula a solidariedade e afetividade, ou mesmo como um reconhecimento social.

Assim sendo, o sujeito estará mais confiante se valorizarem os intercâmbios simbólicos durante a prática do cuidado.

Resultados naturais de processos de troca de dádivas e de ações de reciprocidades em registros múltiplos e diferenciados (circuitos das afetividades, circuito das mobilizações coletivas por direitos e circuito das solidariedades reflexivas em torno de ideias comuns). (MARTINS, 2009)

Entre o grupo integrante na pesquisa, duas mulheres, quando começaram a participar do grupo virtual, ainda frequentavam o pré-natal. Algumas já tinham experiências anteriores com a amamentação e respondiam dúvidas postadas, como podemos constatar em alguns diálogos:

[...] estou com 7 meses, mas não sai leite ainda, não quero dar outro leite a ele [...] só sai leite quando aperto meu peito, por isso ficou preocupada. (Angélica)

Não se preocupe, no meu primeiro, eu tava na sala de parto e me deram ele e ele foi logo pegando o peito ai pronto lá vinha o leite [...] lá na maternidade eles ensinam como pegar direito. (Acácia amarela)

O desejo de responder aos ensejos da componente do grupo proporciona apoio, que se apresenta como um disparador na circulação da Dádiva, e como motivador da sua atuação, como mãe mais experiente, tornando visível a prática da reciprocidade.

Há de se considerar que a influência na rede social pode favorecer ou dificultar o ato de amamentar, pois ao transmitir sua experiência, também, transmite crenças, mitos e tradições enraizados no contexto em que vive, os quais, muitas vezes, não possuem comprovação científica e diferem das recomendações atuais. Portanto, é preciso destacar em alguns diálogos a preocupação da apoiadura do leite, o qual, se não aparecer durante a gestação, pode promover uma desvalorização do leite materno, podendo levar a um desmame precoce:

Na maternidade eu falava que meu peito estava cortado e ninguém pra me ajudar. O bebê passou muitas horas sem comer, porque não tinha como eu dar o leite pra ele. Sorte foi uma mulher no quarto que eu estava e deu um leite ao meu bebê. (Angélica)

Minha mãe disse para eu comer doce que eu ia dar muito leite. (Acácia Amarela)

Muitas das necessidades foram observadas através dos diálogos no grupo virtual, sendo levadas também para as rodas de conversas e até mesmo, em

casos mais particulares, para uma segunda visita domiciliar. Foram também incluídos nas rodas de conversas alguns participantes das redes de apoio.

4.3 As vozes das mães sobre a rede de apoio

Nesta etapa da pesquisa foi possível escutar e discutir com as mães os efeitos da rede de apoio e das ações educativas desenvolvidas na rede para a amamentação. A análise das vozes foi organizada em duas categorias: avaliando as ações educativas e a importância da rede de apoio para o AM.

4.3.1 Avaliando as ações educativas

As ações educativas foram bem recebidas e ajudaram, em muitos aspectos, a manutenção e continuidade da amamentação. Na discussão do grupo foram feitas referências destacando as trocas de experiências, a reciprocidade, o vínculo e o aprendizado mútuo. Neste sentido, a dádiva se fez presente nas interações e circuitos de trocas, fundamentando a solidariedade e o vínculo enquanto elementos essenciais para que a reciprocidade pudesse ocorrer e produzir a responsabilização partilhada. (MELO, 2014).

Sobre a VD o grupo mencionou ter sido um momento de contato mais próximo com o profissional de saúde, no próprio lugar onde a maioria dos problemas acontece. Destacaram a importância de ter encontro individual para esclarecimento de dúvidas e expressaram o sentimento de reconhecimento do sentido de ser:

Com a visita eu me senti importante, porque a gente pensa que depois que tem o nenê ninguém vai se preocupar, né? Mas não, teve a visita que me orientou a como cuidar da criança. [...] mesmo no meu segundo filho, foi importante, porque no primeiro eu não tive apoio. (Acácia Amarela)

Para mim a visita foi boa, porque eu estava com peito ferido e pude mostrar [...] estava com dificuldade de amamentar, porque doía, aí conversamos e eu comecei a cuidar e melhorei. (Angélica)

Gostei muito de ter recebido a visita na minha casa [...] foi um incentivo, uma força e foi bom para conhecer o lugarzinho do bebê. (Amarílis)

Martins (2011) ressalta que o dom do reconhecimento “significa a capacidade de perceber o outro como extensão diferente e igualmente valorizada de si mesmo”, reforçando que a articulação entre as teorias da dádiva e do reconhecimento é profícua ao permitir entender que a circulação de bens (afetos

conhecimentos, saberes, experiências, etc.), em contextos de exclusão social, produz doações de dignidade e visibilidade que é o reconhecimento, gerando inclusão, participação e gratidão. Estes sentimentos foram perceptíveis no grupo.

Para Caillé (2008), o reconhecimento ocorre nas esferas da vida social, seja na vida privada ou pública. Nas interações sociais e no encontro é que nos reconhecemos a partir do outro. Ao me sentir reconhecido, eu também passo a me reconhecer como um sujeito com valores e singularidades, por sua vez, ao reconhecer o outro eu estou admitindo o seu valor enquanto sujeito também.

