

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**Juliana de Moraes Baldan**

**SÃO CARLOS**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**Juliana de Moraes Baldan**

**A prática da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na perspectiva de equipes gestoras da atenção primária à saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa: Trabalho e gestão em saúde e enfermagem**

**Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cássia Irene Spinelli Arantes**

**São Carlos**

**2014**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

B175pp

Baldan, Juliana de Moraes.

A prática da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na perspectiva de equipes gestoras da atenção primária à saúde / Juliana de Moraes Baldan. -- São Carlos : UFSCar, 2014.

115 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Amamentação. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da família. 4. Políticas públicas. I. Título.

CDD: 649.33 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: JULIANA DE MORAES BALDAN

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 25/02/2014  
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes  
(Orientadora – PPGE<sub>nf</sub>/UFSCar)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Aida Victoria Garcia Montrone  
(DME/UFSCar)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira  
(EERP/USP)

\_\_\_\_\_  
Presidente da Coordenação de Pós-Graduação  
Profa. Dra. Priscilla Hortense

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta conquista aos meus amados pais João Carlos e Elizabeth e também à minha irmã Fabiana por serem meu porto seguro.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, quero agradecer a Deus por iluminar o meu caminho durante esta caminhada e permitir chegar à conclusão deste trabalho.

Aos meus pais João e Beth e a minha irmã Fabiana, pela paciência e pelo carinho e por estarem sempre ao meu lado, oferecendo apoio em mais esta etapa da minha vida. Obrigada por me incentivarem. Amo muito vocês.

À minha família que torceu por mim, principalmente a minha prima Lucilla pelas palavras de incentivo, apoio e companhia durante esta caminhada.

Agradeço ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSCar, aos docentes, coordenadores e funcionários por fazerem parte desse processo e contribuírem com a minha formação.

Ao Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial pela liberação desta pesquisa.

À querida professora Cássia Irene Spinelli Arantes pelo acolhimento, pela paciência, pela sensibilidade e pela orientação fundamental para a conclusão desta dissertação. Obrigada pela confiança, pela disponibilidade e por fazer parte dessa minha trajetória acadêmica.

À professora Márcia Niituma Ogata, não apenas pela assessoria em etapas importantes deste estudo, mas por ser sempre tão sensível nas palavras de incentivo e sábia nas colocações desde à minha graduação.

Às professoras Aida Victoria Garcia Montrone e Maria José Bistafa Pereira por serem grandes exemplos na docência, pelo aceite e imensa contribuição realizada no exame de qualificação, que permitiu o meu crescimento como pesquisadora e também aprimorar muito esta dissertação.

Às minhas amigas preciosas Karina e Daiana fundamentais em todas as etapas da minha vida acadêmica. Obrigada por compartilharem diversos momentos comigo: as alegrias, as festas, as discussões, as angústias, enfim, por serem grandes parceiras, pela amizade sincera e companheirismo durante anos.

Às brilhantes amigades que o mestrado pode me proporcionar, obrigada Gabriela Gallego, Taiana e Valéria por compartilharem as vivências da pós-graduação comigo, pelas conversas, pelos estudos, pela diversão e pelos desabafos. Saudades.

Às grandes Gabriela Danez, Nataly, Emília, Thiago e Rafael Novelli por serem parte da minha vida há muitos anos e mesmo de longe compartilharem desse momento comigo, com a amizade mais que fundamental.

Aos amigos que fiz em São Carlos que de alguma forma fizeram parte dessa trajetória.

## RESUMO

A prática do aleitamento materno (AM) oferece muitos benefícios para mãe, bebê e família. O AM e sua influência na saúde da criança e da mulher tem sido foco de campanhas e programas governamentais, em âmbito nacional e mundial. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro desenvolve ações de promoção, proteção e apoio ao AM nos diferentes serviços de saúde. Na atenção primária, a estratégia saúde da família (ESF) ampliou o acesso aos cuidados de saúde e às ações de AM. Foram criadas redes de atenção à saúde (RAS) para o desenvolvimento do cuidado integral ao usuário. No estado de São Paulo, foram implementadas 17 redes regionais de atenção à saúde (RRAS), organizadas e sistematizadas a partir da atenção primária à saúde (APS). O município de São Carlos pertence à RRAS 13. A APS atua como coordenadora do cuidado nas RRAS, com vistas à obtenção da integralidade. O Brasil possui políticas que apoiam o AM, mas as taxas de prevalência estão aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde. O sucesso do AM vai além da atuação individual dos profissionais de saúde. Dentre outros aspectos, há também responsabilidade do gestor das ações e dos serviços do SUS na proposição, execução e acompanhamento das estratégias voltadas ao AM. Partindo-se dos pressupostos de que a APS é a coordenadora do cuidado integral em rede; que cuidado e gestão estão interligados na atuação das equipes de ESF e que as equipes de profissionais de nível superior das USF de São Carlos são responsáveis pela produção e gestão do cuidado voltado ao aleitamento materno, o objetivo deste estudo foi analisar a promoção, proteção e apoio ao AM na APS na perspectiva das equipes gestoras das USF em São Carlos, SP. Trata-se de estudo qualitativo exploratório no qual se utilizou a entrevista em grupo como técnica de coleta de dados. Os sujeitos foram enfermeiros, médicos e dentistas que atuam na execução e gestão das estratégias e políticas na APS. A análise dos dados foi realizada pelo software ALCESTE 4.10. Foram gerados dois blocos temáticos: “Aspectos que dificultam o aleitamento materno”, que compreende a primeira classe: Determinantes do desmame precoce e “Aspectos que potencializam o aleitamento materno”, decomposto em duas classes: Suporte e redes de apoio ao AM e A gestão do cuidado em AM. Evidenciou-se que apesar de as equipes relatarem desenvolver ações e orientações para mães e famílias a respeito da prática de amamentar, mostram certa impotência e frustração diante da não adesão das mães à prática de amamentar. As equipes reconheceram a importância da articulação entre as equipes e entre os setores de saúde; a relevância das atualizações dos profissionais e a importância das reuniões de equipe na produção e gestão do cuidado. É relevante que a prática da promoção, proteção e apoio ao AM seja intersetorial a fim de que o cuidado ofertado seja mais resolutivo, humanizado e integral.

**Descritores:** Aleitamento Materno; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Políticas Públicas.

## ABSTRACT

Breastfeeding offers many benefits for mother, baby and Family. Its influence on child and women's health has been the focus of governmental campaigns and programs on national and global scale. The Brazilian Public Health Care System (SUS) develops initiatives to promote, protect and support Breastfeeding on health services. On primary health care, the Family Health Strategy Program has expanded the access to health care and to Breastfeeding initiatives. Health Care Networks were created to promote full care to patients. In São Paulo state, 17 Regional Health Care's Networks were implemented, organized and systematized starting from Primary Health Care Program. São Carlos city belongs to Regional Health Care's Network of number 13. The Primary Health Care Program acts as coordinator assuring full care's implementation on Regional Health Care Networks. Brazil has already programs to support Breastfeeding, but prevalence rates are below World Health Organization's expectation. Breastfeeding's success goes beyond health practitioner's individual performance. Among others aspects, there is also the responsibility of the Brazilian Public Health Care Manager, his initiatives and services on proposing, executing and following the strategies aimed to Breastfeeding. Starting from the assumptions that PHCP is the coordinator of network full care, that care and management are connected on FHSP performance and that higher education's professional teams of São Carlos USF (S) are responsible for create and manage Breastfeeding's care; this study proposes to analyze Breastfeeding's promotion, protection and support on PHCP according to the USF of São Carlos management team. It is a qualitative exploratory research where group interviews were used as data collection. The individuals were nurses, doctors and dentists responsible for executing and managing PHCP's strategies and policies. The data analysis was executed through ALCESTE software. Two thematic blocks were created: "Aspects that hamper Breastfeeding", which includes the first class "Early weaning's determinants" and "Aspects that potentiate Breastfeeding" divided in two classes: "Aid and network's support to Breastfeeding" and "The management of Breastfeeding's care". It was evident that, even if the teams have reported the development of actions and orientations for mothers and families about Breastfeeding's practice, they have also evidenced certain impotence and frustration in front of mother's non compliance. They recognized the importance of the articulation with other health sectors, the relevance of professional updates and team meetings on care production and management. It is relevant that Breastfeeding's promotion, protection and support need to be intersectional in order to promote more resolute, humanized and full care.

**Key Words:** BreastFeeding; Primary Health Care; Family Health; Public Policies.

## RESUMÉN

La práctica de amamantación materna (AM) ofrece muchos beneficios para la madre, el bebé y la familia. La AM y su influencia en la salud del bebé y de la mujer ha sido foco de campañas y programas gubernamentales en el ámbito nacional y mundial. El sistema único de salud (SUS) Brasileiro, desenvuelve acciones de promoción, protección y apoyo a la AM en los diferentes servicios de salud. En la atención primária, la estrategia de salud de la familia (ESF) amplió el acceso a los cuidados de salud y a las acciones de AM. Fueron creadas redes de atención a la salud (RAS) para el desarrollo de cuidado integral al usuario. En el estado de Sao Paulo, fueron implementadas 17 redes regionales de atención a la salud (RRAS), organizadas y sistematizadas a partir de la atención primária a la salud. El municipio de Sao Carlos pertenece a la RRAS 13. La atención primária a la salud actúa como coordinadora del cuidado en las RRAS con vista a obtener la integralidad del cuidado. Brasil posee políticas que apoyan la AM pero, las tasas de prevalencia están mas bajas que las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. El suceso de la AM va mas allá de la atención individual de los profesionales de salud. Dentro de otros aspectos, hay también responsabilidad del gestor de las acciones y de los servicios del SUS en la propuesta, ejecución y acompañamiento de las estrategias dirigidas a la AM. Partiéndose de los presupuestos de que la atención primária a la salud es la coodinadora del cuidado integral en rede; que cuidado y gestión están interligados en la actuación de los equipos de salud de la ESF y que los equipos de profesionales de nivel superior de las ESF de Sao Carlos son responsables por la producción y gestión del cuidado dirigido a la AM, el objetivo de este fue analizar la promoción, protección y apoyo a la AM en la atención primária en la perspectiva de los equipos gestores de la ESF en Sao Carlos, SP. Se trata de un estudio cualitativo exploratorio en el cual se utilizó la entrevista en grupo como técnica de recolección de datos. Los sujetos fueron enfermeros, médicos y odontólogos que actuan en la ejecución y gestion de las estrategias y políticas en la atención primária. El análisis de los datos fue hecho por medio del software ALCESTE 4.10. Fueron generados dos bloques temáticos: “Aspectos que dificultan la amamantación materna”, que comprende la primera clase: Determinantes del destete precoz e “Aspectos que potencializan la amamantación materna”, descompuesto en dos clases: Soporte y redes de apoyo a la AM y la gestión del cuidado en AM. Se evidenció que a pesar de que las equipes narrasen el desarrollo de acciones y orientaciones para la madres y familias al respecto de la práctica de amamantación, mostraron cierta impotencia y frustración delante de la no adhesión de las madres a la práctica de amamantar. Los equipos de salud reconocieron la importancia de la articulación entre ellos y entre los sectores de salud; la relevancia de las actualizaciones de los profesionales y la importancia de las reuniones de los equipos de salud en la producción y gestión del cuidado. Es relevante que la práctica de la promoción, protección y apoyo a la AM sea intersectorial a fin de que el cuidado ofertado sea mas resolutivo, humanizado e integral.

**Descriptor:** Amamantación materna, Atención primária en salud, Salud de la familia, Políticas Públicas.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Repartição ou fragmentação das UCE em classes disposta em percentagem (%).....	54
Figura 2: Gráfico em coluna com o número de palavras analisadas por classe.....	55
Figura 3: Síntese de tratamento (apresentação dos blocos temáticos).....	56

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: variáveis utilizadas na linha estreladas, seus códigos e classificações....	49
Quadro 2: Caracterização dos profissionais de saúde da família entrevistados. São Carlos, 2013.....	58
Quadro 3: Formação de temas e classes pelo ALCESTE, interpretadas pela pesquisadora.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção básica à saúde

AFC – Análise fatorial de correspondência

AM – Aleitamento materno

AME – Aleitamento materno exclusivo

APS – Atenção primária à saúde

ALCESTE – Análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de texto

ANVAR – Agência nacional francesa de valorização à pesquisa

ANVISA – Agência nacional de vigilância sanitária

APS – Atenção primária à saúde

BLH– Bancos de leite humano

CGRede – Comitê gestor de rede

CHA – Classificação hierárquica ascendente

CHD – Classificação hierárquica descendente

CNRS – Centro nacional francês de pesquisa científica

DRS – Departamento regional de saúde

ECA – Estatuto da criança e do adolescente

ECT – Empresa de correios e telégrafos

ESF – Estratégia de saúde da família

HIV – vírus da imunodeficiência humana

IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística

IHAC – Iniciativa hospital amigo da criança

IUBAAM – Iniciativa unidade básica amiga da amamentação

INAMPS – Instituto nacional de assistência médica da previdência social

NBCAL – Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PDR – Plano diretor de regionalização

PMAQ-AB – Programa nacional de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica

PNAN – Política nacional de alimentação e nutrição

PNIAM – Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno

RAS – Rede de atenção à saúde

RRAS – Rede regional de atenção à saúde

SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência

SISVAN – Sistema de vigilância alimentar e nutricional

SMAM – Semana mundial da amamentação

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade básica de saúde

UCE – Unidade de contexto elementar

UCI – Unidade de contexto inicial

UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a infância

USF – Unidade de Saúde da Família

WABA – Aliança mundial de ação pró-aleitamento

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 A produção e gestão do cuidado integral na atenção primária à saúde .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 O cuidado em aleitamento materno nas redes de atenção à saúde .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3 Estratégias governamentais para a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno .....</b>	<b>32</b>
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>40</b>
<b>3.1 Desenho do estudo .....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 Local de estudo .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3 Sujeitos do estudo .....</b>	<b>44</b>
<b>3.4 Aspectos éticos .....</b>	<b>45</b>
<b>3.5 Etapas do trabalho de campo .....</b>	<b>45</b>
<b>3.6 Análise dos dados.....</b>	<b>46</b>
<b>3.7 Descrição das classes pós-análise lexical do ALCESTE.....</b>	<b>53</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>4.1 Caracterização dos entrevistados .....</b>	<b>58</b>
<b>4.2 Apresentação das Classes .....</b>	<b>59</b>
4.2.1 Aspectos que dificultam o aleitamento materno.....	60
Classe 1: Determinantes do desmame precoce .....	60
4.2.2 Aspectos que potencializam o aleitamento materno .....	71
Classe 2: Suporte e Redes de Apoio ao Aleitamento Materno .....	71
Classe 3: A Gestão do Cuidado em Aleitamento Materno .....	82
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>89</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE 1.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>115</b>

# Apresentação

---

## APRESENTAÇÃO

Quando escolhi a profissão de enfermeira, já tinha em mente trabalhar na área saúde da mulher e da criança. Desta forma, durante a minha graduação, cursada na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), tive a oportunidade de vivenciar experiências nessa área em diferentes momentos: aulas práticas, estágios e projetos de extensão. Os estágios em unidades de saúde da família foram os que mais me motivaram para a atuação profissional e que contribuíram para definir minhas preferências no exercício da enfermagem.

No processo de formação em enfermagem, tive a oportunidade de participar, por dois anos, de um projeto de extensão: “Implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Sistema Único de Saúde de São Carlos”, no qual estudava e desenvolvia trabalhos em unidades de saúde da família, com mulheres e famílias que se encontravam em processo de aleitamento materno. Nesses dois anos, pude entrar em contato com os profissionais de saúde da família de São Carlos, participar de dois cursos sobre a temática amamentação e participar de um Inquérito de Aleitamento Materno no Município de São Carlos.

Nesse período, já me instigava a forma como o cuidado em aleitamento materno era desenvolvido pelas equipes de saúde da família, pois percebia algumas limitações de conteúdo e de participação de profissionais da equipe nos grupos de gestantes.

Notei que o cuidado em aleitamento materno na saúde da família baseava-se fundamentalmente na transmissão de informações técnicas às mulheres na gestação e no puerpério. Por outro lado, tive a oportunidade de vivenciar o grupo de gestantes coordenado de forma participativa e humanizada, por uma enfermeira do citado projeto de extensão. Tal experiência me possibilitou aprender muito e ensinar um pouco, tendo em vista que já havia realizado alguns cursos sobre a prática da amamentação.

Na graduação em enfermagem, tive também experiências em outras áreas, mas ao decidir trilhar a área acadêmica e fazer o mestrado, resolvi

investir no aprofundamento teórico em relação às minhas inquietações sobre o cuidado voltado ao aleitamento materno. E é claro, que as equipes de saúde da família também faziam parte desses questionamentos e do local no qual tinha a intenção de desenvolver a minha pesquisa, as unidades de atenção primária à saúde.

Assim, ao iniciar o curso do mestrado, na interação com minha orientadora pudemos compreender um pouco mais minha trajetória e traçar o caminho para o desenvolvimento desta pesquisa. E nesse encontro de experiências e conhecimentos, tanto no que se refere ao aleitamento materno quanto ao que se relaciona às políticas de atenção e de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), é que construímos o objeto desta investigação: o cuidado voltado ao processo de aleitamento materno na atenção primária à saúde.

Realizamos, então, este estudo no qual buscamos focalizar o olhar dos profissionais de saúde da família sobre a promoção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde. O trajeto percorrido no desenvolvimento desta pesquisa está apresentado a seguir e constitui-se de cinco capítulos.

O primeiro capítulo corresponde à introdução ao tema de pesquisa e apresenta o objeto do estudo. Este capítulo também apresenta as questões que nos levaram a reflexões sobre o tema e as questões de investigação, juntamente com os objetivos gerais e específicos desta pesquisa.

O segundo capítulo compreende o referencial teórico desse estudo, apresentado em três temas: cuidado integral à prática do aleitamento materno; a produção e a gestão do cuidado integral na atenção primária à saúde; o cuidado em aleitamento materno nas redes de atenção à saúde.

O terceiro capítulo refere-se à trajetória metodológica e descreve o desenho de pesquisa, o local do estudo, os sujeitos e as etapas do trabalho de campo. A análise dos dados foi realizada pelo *software* de Análise lexical por contexto por um conjunto de segmentos de texto (ALCESTE 4.10). Aborda as etapas realizadas pelo ALCESTE para a realização da análise.

O quarto capítulo apresenta e discute os resultados obtidos a partir do ALCESTE e interpretado pela pesquisadora. Os resultados foram apresentados

em dois blocos temáticos, sendo o primeiro bloco configurado na primeira classe e o segundo bloco subdividido nas classes dois e três. A primeira classe aborda questões referentes às explicações das equipes com relação às dificuldades com a adesão ao aleitamento materno que intitulamos de determinantes do desmame precoce. A segunda traz os suportes e as redes de apoio ao aleitamento materno que as equipes relatam existir no município e a terceira classe refere-se à perspectiva das equipes sobre a gestão do cuidado em aleitamento materno.

O quinto capítulo finaliza este trabalho com considerações a respeito do conhecimento que essa pesquisa conseguiu produzir e com algumas sugestões para futuros estudos relativos ao tema desta investigação.

# 1. Introdução

---

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil e em muitos outros países, os serviços de atenção primária à saúde (APS) prestam cuidado à grande maioria das mulheres e crianças, sendo responsáveis pelo acompanhamento de gestantes durante o pré-natal, mães e bebês no puerpério e das crianças nos primeiros anos de vida (OLIVEIRA, 2005). Nesta perspectiva, os serviços de APS são de fundamental importância para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM).

A prioridade para a implantação de políticas, programas e ações de promoção, proteção e apoio ao AM é uma diretriz que foi pactuada em 1979, em Genebra, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e vários países interessados na saúde infantil, dentre eles o Brasil (CARVALHO, 2005).

Desde então, várias políticas e ações governamentais vem sendo instituídas pelo Ministério da Saúde brasileiro com o objetivo de incorporar práticas de promoção, proteção e apoio ao AM na atuação dos profissionais e dos serviços de saúde.

Na perspectiva da integralidade e da humanização da saúde, podemos dizer que a promoção, proteção e apoio ao AM se traduzem no cuidado integral voltado às necessidades dos sujeitos que vivenciam o processo de amamentação: mulheres, crianças e famílias.

O cuidado em saúde transcende a definição de caráter técnico e curativo, em que o saber centra-se apenas no profissional de saúde (ALVES, 2004; BOSI; UCHIMURA, 2007). Desenvolver cuidado em saúde é oferecer uma assistência ampla que relacione a ação terapêutica e a atenção à saúde em uma perspectiva humana (AYRES, 2004).