Bosi e Albuquerque (2009), em estudo realizado no município de Fortaleza/CE, evidenciaram a importância da VD, bem como, sinalizam o lugar da dimensão subjetiva, uma vez que o sucesso das práticas em saúde depende não apenas do componente técnico, mas de outras tecnologias baseadas na aproximação, diálogo e vinculação entre profissionais, usuários e serviços. Conforme Andrade *et al.* (2014), a VD se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, como as mães evocaram nesta pesquisa, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana e acolhedora. Ela estabelece laços de confiança entre os profissionais e os usuários, assim como entre a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio.

Sobre as rodas de conversa o grupo destacou ter sido um momento de trocas de experiências, de compartilhamento de emoções e saberes, de fortalecimento da amizade e solidariedade:

As rodas de conversas ajudaram também para amamentação [...] fiquei mais por dentro das coisas [...] uma ajuda à outra e é mais e mais conhecimento. (Acácia branca)

Gostei da participação da nutricionista na roda, principalmente porque eu já estava com cinco meses amamentando e estava próximo a introduzir outros alimentos, como o suco. (Antúrio)

Eu só tenho a agradecer ter participado deste grupo [...] estou fazendo o curso técnico de enfermagem, mas aqui aprendi muito com a vida real [...] as rodas foram muito legais, a gente conversava e aprendia com todas. (Avó)

O grupo me ajudou muito, se fosse pelo conselho da minha sogra eu teria dado mamadeira [...] o que considero mais importante é que eu pensava: se as outras estão conseguindo, então eu vou conseguir também. (Astromélia)

Para Melo (2016) o aparecimento de experiências como as rodas de conversa, permite resgatar espaços democráticos favorecendo a conscientização das pessoas como protagonistas e, ao mesmo tempo, possibilita a apreensão das sabedorias vivenciais dos sujeitos que interagem, através de interpretações e compreensões compartilhadas, mediante a consideração de que todos são capazes de contribuir com suas potencialidades para a realização de ações úteis e produtivas.

Alves (2013), discutindo sobre a dádiva, nos diz que ao dar, dou sempre algo de mim mesmo, ao mesmo tempo em que ao aceitar recebo algo de quem me doou. De acordo com a teoria da dádiva fica evidente que quando realizamos a relação das trocas não nos restringimos somente aos bens materiais, mas sim de valores, de crenças e concepções que unem os indivíduos numa relação de corpo e alma, na construção de uma identidade coletiva. Somos diferentes na igualdade e iguais na diferença. Este pensamento permeou as trocas nas rodas de conversa, uma vez que, existia uma identidade no grupo quanto à prática da amamentação, criando o sentido da igualdade, ao mesmo tempo em que se manifestavam as diferentes experiências que caracterizavam as subjetividades. Daí surgir o campo propício para o compartilhamento de saberes e práticas.

Sobre o grupo virtual, as mães evocaram vozes que sugeriram que elas sentiram um grande apoio de todo grupo, principalmente das mediadoras. Destacaram a sua utilidade para, muitas vezes, apoiar no momento exato da situação problema, assim como representar um elo de continuidade do grupo que se falava constantemente. Era como se a roda de conversa continuasse em outros momentos. O grupo virtual para elas fortaleceu mais o vínculo, e os sentimentos de amizade, solidariedade e reciprocidade já cultivados nas outras atividades:

Para mim o grupo do *WHATSAPP* foi o melhor. Sabe por quê? Eu como mãe de primeira viagem não sabia [...] e na hora do aperreio vem àquelas pessoas da família que diz: o leite tá fraco! Dá um complemento! [...] a vizinha escuta o bebê chorando e diz também o leite não é suficiente, dê um complemento [...] então graças a Deus, na hora H o *WHATSAPP* me ajudou e não dei o complemento. (Antúrio)

Eu não participava muito do *WHATSAPP*, mas ficava observando, lendo tudinho e tirava minhas dúvidas [...] me ajudou bastante, porque os problemas que diziam, às vezes eu também tinha, e ia entendendo mais o que fazer. (Amarílis)

Eu me senti muito apoiada pelo *WHATSAPP*, quando eu tinha qualquer dúvida corria e escrevia e logo a mediadora me respondia [...] acho que foi

muito importante, o grupo em si acabou apoiando a outra nas dúvidas para continuar a amamentação [...] foi bom também porque a gente se falava todo dia e ficava se conhecendo mais, mais amiga. (Astromélia)

O *WHATSAPP* dá aquele incentivo maior de tirar as dúvidas [...] às vezes você não sabe, aí vai, entra no *WHATSAPP* [...] me incentivou mais ainda eu amamentar. (Antúrio)

Sou grata pelo grupo, pelo apoio do *WHATSAPP* [...] que o grupo continue, não é? (Astromélia)

Ressalta-se a importância de valorizar os contextos nos quais as mães estejam inseridas, pois estas terão, durante todo o processo de lactação, a influência de sujeitos, que compõem sua rede de apoio social nesse momento, e os quais possuem inúmeros saberes acerca da amamentação e dos cuidados com o recém-nascido. Saberes estes, que serão confrontados, constantemente, com os conhecimentos científicos adquiridos nos serviços de saúde, podendo acarretar em dúvidas e ansiedades na mulher.

Em estudo sobre o aplicativo de comunicação *WHATSAPP* como estratégia no ensino, Araújo e Bottentuit Junior (2015) constataram que esta ferramenta de interação online possibilita estímulo ao aprendizado, por acontecer em ambiente virtual, sendo também um meio de comunicação que permite um envolvimento mais espontâneo, com um recurso que faz parte, atualmente, do cotidiano das pessoas. Este é um espaço adequado para o diálogo intersubjetivo no qual ocorre uma interlocução virtual.

Outra pesquisa sobre o uso do *WHATSAPP* como tecnologia educativa, conclui que o aplicativo pode ser uma das ferramentas de auxílio, ajudando a sanar dúvidas com a participação de um mediador. É comunicando, trocando mensagens, refletindo em grupo, mesmo virtual, que se pode transformar a educação com as novas tecnologias que estão presentes no contexto contemporâneo (HONORATO, 2014).

Nesta linha de pensamento, a presente pesquisa, pelas manifestações dos participantes, teve uma avaliação muito positiva do grupo virtual e da utilização do aplicativo *WHATSAPP*, como tecnologia que atuou em três sentidos: como instrumento educativo, como meio para fortalecimento dos laços e como espaço virtual para circularidade da dádiva. Houve uma predominância de interações harmônicas, em função das pertinências das falas. Como sabemos a teoria da dádiva busca evidenciar a solidariedade, a gratidão, o espírito cívico e outros

conteúdos substantivos presentes nas interações vividas intencionalmente pelos indivíduos. (ARAUJO, 2011).

Incentivar a amamentação com compartilhamento de informações auxilia em momentos de dúvida/conflicto. A dádiva esta imbricada nas falas dos sujeitos numa complexa relação com a Rede Social de Apoio ao AM.

4.3.2 A importância da rede de apoio para amamentação

Considerando o momento da amamentação como uma experiência que necessita do apoio da família e de outros que possam dar suporte, esclarecer dúvidas e reforçar a necessidade da superação de problemas que surge, o grupo todo reconheceu a importância da rede e suas diferentes formas de apoio. Para Pinheiro e Assensi (2011), os bens simbólicos que circulam nas redes de apoio, fortalecem os sujeitos, contribuindo para o empoderamento individual e coletivo, com benefícios à saúde. Este aspecto foi evidenciado pelas mães.

Lacerda (2010) declara que o apoio social é um tipo de dádiva de partilha que revela a importância das relações sociais no processo de saúde-doença-cuidado, indicando que os sujeitos e grupos necessitam uns dos outros para enfrentar os limites e dificuldades no cotidiano da vida. Este ponto também foi relatado nas várias falas do grupo.

Foi também evidenciado na pesquisa, que a rede fez circular diferenciados tipos de apoio: emocional e informativo. Algumas falas retratam a sua importância e os diferentes tipos:

O que eu aprendi de novo foi não desistir de amamentar, aprendi a continuar, continuar e consegui [...] a rede de apoio foi de grande importância, nela eu me segurei. (Antúrio)

No começo eu estava com depressão e a rede me ajudou a melhorar. Não desistir de amamentar, não desistir da vida. (Angélica)

Se eu não tivesse tido o apoio da rede, eu acho que eu teria dado mamadeira, teria feito mingau e dado a minha filha. [...] foi me dado muito incentivo e aprendi muita coisa na rede. (Amarílis)

Posso dizer que a rede mudou minha maneira de pensar [...] eu ainda nem estou pensando parar de amamentar [...] incentivo de todos vocês foi muito grande. (Anêmona)

Outro ponto observado, foi que, mesmo existindo duas pessoas que atuaram na rede como mediadores, houve uma relação horizontalizada entre o grupo, com troca de saberes na roda de conversa e no grupo virtual. Os diálogos foram estabelecidos com respeito e credibilidade uns com os outros. Sobre esta questão, Lacerda (2010) refere que os atores nas redes de apoio estão constantemente transitando entre as posições de doador e donatário, de modo que a circulação dinâmica de dádivas faz com que as relações estabelecidas, apesar de sua inerente assimetria, não se cristalizem em hierarquia e poder.

As vozes emitidas afirmaram o apoio da rede para potencializar a prática do aleitamento materno, envolvendo relações de trocas e pessoalidade nas quais circularam dádivas positivas. Tudo gerou sentimentos de reconhecimento, afeto, solidariedade e satisfação por ter vivenciado a experiência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu reconhecer a importância da Rede Social de Apoio ao AM, impetrando ações de educação permeadas pela dádiva. Além disso, destacou-se a rede virtual como uma ferramenta de peso para o apoio e manutenção ao aleitamento materno.

Desta forma, o apoio ao AM apresenta-se no enlace de fios proveniente da rede, onde a dádiva transita de forma perene, colaborando para o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade dos sujeitos com seu autocuidado. Considerando os nós rotineiros que surgem no emaranhado de fios, constatamos que os mesmos são desatados com compartilhamento de saberes e vivências, possibilitando através da rede virtual o fortalecimento do AM.

Diante das ações educativas, o suporte do *WHATSAPP* constituiu um instrumento facilitador das relações interpessoais, da troca de experiência e da aprendizagem coletiva. E, como uma tecnologia leve, produziu vínculo, desenvolvendo humanescencia, comprometimento social e autonomia.