Essa noção de cuidado sob a ótica humanista está vinculada a fundamentos que norteiam a integralidade (BOSI; UCHIMURA, 2007) que é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é o sistema de atenção à saúde dos cidadãos brasileiros instituído pela Constituição Federal

de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado pelas leis 8080 e 8142 em 1990 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

De acordo com Paim e Silva (2010), o princípio da integralidade com base na noção polissêmica pode ser adotado a partir de cinco condições: cuidado, prática, programa, política e sistema. Na condição de cuidado integral, a pessoa precisa ser compreendida na sua totalidade, ou seja, nas suas diferentes dimensões: biológicas, psicológicas e socioculturais. Na prática integral, o trabalho e as tecnologias diversas se articulam e resultam em uma intervenção mais ampla e completa. Já o programa integral permite entender e explicitar ações, objetos e recursos a fim de contemplar necessidades de diversas dimensões, como por exemplo, aquelas oriundas de determinantes socioambientais. As políticas públicas integrais possibilitam a articulação de políticas, programas e projetos entre diversos setores da saúde, além de permitir a gestão compartilhada e pactuada entre os órgãos responsáveis por tais políticas e por sua implementação. O sistema integral consiste na articulação entre as políticas, programas, práticas e cuidado, possibilitando a organização dos serviços de saúde e um cuidado adequado e efetivo (PAIM; SILVA, 2010).

Os serviços de saúde do SUS estão dispostos em níveis hierárquicos de atenção e possuem insumos e recursos tecnológicos distintos para cada nível de densidade tecnológica de atendimento à saúde, de maneira que consigam suprir a prevenção, a promoção e a reabilitação à saúde (MATTOS, 2004). Deste modo, entende-se que o cuidado integral se faz presente em todos os níveis de atenção a fim de que todas as necessidades de saúde do indivíduo sejam identificadas e consideradas de maneira ampliada (MATTOS, 2004).

Na perspectiva da integralidade, a APS ou atenção básica à saúde (ABS), como é denominada no Brasil seria o primeiro contato do indivíduo com os sistemas de saúde e esta entrada possibilitaria avaliar as necessidades individuais e os problemas mais comuns da comunidade em questão, não apenas do ponto de vista da enfermidade, mas sim, em todos os âmbitos que influenciam direta ou indiretamente no processo de saúde-doença de cada

pessoa (STARFIELD, 2002). A APS se responsabiliza pelo acesso, pela qualidade do atendimento prestado, pela prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos, além de possibilitar a integração e coordenação com as demais instituições de saúde, que atendam níveis de complexidade distintos (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a estratégia saúde da família (ESF) foi adotada pela política nacional de atenção básica como diretriz para consolidação da APS. A ESF deve ser desenvolvida de maneira descentralizada e capilarizada, manter-se nas proximidades dos bairros, atuar como porta de entrada de usuários e articular-se com a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011a). Para tal, é necessário atender a diretrizes e fundamentos da atenção básica: possuir território de abrangência definido, acesso universal, longitudinalidade do cuidado, estabelecimento de vínculo entre usuários e trabalhadores, coordenação e gestão do cuidado integral, estímulo à participação dos usuários na construção do cuidado à saúde (BRASIL, 2011a).

A APS atua como coordenadora e ordenadora do cuidado e, dessa forma, realiza a gestão do cuidado, representando o eixo da comunicação entre os diversos setores e se responsabilizando pelas necessidades da população em qualquer uma das esferas da atenção à saúde. A ESF vem sendo apontada como uma das principais estratégias implantadas no Brasil para consolidação da APS por meio da expansão da cobertura e da ampliação do acesso da população a ações e serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

Em 2008, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em sua publicação “Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil”, reconheceu a importância da ESF na redução da mortalidade infantil nos últimos anos (BRASIL, 2009a). O Brasil apresentou redução dos índices de mortalidade na infância no período de 1990 a 2006, demonstrando que será capaz de atingir a meta da OMS, de redução da mortalidade infantil em dois terços, antes do ano de 2015 que foi pactuado nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. (BRASIL, 2009a).

As ações de promoção, proteção e apoio ao AM na APS, principalmente em países de Terceiro Mundo, são consideradas estratégias

simplificadas e muito importantes para a redução da mortalidade e morbidade infantis (PEREIRA et al., 2004). Desde 1980, o Brasil inclui em suas prioridades em saúde a linha de cuidado da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. O órgão responsável por essa linha é a área técnica de saúde da criança e aleitamento materno do departamento de ações programáticas estratégicas da secretaria de atenção à saúde do Ministério da Saúde. Este órgão elabora diretrizes e técnicas para a atenção integral à saúde da criança e apoia a sua implantação nos estados e municípios (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Segundo Souza, Santo e Giugliani (2010), um dos eixos estratégicos da Política Nacional do AM é o incentivo à prática de amamentar na ABS, realizado por meio da Rede Amamenta Brasil. Esta rede promove a supervisão do trabalho interdisciplinar nas unidades de atenção básica, fundamentando-se nos princípios da educação permanente e respeitando as especificidades de saberes de cada profissional e as peculiaridades do contexto local e regional em que a unidade de saúde está situada (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Com o intuito de potencializar ações de promoção à alimentação saudável e apoiar a prática do AM, o Ministério da Saúde (2009a) procura sensibilizar e oferecer subsídios aos profissionais da APS. A equipe deve estar preparada para identificar e compreender o processo de AM no contexto em que cada família o vivencia, planejar e promover o cuidado com o objetivo de garantir uma prática saudável de AM (BRASIL, 2009a).

De acordo com Parada et al. (2005), com relação à amamentação, a atuação da equipe de saúde da família ocorre no desenvolvimento de ações educativas desde o período pré-natal até o puerpério e no atendimento efetivo a mulheres com intercorrências específicas do início da amamentação: ingurgitamento mamário, traumas mamilares e mastite. Estas intercorrências têm contribuído frequentemente para o desmame precoce.

Apesar de a atenção primária ser fundamental no desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e apoio ao AM, áreas geográficas que possuem atuação de equipes de saúde da família têm evidenciado baixos índices de prevalência de AM, tornando-se um desafio para os serviços de

atenção primária ampliar a adesão a essa prática do AM até os seis meses de forma exclusiva (PARADA et al., 2005).

O Brasil possui políticas e ações que difundem e apoiam a amamentação, como Rede Amamenta Brasil, alojamento conjunto, rede cegonha, entre outras. Porém, as taxas de prevalência do AM se apresentam aquém do estimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Isto pode ser evidenciado a partir dos dados referentes à II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, pois esta apresenta a taxa de prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de 6 meses foi de 41% nas capitais (BRASIL, 2009b). Os índices possuem variação conforme as regiões brasileiras, de modo que a região Norte foi evidenciada com a maior taxa de prevalência de AME, de 45,9%, quanto à prevalência; o Centro-Oeste apontou 45,0%; o Sul, 43,9%; o Sudeste com um índice de 39,4%, sendo o Nordeste a prevalência mais baixa, de 37,0% (BRASIL, 2009b).