No GF enfatiza-se, nas vozes dos participantes, que o *WHATSAPP* foi a ferramenta que fortaleceu o vínculo, produziu conhecimento e esclareceu dúvidas com mais agilidade. Dessa forma, a interação diária das nutrizes no grupo virtual proporcionou uma construção de pensamentos integrados, induzindo mudanças de atitudes na dinâmica do AM. Destacamos a participação dos mediadores no grupo do *WHATSAPP*, pois, como profissional da saúde, pode incidir com mais domínio nas informações e anseios das nutrizes, viabilizando, nas vozes, a dádiva numa complexa relação com o grupo e sua rede de apoio ao AM. Considerando o exposto, é compreensível o apelo da nutriz para que o grupo virtual permaneça.

Diante dos achados desta pesquisa, ressalta-se a importância que os profissionais de saúde conheçam a Rede Social de Apoio ao AM durante o pré-natal, de forma que estimulem e valorizem a participação desta rede nos programas de incentivo à amamentação, fortalecendo o seu processo. O apoio da família nuclear, amigos, vizinhos e profissionais de saúde, durante o período de amamentação é imprescindível, podendo configurar-se como um determinante na adesão e manutenção da amamentação.

A Rede de Apoio Social pode ter influência frente à decisão da mulher em amamentar. Desta forma, quando ela opta em manter essa prática é essencial que

observemos que não é apenas por sua decisão, mas também acompanha os significados edificados durante toda a sua vida. A influência do contexto familiar regado à cultura, as motivações de vivências e a interferência dos saberes científicos de cada época histórica e cultural, pode favorecer na decisão da adesão da mulher em amamentar. Assim sendo, constatamos, durante o estudo, a valorização dos contextos nas quais as nutrizes estavam inseridas, através da VD, roda de conversa e a rede virtual, de maneira que os saberes foram valorizados e compartilhados de forma segura, evitando gerar dúvidas e incertezas na prática do AM.

Esta pesquisa irá colaborar para práticas incentivadoras de mudanças, impactando na qualidade de vida dos participantes, dadas as aproximações e as agilidades dialogadas, fazendo circular a dádiva, estimulando a participação e construção coletiva de saberes, extrapolando muros e possibilitando uma justaposição com a rede de apoio ao AM. Todas as mães envolvidas na pesquisa ação conseguiram a amamentação exclusiva da criança nos seis primeiros meses.

Como contribuição destacamos a aplicação de uma ferramenta como canal de comunicação de fácil acesso, o *WHATSAPP*, que possibilita uma maior integração serviço/usuário, permitindo o cuidado de saúde de forma mais humana, estabelecendo vínculos e ampliando o acesso do usuário/comunidade as informações e serviços de saúde. Neste percurso o estudo evidencia que o profissional de saúde aproximando-se do usuário, fortalece laços e emerge na dádiva, circulando (virtualmente) na vida social dos usuários, fortalecendo a prática do AM e, conseqüentemente, contribuindo para diminuir a mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, Manuela. Ecomapa. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 327-30, maio 2007. ISSN 2182-5173. Disponível em: <http://eventos.fecam.org.br/arquivosbd/paginas/1/0.307825001366390062_ecomapa.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil ; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, maio 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2016.

ALENCAR S.M.S. **A Política Nacional de Aleitamento Materno**. In: O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 70-101.

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. 120p.

ALMEIDA, Sheyla Gomes Pereira de. GERMANO, Raimunda Medeiros. **A teoria da dádiva e o cuidar em enfermagem**. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS), v.30, n.2, p.338-342, jun de 2009.

ALVES, A. FERNANDO G. **O tributo das interações humanas: a dádiva**. RH sem fronteiras. Ed. 02. ago. 2013. Disponível em: <<http://rhsemfronteiras.com.br/revista/002/>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

ANDRADE, MACHADO A. *et al.* **Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, mar. 2014. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2016.

ARAUJO, Maria de Fátima Moura de; *et al.* **Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 513-520, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2016.

ARAUJO, Ana Paula. RÉUS, Luana. **Teoria da dívida e teoria crítica: o início de um diálogo**. In: Colóquio de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração, I, Florianópolis, SC, Brasil. Anais, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.coloquioepistemologia.com.br/TEO/TEO010.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

ARAUJO, Juliane Pagliari *et al.* **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

ARAÚJO, Patrício Câmara; BOTTENTUIT JUNIOR, João Batista. **O aplicativo de comunicação *Whatsapp* como estratégia no ensino de Filosofia**. Temática. NAMID/UFPB, n. 02, fev. de 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tematica>>. Acesso em: 30 set. 2015

ÁVILA, Ângela Maria. **Aleitamento Materno – um desafio**. Saúde Mental no trabalho. Rev. Eletr; 21(6): p123-127, 2008. Disponível em: <<http://www.saudementalno trabalho.com.br>>. Acesso em 11.Set.2015

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

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. 70. Ed. São Paulo: 2011.

BARRETO, Cristina Alencar; SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M. **Aleitamento materno: a visão das puérperas**. Rev. Eletr. Enf. [Internet], v.11, n.3, p 605-611, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/v11n3a18.htm>. Acesso em: 03 out. 2015.

BELLATO, Roseney *et al.* **Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso**. In: Pinheiro, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (org). Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS, UERJ, Recife: UFPE; 2011.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; CARVALHO, Márcia Lazaro de; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; VASCONCELLOS, Ana Glória Godoi. **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida**. Rev. Saúde Pública, v.45, n.1, p.69-78, 2011.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** Petrópolis (RJ): vozes, 1999.

BRAGA, Danielle Freitas; MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado.** Rev. Nutr., Campinas. v. 21, n. 3, p. 293-302, maio/jun 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000300004>>. Acesso em: 14. abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006.** Brasília: Ministério da Saúde; p.195-212; 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde **Política Nacional de Promoção da Saúde** 3. Ed. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União 31 dez 2010b; Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **A Iniciativa Hospital amigo da Criança no Brasil.** Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, jan de 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 27 jun 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: MS; 2011c.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Secretaria de Políticas da Saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. (cadernos de atenção básica nº 33).

_____. Ministério da Saúde **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Caderno de Atenção Básica nº 32).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.920 de 5 de setembro de 2013. **Institui a estratégia nacional para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2.Ed. 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Grupo Técnico para o acompanhamento dos Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM; 1-208. 1; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. Ed. Brasília, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

_____. Ministério da Saúde **Atenção à saúde do recém nascido**. Guia para os profissionais da saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 14 abr.2016.

_____. Ministério da Saúde .Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Política Nacional de Promoção a Saúde**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.htm> .Acesso em: 14 abr.2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. **Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação**

Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet]. Diário Oficial da União 06 set 2013 Seção 1. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fio Cruz. p.15-54; 2003.

CAILLÉ, Alain. **Antropologia do dom: o terceiro paradigma**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2008.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa; SERVA, Vilneide Braga; ARRUDA, Ilma Kruze Grande de; FILHO, Malaquias Batista. **Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant, Recife, v.10 n.1, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n1/v10n1a03.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. O caso da saúde. In: Cecilio LCO (org). Inventando a mudança na saúde. 2. Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão; CUNHA, Gustavo e FIGUEIREDO, Mariana. **Metodologia paideia e o modo de pensar e de fazer baseado na práxis: democracia, cogestão e apoio**. In: _____.; _____.; _____. Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, cap.1; p 13-49, 2013.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, Vol. 1. 5. Ed. 1999.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; PINHEIRO, Pedro Calixto e Marta Macedo Kerr. **Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método**. Inf. & Soc.:Est., João Pessoa, v.24, n.1, pp. 13-18, jan./abr. 2014.

COSTA, Luhana Karoliny Oliveira; QUEIROZ, Lorena Lauren Chaves *et al.* **Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura.** Rev. Ciênc. Saúde, São Luís, v.15, n.1, p.39-46, jan-jun, 2013. Disponível em:

<<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1920/2834>>. Acesso em: 14 out. 2015.

DOMENE, Semíramis Martins Álvares; MEDEIROS, Maria Angélica Tavares de; MARTINS, Paula Andrea. **A dinâmica do aleitamento materno entre famílias em vulnerabilidade social: o que revela o sistema de busca ativa.** Rev. Nutr., Campinas, v. 24, n. 1, p. 71-77, jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732011000100007>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

DORIAN, Mônica Arpini; SANTOS, Bibiana Ramos dos. **Programa da criança: espaço de promoção de saúde e fortalecimento dos vínculos,** Psicol. Argum, Curitiba, v. 25, n. 49, p. 155-164, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=1657&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 14 abr. 2016

FREBRASGO. Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia. **Manual de aleitamento materno.** [s.l.], 2010.

FONSECA, Ariadne da Silva; JANICAS, Rita de Cassia Silva Vieira. **Saúde materna e neonatal.** São Paulo: Martinari, 1ª Ed. 2014.

FONTES, Breno. **Construindo o conceito de redes de vigilância em saúde.** In: MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2 Ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, cap. 5, p. 103-120, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia dos Oprimidos.** 17. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal.** Apresentação de Fernando Henrique Cardoso, São Paulo: Global, 48. Ed.; 2003.

GAMA, Thereza Christina da Cunha Lima. **Idoso e cidadania: o trabalho de reinvenção da vida**. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2004. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2004. Disponível em: <<http://www.liber.ufpe.br/teses/arquivo/20041210101136.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

GARCIA, Maria Alice Amorim *et al.* **Atenção a Saúde em Grupos sob a perspectiva dos idosos**. Rev. Latino. Am. Enfermagem 14(2): p. 175-82; 2006.

GERHARDT, Tatiana Engel *et al.* **Atores, redes sociais e mediação em saúde: laços e nós em um cotidiano rural**. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). Usuários, redes sociais, mediações e integralidade na saúde. Rio de Janeiro: Uerj, p. 112-125; 2011.

GERHARDT, Tatiana Engel; SOUZA, Aline Corrêa *et al.* **A construção e a utilização do diário de campo em pesquisas científicas**. International Journal of Qualitative Methods. 2005.

GIOVANNI, Mirian Di. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. Monografia, Escola Nacional de Administração Pública, Brasília. 2013. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1>> . Acesso em: 22 de mar de 2016.

GIUGLIANE, Elsa Regina Justo. MARTINS, E.J. **Quem são as mulheres que amamentam por dois anos ou mais?** J Pediatría, [Rio de Janeiro], v.88 n.01, p. 67 – 73, 2012.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Tópicos Básicos em Aleitamento Materno**. In: LOPES Fábio Âncora, CAMPOS Junior Dioclécio (org). Tratado de Pediatria. 2.Ed. Barueri: Manole, 2010.

HOLANDA Aurélio Buarque de. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Nova Fronteira; 1995.