Estudos apontam as práticas inadequadas dos profissionais de saúde como um dos obstáculos para o sucesso da prática do AM (GIUGLIANI, 2005; FONSECA-MACHADO, 2012; MOREIRA; FABBRO, 2005). Nesse sentido, analisamos que há uma responsabilização dos profissionais de saúde pelo aumento da prevalência da amamentação por meio das ações de promoção, proteção e apoio ao AM.

Porém, acreditamos que o sucesso do AM vai além da atuação individual dos profissionais de saúde. Dentre outros aspectos, há também responsabilidade do gestor das ações e dos serviços do SUS na proposição, execução e acompanhamento das estratégias voltadas ao AM, e, neste sentido, a equipe gestora da ESF possui um papel fundamental, pois o planejamento, a organização e a avaliação das ações são inerentes a sua atuação.

Dessa forma, considerando que a APS é a coordenadora do cuidado integral na rede de atenção à saúde, além das práticas de cuidado, as práticas de gestão em saúde precisam ser desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, no sentido de se efetivar a promoção, proteção e apoio ao AM no âmbito do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009c), o colegiado gestor das unidades de saúde da família é composto por representantes das equipes, de modo a contemplar profissionais de nível superior, médio e elementar. As principais atribuições correspondem em elaborar um projeto de ação; participar do processo de trabalho da unidade; responsabilizar-se pelos envolvidos, de modo a acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar indicadores e elaborar propostas e estratégias para a participação de todos os envolvidos na assistência (BRASIL, 2009c).

No entanto, no município de São Carlos, estado de São Paulo, a equipe gestora das unidades de saúde da família (USF) é formada pelos profissionais de nível superior, de modo que a gestão é compartilhada entre enfermeiros, médicos e dentistas. Estes, além da atuação direta na produção do cuidado, têm um papel fundamental como equipe gestora da unidade, portanto responsáveis pelo planejamento, organização e avaliação das ações do cuidado integral à saúde da população de abrangência, o que inclui o cuidado voltado a mulheres, crianças e famílias que vivenciam a prática do AM.

Partindo-se dos pressupostos de que a APS é a coordenadora do cuidado integral em rede; que cuidado e gestão estão interligados na atuação das equipes de ESF e que as equipes de profissionais de nível superior das USF de São Carlos são responsáveis pela produção e gestão do cuidado voltado à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, foram elaboradas as seguintes questões de investigação: Quais ações de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno são realizadas pela ESF e quais precisariam ser implementadas? Como as equipes entendem e como desenvolvem a produção e gestão do cuidado em aleitamento materno?

Na busca de respostas a essas perguntas, foram formulados os seguintes objetivos:

a) Geral

Descrever a prática da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde na perspectiva das equipes gestoras das unidades de saúde da família do município de São Carlos- SP.

b) Específicos

- Identificar as ações e estratégias de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno desenvolvidas nas unidades de saúde da família;
- Apreender as concepções das equipes sobre a produção e gestão do cuidado voltado à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde.

## 2. Referencial Teórico

---

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 A produção e gestão do cuidado integral na atenção primária à saúde**

Conforme Cecílio e Mehry (2003), o cuidado nas instituições de saúde é multidisciplinar e depende do trabalho em equipe, que ocorre por meio da colaboração entre os profissionais de saúde para que o cuidado seja ofertado de maneira adequada. O cuidado em saúde pode ser compreendido pela ocorrência de ações, procedimentos, rotinas e diferentes formações profissionais e saberes, as quais se complementam através de um processo dialético entre os membros da equipe de saúde, possibilitando que o cuidado aconteça (CECÍLIO; MEHRY, 2003).

Para o desenvolvimento de um cuidado integral é fundamental que os profissionais se articulem não apenas entre a sua equipe, mas sim, entre as unidades e demais instituições de saúde que compõem a rede de serviços de assistência. No entanto, este fator configura-se em um grande desafio a ser enfrentado e superado no SUS (GRABOIS, 2011).

A relação desenvolvida entre os profissionais é possível ser estabelecida através do diálogo e troca de informações sobre terapias e cuidados continuados necessários a serem direcionadas aos pacientes (GRABOIS, 2011). Grabois (2011) afirma que a integralidade do cuidado vincula-se diretamente ao trabalho em equipe e à produção de cuidados em saúde para as diversas necessidades dos usuários, no contexto em que estes estão inseridos.

Grabois (2011) traz o cuidado sob a ótica da gestão, isto é, a gestão do cuidado tem seu foco voltado tanto para uma unidade quanto para a trajetória do usuário e para se produzir o cuidado a esses usuários, o planejamento é uma ferramenta fundamental para a organização da assistência. Portanto, recursos materiais, físicos, de trabalho, equipamentos, regulamentos e de avaliação demandam planejamento para a efetividade da execução do cuidado a fim de que este seja ofertado de maneira adequada e

com qualidade e também, pactuado entre os responsáveis por oferecer tal cuidado (GRABOIS, 2011).

A APS assume essa função de desenvolver o cuidado integral e a gestão desse cuidado pelo fato de atuar como coordenadora do cuidado, ser o eixo da comunicação entre os setores de saúde e fazer-se responsável pelas necessidades da população em qualquer uma das esferas de atenção à saúde (BRASIL, 2011a). Para isto, a APS deve fazer uso das ferramentas de gestão do cuidado necessárias para organização do trabalho, como: desenvolver a gestão de listas de espera para consultas específicas, realizar procedimentos e exames; organizar prontuários em rede; organizar protocolos de atenção sob a lógica de linhas de cuidado; discutir e analisar casos, eventos e incidentes ocorridos durante o cuidado em saúde (BRASIL, 2011a).

Portanto, a APS deve ser base e permitir que o serviço seja descentralizado a fim de que possa ser ampliado aos demais locais de atenção à saúde e, também, ser resolutiva. Deste modo, a APS deve articular as diferentes tecnologias para atender os usuários e lhes proporcionar autonomia; coordenar o cuidado no sentido de acompanhar e organizar a rede de atenção à saúde (RAS) e o fluxo de usuário; e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades da população como sua responsabilidade e programar ações para efetivá-las (BRASIL, 2011a).

Campos et al. (2008) traz as diretrizes organizacionais para que a APS consiga cumprir suas funções, como:

- Acolhimento e busca ativa: é de fundamental importância que os usuários sejam acolhidos em qualquer momento, permitindo o envolvimento de uma equipe disponível e preparada para receber a população independentemente da queixa. A busca ativa através da visita domiciliar permite conhecer, fazer levantamento e analisar a população do território assistido, de modo que possa estimular e fortalecer o vínculo entre a unidade de saúde e a comunidade, além de ser possível estabelecer o risco e a vulnerabilidade da população em questão;

- Clínica ampliada e compartilhada: como a APS é uma assistência complexa, há necessidade de um olhar para um cuidado além do modelo biomédico. A clínica ampliada exige que o cuidado se volte não apenas para a queixa, mas sim para a identificação e compreensão dos aspectos subjetivos

do usuário, que também deve participar desse cuidado, para que a terapêutica seja elaborada em conjunto, de maneira compartilhada entre equipe e usuário;

- Saúde coletiva: é necessário que as equipes de atenção básica promovam ações de prevenção e promoção de saúde individuais e coletivas;

- Cogestão: é a participação e o controle social, mecanismos que devem estar presentes na cogestão dos serviços de saúde e também na organização dos usuários para implantação de ações e serviços no território onde residem.