HONORATO, Wagner de Almeida Moreira; REIS, Regina Sallete Fernandes. **WhatsApp: uma nova ferramenta para o ensino**. IV Simpósio de Desenvolvimento de Tecnologias e Sociedade. Universidade Federal de Itajubá.UNIFEI, 2014.

HOUAISS, Antônio. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Moderna, 2004.

JOSELMA, Cordeiro. **REDES - Redes sociais e saúde**. Revista hispana para el análisis de redes sociales. Universidade de Pernambuco; Vol.12, n.10, Jun 2007 Disponível em:<<http://revista-redes.rediris.es>>. Acesso em: 20. Mar. 2016.

LACERDA, Alda. **Redes de Apoio Social no sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do Cuidado o Cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**. 2010. 204f. Teses (doutorado em Saúde Pública). FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12846/1/964.pdf>>. Acesso em: 24 abr.2016.

LACERDA, Alda; MARTINS Paulo Henrique. **A dádiva no trabalho dos agentes comunitários de saúde: a experiência do reconhecimento do amor, do direito e da solidariedade**. Realis, v.3, n.1, p.194-213, 2013. Disponível em: <<http://www.nucleodecidadania.org/revista/index.php/realis/article/view/79/80>>. Acesso em: 24 abr.2016.

LINHARES, Francisca Márcia Pereira; PONTES, Cleide Maria; OSÓRIO, Mônica Maria. **Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção à amamentação**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 14, n. 4, p. 433-439, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000400013>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

MACHADO, Lia Zanotta. **Dádivas, conflitualidades e hierarquias na saúde**. In: MARTINS, Paulo Henrique; CAMPOS, Roberta Bivar (Org.). Polifonia do dom. Recife: EDUFPE, Cap. 9. p. 257-284, 2006.

MAGALHÃES, Elizabeth; GIACOMINI, Sônia Maria. **A escrava ama-de-leite: anjo ou demônio?** In: BARROSO, Carmem e COSTA, Albertina de Oliveira, (Org) Mulher, mulheres. São Paulo: Editora Cortez; FCC/DPE, 1983, p. 73 – 88.

MARTINS, Paulo Henrique. **MARES: Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano**. In PINHEIRO, Rosenir; MARTINS, Paulo Henrique (orgs.). Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 356 p.

_____, _____; FONTES, Breno. **Ação pública, redes e arranjos familiares**. In: MARTINS, Paulo Henrique, FONTES, Breno (orgs.). Redes, Práticas Associativas e Gestão Pública. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap.1,p. 19-50.

_____, _____.; MARES. **Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano: aspectos conceituais e operacionais**. In: PINHEIRO, Rosenir; MARTINS, Paulo Henrique (Org). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; Recife: EDUFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.p. 61-89.

_____, _____.; **Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde**. In PINHEIRO, Rosenir; MATTOS, R. A. M. (ORGS). Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. cap. 4, p. 75-87.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA. Paulo. **Recursos de Relacionamentos para profissionais de saúde: A boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais**. Ribeirão Preto: Editora Novo Conceito, 2009.

MAUSS, Marcel. **Ensaio sobre a Dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas**. In: Mauss, Marcel. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify, Segunda parte. p. 183-314; 2003.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. 2. Ed. São Paulo: Cosac Naify, 2005.

MELO, Ricardo Henrique Vieira de. **Análise de redes do cotidiano a partir do encontro entre usuários e profissionais da estratégia saúde da família**. 2014.143f. Dissertação (mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17853/1/RicardoHVM DISSERT.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2016.

MELO, Ricardo Henrique Vieira *et al*. **Roda de Conversa: uma articulação solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade**. Rev. Bras Educ Med, v.40, n.2, 2016. (No prelo). Disponível em: <http://educacaomedica.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2519>. Acesso em: 26 mai. 2016.

MERHY, Emerson Elias; *et al*. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. In: MERHY E.E, ONOCKO, R. (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 113-150.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. Ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAES, Maria Candida; NAVAS, Juan Miguel Batalloso (Orgs). **Complexidade e transdisciplinaridade: teoria e pratica do docente**. Rio de Janeiro: Wark Ed, 2010.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira *et al.* **Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira**. *Texto Contexto Enferm*, v. 23, n. 1, jan./mar, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2014/23-211.php>>. Acesso em: 16 out 2015.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier De Souza. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. **Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n6/30.pdf>>. Acesso em: 16 out 2015.

PIMENTA, Selma G e FRANCO, Maria A. Santoro. **Pesquisa em educação: Possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação**. São Paulo: Edições Loyola, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.unir.br/index.php/igarape/article/viewFile/860/873>> Acesso em: 16 out 2015.

PINHEIRO, Roseni; ASENSI, Felipe Dutra. **Direito vivo, dádiva e integralidade: uma triangulação para pesquisar o direito a saúde**. In: PINHEIRO Roseni. MARTINS, Paulo Henrique (Orgs). *Usuários Redes sociais mediações e integralidade em saúde*. Rio De Janeiro: UERJ/IMS/LAPISS, p.89-106, 2011

POPE, Catherine; MAYS Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Anany Porto Fajardo. 2.Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORTUGAL, Silvia. **Quanto vale o capital social? O papel das redes informais na provisão de recursos**. In: MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno (Org.). *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife: UFPE, 2006. Cap. 2, p. 51-74.