A clínica ampliada tem sido realizada por profissionais do SUS, no sentido de aprimorar a qualidade do serviço em hospitais públicos e nas redes de atenção à saúde (SILVA, 2011). Objetiva-se organizar o cuidado a partir das demandas apresentadas pelos usuários do serviço, caracterizando um modelo centrado no próprio usuário (SILVA, 2011). A clínica ampliada busca ampliar o objeto do cuidado no sentido de não apenas focalizar a doença do usuário, mas sim identificar problemas que possam vir a ser risco ou tornar as pessoas vulneráveis a diversas situações desfavoráveis, ou seja, compreender o usuário de maneira integral (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Silva (2011) destaca a ideia de cogestão, na qual ocorre o compartilhamento das responsabilidades entre a equipe, gestores e usuários com a finalidade de tornar o cuidado mais adequado, dentre as diversas propostas para a melhoria da gestão do cuidado. A participação do usuário como sujeito ativo do processo de cuidado é valorizada; a equipe gestora desempenha a organização do trabalho e planeja da melhor maneira o desenvolvimento de ações de saúde (SILVA, 2011).

A discussão a respeito dessa gestão do cuidado, desenvolvida na APS e conseqüentemente na ESF, é mais ampla e para entendê-la, faz-se necessário compreender como o sujeito é entendido, analisado e considerado pelos estudiosos a fim de apreender como a gestão do cuidado é desenvolvida e direcionada a cada indivíduo e coletividade.

O estudo de Baduy et al. (2011) entende e define a gestão do cuidado como a produção de um cuidado fundamentado nas necessidades de saúde dos indivíduos assistidos pelas unidades de saúde. Tem na integralidade e nas ferramentas da gestão da clínica, como espaços de discussão, estudos

de casos, educação permanente, entre outras, os meios para desenvolver tal gestão (BADUY et al., 2011).

A gestão do cuidado se inspira no Método Paidéia, que foi concebido por Campos (2000) e tem como finalidade desenvolver a clínica, a saúde pública e a gestão, de modo a respeitar o saber técnico e o popular e considerar os agrupamentos, a comunidade e as ações da instituição de saúde. O Método Paidéia sustenta-se no conceito da clínica do sujeito, a qual tem como foco de análise o indivíduo real, considerado não apenas por sua enfermidade, mas sim, a doença como parte de suas peculiaridades e experiências (CAMPOS, 2007).

Torna-se importante ressaltar neste momento, que o conceito de clínica ampliada se propõe a superar os limites da clínica tradicional, focalizada apenas no biológico e no adoecimento (CUNHA, 2007). A clínica ampliada tem como interesse o sujeito e as singularidades de sua doença, isto é, reconhece a complexidade do indivíduo que é analisado e compreendido não somente em suas queixas físicas, mas sim, em suas dimensões psicológicas, sociais e culturais, as quais são consideradas pelos profissionais direta ou indiretamente (CUNHA, 2007).

Para isso, é fundamental que os profissionais sejam híbridos, ou seja, detenham o saber biomédico e também a sensibilidade para os demais aspectos que são inerentes ao ser humano, como psicológicos e socioculturais, no intuito de desenvolver um projeto terapêutico característico para cada indivíduo e observá-lo em sua pluralidade (CUNHA, 2007).

Cunha (2007), inspirado em reflexões de outros autores como Mehry e Campos com relação a essa temática, apresenta a gestão da clínica ampliada sob a ótica do saber do indivíduo e do poder presente tanto nos sujeitos quanto nos profissionais, em que ambos possuem saberes a serem considerados, de modo que o cuidado deve ser pensado em conjunto. A equipe atua de maneira transversal e procura a resolubilidade das situações nas singularidades advindas do cuidado desenvolvido na APS (CUNHA, 2007).

A gestão tradicional diferencia-se da ampliada, pois acaba por privilegiar o controle do cuidado e das situações cotidianas vivenciadas, em contrapartida, a gestão da clínica ampliada procura promover a autonomia do sujeito. Tal autonomia é buscada para que o cuidado seja desenvolvido em conjunto com os indivíduos, através de um processo dinâmico que equilibre o controle e o autocuidado, a objetividade e a subjetividade, riscos e benefícios (CAMPOS, 2007).

Deste modo, percebe-se que a gestão do cuidado nessa configuração ampliada, ocorre de maneira conjunta, isto é, a cogestão entre os profissionais da equipe e os usuários, na qual ocorre o compartilhamento das responsabilidades com a finalidade de tornar o cuidado mais adequado (CAMPOS et al., 2008). A participação do usuário como sujeito ativo do processo de cuidado é valorizada com o objetivo de tornar o indivíduo e a comunidade coresponsável pelo seu cuidado, de modo a promover a sua autonomia. Assim, a equipe gestora organiza o trabalho e planeja as ações de saúde de maneira a agregar maior resolutividade em situações de saúde-doença (CAMPOS et al., 2008).

Evidenciamos a semelhança entre os conceitos de gestão da clínica ampliada e gestão do cuidado, pois ambos visam o planejamento e o desenvolvimento da integralidade do cuidado na APS. Portanto, entendemos que tais conceitos buscam olhar o sujeito em sua pluralidade e complexidade a fim de planejar e promover um cuidado ampliado de acordo com as singularidades de cada indivíduo.

Neste trabalho, adotaremos a denominação gestão do cuidado, por entender que o cuidar é ainda mais amplo, no sentido de ser um cuidado contínuo e planejado de maneira longitudinal, com estabelecimento de vínculo e autonomia dos indivíduos. Concordamos com Pires e Göttems (2009), que apresentam a seguinte definição:

a gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde é entendida como forma com que o cuidar se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas. (PIRES; GÖTTEMS, 2009, p.297)

Desta forma, ao se considerar o planejamento e a gestão do cuidado em saúde na APS, destaca-se, neste trabalho, dentre os diversos cuidados promovidos em unidades de saúde da família, a atenção primária à saúde da mulher e da criança no que se refere às questões do AM.

## **2.2 O cuidado em aleitamento materno nas redes de atenção à saúde**

Entendemos que os profissionais de saúde possuem uma atuação fundamental para o desenvolvimento da promoção, proteção e apoio ao AM (BRASIL, 2009a). Para isso, é importante que cada profissional esteja capacitado para entender o processo do AM além de seu caráter técnico relacionado à lactação e sim, observe também o contexto emocional, cultural e a rede social que apoia a mulher e família em relação à amamentação (BRASIL, 2009a). A mulher deve receber incentivo, ser encorajada e empoderada para a tomada de decisão em amamentar ou não o seu bebê, de modo que ela se sinta compreendida e acolhida diante dos profissionais que a atendem (BRASIL, 2009a).