PRATES, Lisie Alende; SCHMALFUSS, Joice Moreira; LIPINSKI, Jussara Mendes. **Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 310-315, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro:editora FIOCRUZ, 2010.

RANDOLPH, Rainer. **Fóruns políticos, exercício do poder e arranjos territoriais: contextos para a formulação de políticas regionais de desenvolvimento no Brasil**. Scripta Nova (Barcelona), Revista Electrónica de Geografía y Ciencias sociais, v.XVII, p.254-271, 2014.

REA, Marina Ferreira. **Amamentação na população negra em São Paulo**. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 6º, Olinda, 1988. Anais. São Paulo, Associação Brasileira de Estudos Populacionais, v.3. p. 393-410; 1988. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1988/T88V03A17.pdf>>. Acesso em: 17 out.2015.

SABOURIN, Eric. **Teoria da Reciprocidade e sócia-antropologia do desenvolvimento**. Sociologias, Porto Alegre, v. 13, n. 27, p. 24-51, mai./ago. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/soc/v13n27/a03v13n27.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

SCHIMITH, Maria Denise, LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov./dez., 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

SILVA, Drance. **Dádiva, cidadania e solidariedade**. Disponível em: <http://www.cenap.org.br/_novosite/1cnprodas/textos/dadiva.htm>. Acesso em: 11 nov. 2015.

SOUZA, I.P.M.A.; JACOBINA, R.R. **Educação em saúde suas versões na história brasileira**. Revista Baiana de Saúde Pública. Bahia, v.33, n. 4, p.618-627, out/dez, 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/293/pdf_106>. Acesso em: 25 mai. 2016.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Redes sociais e saúde**. In: MARTELETO, Regina Maria; STOTZ, Eduardo Navarro. Informação, saúde e rede sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Fiocruz-Editora UFMG, cap 1.p. 27-42, 2009.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17. Ed. São Paulo: Cortez; 2009.

TOMAÉL, Maria Ines; ALCARÁ, Adriana Rosicler; CHIARA, Ivone Guerreiro. **Das redes sociais à inovação**. Ci. Inf., Brasília, v. 34, n. 2, p. 93-104. maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v34n2/28559.pdf/>>. Acesso em: 22 out. 2015.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Pesquisa qualitativa**. In: _____. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2012. cap. 5, p.116-175.

VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, José Mendes; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Análise de políticas, políticas de saúde e a saúde coletiva**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; v. 23, n. 2, p. 589-611; jun. 2013.

VENANCIO, Sonia I. *et al.* **A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 86, n. 4, p. 317-324, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/a12v86n4.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA I

IDENTIFICAÇÃO	
Pseudônimo:	
Idade:	Escolaridade:
Profissão:	Estado Civil:
ROTEIRO DA ENTREVISTA	
1. Número de Filhos	
2. Duração da gravidez _____ semanas	
3. Gravidez: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> De risco <input type="checkbox"/> Qual o motivo? _____	
4. A gravidez acompanhada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5. Se sim onde? <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Hospital	
6. Quantas consultas frequentou? _____	
7. Tipo de Parto anterior: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal (fórceps) <input type="checkbox"/> Cesariana	
8. Amamentou anteriormente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
9. Se sim. Por quanto tempo amamentou exclusivamente _____	
10. Foi informada sobre o aleitamento materno durante a gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
11. Se sim onde? <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Hospital/Maternidade <input type="checkbox"/> Curso de preparação para o parto	
12. Quem informou sobre a amamentação? <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico de Família <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Familiar e amigos <input type="checkbox"/> Livros e Revistas <input type="checkbox"/> Outro _____	
13. Quem são as pessoas do seu círculo de convívio que podem apoiar para o AM: Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Sogra <input type="checkbox"/> Sogro <input type="checkbox"/> Irmã <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de saúde <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Outros _____.	

APÊNDICE B - QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL

GRUPO FOCAL
QUESTOES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL
<p>1. Realizamos várias orientações educativas sobre amamentação. Gostaria que vocês avaliassem cada uma delas. Foram importantes para ajudá-las na amamentação? Por quê?</p> <p>1.1 Visitas domiciliares</p> <p>2.1 Rodas de conversa</p> <p>3.1 Rede Virtual com a utilização da tecnologia do <i>WhatsAap</i>?</p>
<p>2. Você se sentiu apoiada nos momentos de necessidade ou dúvidas pelo grupo que foi constituído? Como foi este apoio?</p>
<p>3. A fase da amamentação foi tranquila? Ou você precisou de apoio? Quem mais ajudou a você, quando precisou de apoio para continuar amamentando?</p>
<p>4. O que você aprendeu de novo com este grupo de pessoas que formavam uma rede de amigos?</p>
<p>5. Qual a sua opinião sobre esse grupo que participaram denominado de rede de apoio ao Aleitamento Materno?</p>

APÊNDICE C - DIÁRIO DE CAMPO

DIÁRIO DE CAMPO	
CARACTERÍSTICAS DO ENCONTRO	
DATA/LOCAL	
TEMÁTICA	
OBJETIVOS	
SUJEITO	MÃE <input type="checkbox"/> INTEGRANTE DA REDE DE APOIO <input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS E IMPRESSÕES	
NÚMERO DE SUJEITOS _____	
CATEGORIZAÇÃO DOS SUJEITOS: MÃE <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> TIA (O) <input type="checkbox"/> SOGRA (O) <input type="checkbox"/> IRMÃ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL DA SAÚDE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> _____	
DESCRIZAÇÃO DO CENÁRIO:	
FALAS DOS SUJEITOS A DESTACAR:	
DESTAQUE DAS POTENCIALIDADES E OU FRAGILIDADES:	
OBSERVAÇÕES	

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) participante:

Vimos, por meio deste documento, solicitar sua colaboração na pesquisa intitulada “As redes sociais de Apoio para o Aleitamento Materno: Uma pesquisa ação”, que é conduzida por Valeska Cahú Fonseca da Nóbrega, sob orientação da professora Dra. Rosana Lúcia Alves de Vilar. O objetivo geral do projeto é analisar a importância das redes de apoio para o estímulo e manutenção ao aleitamento materno. Os objetivos específicos são: identificar as redes de apoio de mulheres no ciclo gravídico puerperal em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família, desenvolver ações educativas na perspectiva ao estímulo ao Aleitamento Materno envolvendo as mulheres e integrantes das redes de apoio e o fortalecimento das redes sociais de apoio e avaliar os resultados das ações educativas conforme a visão dos participantes. Sua participação será voluntária e poderá sair da pesquisa, se assim julgar necessário, utilizando todos os princípios que regem, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade. Esclarecemos que não receberá pagamento para fazer parte deste estudo, mas poderá ser ressarcido por qualquer custo decorrente desta participação. Nesta pesquisa será utilizado todos o princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/2012. Caso decida aceitar participar desta pesquisa será submetido (a) ao seguinte procedimento: responderá a um primeiro questionário aplicado pela pesquisadora contendo perguntas sobre seus dados pessoais, que se restringem a: idade, estado civil, profissão; quantidade de filhos; quantidades de consultas de pré-natal; sua vivência anterior com a amamentação e seu conhecimento sobre aleitamento materno e um segundo questionário com suas impressões sobre como as redes colaboraram para fortalecer a sua amamentação.

O questionário será aplicado nos turnos matutino e vespertino em local calmo e reservado e terá duração média de 10 a 15 minutos. Todas as informações obtidas serão confidenciais e divulgados com o propósito científico, preservando-se, porém, o sigilo e o anonimato dos questionados. Os dados serão guardados em local seguro sob a responsabilidade dos pesquisadores.

O risco de participação no estudo é mínimo, no entanto, podendo ocorrer apenas algum constrangimento em responder a algum questionamento. Para minimizar esse risco informamos que caso considere alguma pergunta constrangedora, tem o direito de se recusar a responder, sem nenhuma penalidade.

Os benefícios deste estudo ocorrerão a médio e longo prazo, visto que esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a garantia de práticas marcadoras de mudanças, que promovam a saúde e qualidade de vida materno-infantil. Será disponibilizada indenização, caso haja dano decorrente da sua participação. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para **Rosana Lúcia Alves de Vilar** no endereço: **Departamento de Enfermagem- Campus Universitário no bairro Lagoa Nova, sala 17 (1º andar), CEP 59072-970, Natal/RN**, ou pelo telefone **84 3215-3615**. Sendo assim, a assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido formaliza sua autorização para aplicação do questionário que irá abordar questões relacionadas aos objetivos da pesquisa.

Em caso de desacordo ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa ou surgir qualquer dúvida sobre a ética desta pesquisa, consulte o:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/HUOL

Telefone: 3342-5003

Endereço: Av. Nilo Peçanha, nº620, Petrópolis, CEP: 59.012-300, Natal/RN.

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

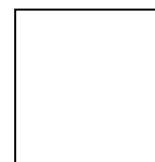
Eu, _____, após ter lido e compreendido as informações acima descritas e ter sido informada dos objetivos do estudo, concordo em participar da pesquisa.

Declaro que considero preservada minha participação como voluntária (o) nesta pesquisa, sem coerção pessoal ou institucional.

Estou ciente, portanto, de que sou livre para recusar respostas a determinadas perguntas, durante os questionamentos, para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, bem como terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que desejar, e que todas elas deverão ser respondidas pelos pesquisadores a meu contento.

Autorizo o uso dos dados obtidos, como também à publicação do referido trabalho escrito. Concedo, também, o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa e que os riscos decorrentes da minha participação são mínimos.

Assinatura do Participante



Impressão datiloscópica
do participante

Assinatura do pesquisador

APENCICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “As redes sociais de apoio para o aleitamento materno: uma pesquisa ação” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Valeska Cahú Fonseca da Nóbrega a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora da pesquisa Valeska Cahú Fonseca da Nóbrega, e após esse período, serão destruídos e;
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

LOCAL,

DATA _____.

APENCICE F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM (FOTOS E VÍDEOS)

Eu, _____, **AUTORIZO** a pesquisadora Valeska Cahú Fonseca da Nóbrega, coordenadora da pesquisa intitulada: “As redes sociais de apoio para o aleitamento materno: uma pesquisa ação” a fixar, armazenar e exibir a minha imagem por meio de foto e ou vídeo com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar o meu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada.

A pesquisadora responsável Valeska Cahú Fonseca da Nóbrega assegurou-me que os dados serão armazenados, sob sua responsabilidade, por 5 anos, e após esse período, serão destruídas.

Assegurou-me, também, que serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

LOCAL,

DATA _____.