A criança também deve ser considerada e evidenciada nesse processo de lactação. Na perspectiva do cuidado integral, entende-se que as crianças precisam ter seus direitos protegidos e efetivados através de políticas públicas (BRASIL, 2012a). O estabelecimento de redes de proteção integral à saúde da criança está prevista no ECA com relação à promoção, proteção e defesa aos direitos na infância (BRASIL, 2012a).

Em função da importância de redes de apoio à saúde da mulher e da criança, a Política Nacional de Atenção Básica afirma que a APS pode obter a integralidade através das redes de atenção (RAS) (BRASIL, 2011a). A APS deve coordenar o cuidado no sentido de acompanhar e organizar a RAS e o fluxo de usuário; e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades da população como sua responsabilidade e programar ações para efetivá-las (BRASIL, 2011a).

As RAS são ações estaduais, originadas em 2007, a partir do direcionamento da Atenção Primária, com a finalidade de adequar às

orientações do Pacto de Gestão e permitir que estas entrem em conformidade com as regiões de saúde locais (SÃO PAULO, 2011a). Para tal, faz-se a definição dos espaços geográficos, os quais são identificados pelos gestores municipais e estaduais de acordo com aspectos culturais, socioeconômicos, epidemiológicos, de comunicação e de transportes. Este processo instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR), culminando em 64 Regiões de Saúde junto aos seus respectivos Colegiados de Gestão Regionais (SÃO PAULO, 2011a).

Mendes (2010) define o conceito de Redes de Atenção como o conjunto de organizações poliárquicas e serviços que através de ações independentes e também coletivas visam oferecer atenção contínua e integral ao indivíduo e sua comunidade. A finalidade da RAS é estabelecer um cuidado de qualidade e humanizado, de maneira a se comprometer com as responsabilidades sanitárias e econômicas da população assistida (MENDES, 2010).

A partir das RAS, surge novamente a necessidade de reorganizar as ações e os serviços voltados à promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os seus níveis de complexidade com o intuito de possibilitar a garantia da integralidade do cuidado. Desta forma, foram implementadas as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) de acordo com a Portaria GM/MS nº 4279/10, as quais estão organizadas e sistematizadas pela atenção básica e pelas instituições de saúde (SÃO PAULO, 2011a).

As RRAS são integradas e regionalizadas aos serviços de saúde e procuram oferecer e garantir uma estrutura mais adequada, além de uma assistência universal e integral e a redução de custos por otimizar a utilização dos recursos (SILVA, 2011).

Foram estabelecidas 17 RRAS no estado de São Paulo, homologadas pela Deliberação CIB nº 36/2011 (SÃO PAULO, 2011b). São Carlos pertence à RRAS 13, que se constitui por 90 municípios, dispostos em 12 Regiões de Saúde, abrangidas pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS): II de Barretos, III de Araraquara, VIII de Franca e XIII de Ribeirão Preto. Cada RRAS compõe um Comitê Gestor de Rede (CGRede), que corresponde a uma instância deliberativa de cogestão regional; o CGRede é composto por

representantes dos gestores municipais de saúde dos respectivos municípios e também por representantes do gestor estadual (SÃO PAULO, 2011b).

As RRAS são formadas por Redes Temáticas que visam integrar os serviços de saúde em suas complexidades e proporcionar a integralidade do cuidado prestado; dentre elas está a rede regional materno-infantil (SÃO PAULO, 2011b). O CGRede da RRAS13 elaborou a Rede de Atenção à Saúde da Gestante e da Criança, de acordo com a Portaria nº1459 que instituiu a Rede Cegonha no SUS. Nesta RRAS, tal rede foi designada como "Rede de Atenção Materno-Infantil", que visa à oferta de cuidados que garantam às mulheres o direito reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2011b).

Na iniciativa da rede temática materno-infantil está a estratégia da Rede Cegonha. Esta se propõe a melhorar a qualidade do acesso e oferecer um cuidado ao nascimento na rede pública de saúde, fundamentada nas seguintes diretrizes: realizar teste rápido de gravidez nas unidades de saúde; garantir seis consultas mínimas de pré-natal, incluir exames clínicos e laboratoriais como sífilis e vírus da imunodeficiência humana (HIV); disponibilizar leitos e vincular a gestante a uma maternidade ou hospital público, com oferecimento de vale transporte ou vale táxi conforme a necessidade, ao local no dia do parto; proporcionar aos profissionais de saúde uma qualificação para garantir um cuidado humanizado; criar centros de gestantes e bebês para assistência de alto risco, além da criação de casas de parto normal para incentivo ao parto natural e humanizado (CARNEIRO, 2013).

O aleitamento materno também aparece como outro tema apoiado e incentivado pela Rede Cegonha. Assim como a disponibilização do Serviço de atendimento móvel de urgência, SAMU-Cegonha, ao recém-nascido que vier a necessitar de transporte de emergência e o trabalho nas escolas, através de um programa de educação sobre direitos sexuais e reprodutivos e temáticas de esclarecimento sobre gravidez na adolescência (CARNEIRO, 2013).

A Rede Cegonha tem também a finalidade de propiciar uma visão diferenciada dos profissionais de saúde para os beneficiários do Programa de Bolsa Família (PBF) (BRASIL, 2013a). Isto porque, possibilita a qualificação das ações da APS, voltadas à promoção de hábitos alimentares saudáveis e

estimula o mapeamento de vulnerabilidades em saúde de gestantes, nutrizes e crianças com até dois anos de idade que recebem o benefício do PBF, através do acompanhamento de pré-natal e atenção integral à saúde da criança, promovendo o AM (BRASIL, 2013a).

O PBF é um programa federal de transferência direta de renda a famílias de baixa renda que visa promover o acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza (BRASIL, 2013a). Consiste em atribuir auxílio financeiro às famílias que atenderem a condicionalidades na saúde, educação e assistência social (BRASIL, 2013a).

Em virtude disto, o Ministério da Saúde (2013a) estima que o investimento em ações de promoção voltadas a prática do AM e de promoção de alimentação complementar saudável seja capaz de diminuir em até 13% e 6%, respectivamente, os índices de ocorrência de óbitos em crianças menores de cinco anos em todo o mundo (BRASIL, 2013b). Sendo a Rede Cegonha, uma das estratégias governamentais potencializadoras no desenvolvimento de ações relacionadas à promoção da amamentação.

### **2.3 Estratégias governamentais para a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o aleitamento materno exclusivo (AME) deve ocorrer até o sexto mês de vida e a manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais (WHO, 1991; WHO, 2007). No entanto, tal preceito não é atingido em muitas localidades brasileiras, conforme evidenciaram os resultados da II Pesquisa de Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal realizada em 2008, que considerou baixa a prevalência do AME entre as crianças menores de seis meses de idade e baixa duração do aleitamento materno total. Além disso, notou-se a introdução precoce de alimentos e hábitos alimentares não saudáveis na idade de 6 a 12 meses (BRASIL, 2009b).

O aleitamento materno, conforme preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) disposto na lei nº 8.069/90 deve ser assegurado em condições adequadas pelo poder público e pelas instituições brasileiras (BRASIL, 1990c). Este compromisso com o bem estar infantil não é

apenas responsabilidade da família, mas também do Estado e da sociedade (BRASIL, 2004). Portanto, o AM configura-se como uma das preocupações e ações relevantes do Ministério da Saúde, que tem o intuito de promover programas e atenção de qualidade para o desenvolvimento infantil (BRASIL, 2004).

Em se tratando do desenvolvimento da criança, uma alimentação saudável é primordial e o AM é o início para que isso ocorra (BRASIL, 2004). Dentre os benefícios do leite materno estão os nutricionais e os imunológicos (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010). Giugliani (1994) traz também que as vantagens do AM não são apenas para o bebê, mas sim para a mãe que vivencia esse processo. Para a mãe, a amamentação pode acelerar a involução uterina no puerpério, diminuir a incidência de cânceres, favorecer a anticoncepção; o leite materno é também mais prático para as mães, pois não necessita de preparo (GIUGLIANI, 1994).

No entanto, amamentar transcende a concepção de nutrir, pois também envolve a interação entre mãe e filho (BRASIL, 2009a), o que desperta o vínculo da mãe com o bebê e a maior realização da mulher em sentir-se mãe (GIUGLIANI, 1994). A prática de amamentar, então, pode ser considerada como um ato de carinho e proteção à criança, que contribuiu para o desenvolvimento emocional e o fortalecimento da relação da mãe com a criança (GIUGLIANI, 1994). O AM configura-se como estratégia natural de proteção, afeto, vínculo, e também de nutrição para a criança, que de maneira eficaz e econômica intervém na redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009a).

Em vista de tudo isto, ações mundiais e nacionais tem sido constantemente elaboradas para difundir os benefícios do AM, a fim de apoiá-lo e estimulá-lo.

Em 1979, em Genebra, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em conjunto com outros países interessados na alimentação infantil, propuseram políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao AM e apontaram que tais propostas deveriam ser priorizadas pelos governos em suas ações de saúde (CARVALHO, 2005). Nesta reunião, foram estabelecidas as definições de:

- *Promoção*: ato de criar valores e comportamentos culturais favoráveis à amamentação.
- *Proteção*: estabelecimento e cumprimento de um conjunto de leis que assegurem às mulheres o exercício do seu direito de amamentar.
- *Apoio*: fornecimento de orientação correta e prática em momentos oportunos, com suporte emocional e respeito aos valores culturais e ao conhecimento da mulher.

As ações voltadas para a promoção, proteção e apoio à prática do AM no Brasil, até cerca da década de 80, não ocorriam de maneira coordenada, nem havia um programa ou instância responsável pelo planejamento e organização de atividades, visto que estas se sucediam de maneira isolada (SILVA, 1990). Então durante os anos 80, as ações ligadas à amamentação foram marcadas pelo desenvolvimento de componentes de proteção legal ao AM, com base na concepção da amamentação como um direito (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010).

Em 1981, o conselho executivo da OMS recomendou à 34ª Assembleia Mundial de Saúde, o texto de uma Resolução que adotaria o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Este tinha como objetivo contribuir para a garantia da alimentação segura e adequada para a criança através da proteção e promoção do AM e do uso e comercialização apropriados de substitutos do leite materno quando necessários (OMS, 1981).

Nesse mesmo ano, surge a preocupação em se definir uma política pública voltada para a amamentação e, assim, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi implantado pelo Ministério da Saúde (REA, 2003). O PNIAM se propôs a promover o aumento da prevalência e da duração do AM, pelo menos, até quatro a seis meses de vida (SILVA, 1990). Contudo, o PNIAM acabou por valorizar a amamentação apenas sob a ótica natural e instintiva relativa ao binômio mãe-bebê (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Em virtude da necessidade de políticas voltadas à amamentação, estratégias de políticas públicas de saúde foram criadas para a promoção, proteção e apoio à prática do AM que possibilitam a promoção do cuidado da

saúde da criança e da mulher e a redução dos índices de morbimortalidade infantil. Algumas dessas estratégias estão apresentadas a seguir:

A estratégia do alojamento conjunto, publicada anteriormente pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1983, teve suas normas básicas aprovadas pela portaria de MS/GM N° 1016, de 26 de agosto de 1993, a qual determinou a implantação do alojamento conjunto em hospitais e maternidades ligadas ao SUS. Neste sistema hospitalar, o recém-nascido saudável deve permanecer junto à mãe 24 horas por dia, logo após seu nascimento, privilegiando a assistência e as orientações ao binômio mãe-bebê. Além disso, traz vantagens como estímulo ao AM, fortalecimento do vínculo da mãe e do bebê e conseqüentemente com a família, além de diminuir o risco de infecção hospitalar e desativar berçário para bebês sem necessidade de cuidados intensivos (BRASIL, 1993a).

A Semana Mundial da Amamentação (SMAM) ocorreu pela primeira vez em agosto de 1992, em mais de 150 países. Em 1998, coordenada pela Aliança Mundial de Ação Pró-aleitamento (WABA <sup>1</sup>), a Semana ocorreu no Brasil e em 1999, o Ministério da Saúde responsabilizou-se pela organização da mesma. A partir de então, a SMAM é comemorada anualmente com crescente mobilização, no mês de agosto, com apoio das secretarias de saúde estaduais e municipais e parcerias de instâncias ligadas ao apoio ao AM (FABBRO; MONTRONE; ARANTES, 2013; BRASIL, 2012b).

O Projeto Carteiro Amigo nasceu em 1996 no Ceará e foi incorporado na região Nordeste como um todo. Tratou-se de uma parceria entre os serviços de saúde e a empresa de correios e telégrafos (ECT) no intuito de valorizar o AM em suas vantagens, conseqüentemente incentivar o AME e reduzir os índices de desnutrição e morbimortalidade infantil (ARAÚJO et al., 2003). Os carteiros distribuíam informativos na forma de folder, que foi elaborado pelo Ministério da Saúde e traziam os dez passos para o sucesso do AM. Eles entregavam em domicílios, orientando gestantes e mulheres em lactação (ARAÚJO et al., 2003).

---

<sup>1</sup> WABA é uma rede mundial composta por pessoas, instituições e redes que atuam em prol da amamentação. Sua principal ação é a Semana Mundial da Amamentação. (<http://www.waba.org.my/news/portstrut.htm>).

A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactente (NBCAL) passa a ser denominada desta maneira, a partir da portaria n°. 1449/MS de 25 de agosto de 2005. Esta, como já citada anteriormente, foi lançada nos anos 80 e com esta portaria de 2005, instituiu um grupo técnico, formado por órgãos responsáveis pelo cuidado em saúde, dentre eles a Secretaria de Atenção à Saúde, o UNICEF e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O grupo técnico tem com objetivo fiscalizar a publicidade e o marketing de alimentos industrializados para lactentes e outros produtos como bicos, mamadeiras e chupetas. A finalidade desta norma é evitar que esses produtos interfiram na adesão e na prevalência da prática do AM (BRASIL, 2005; FABBRO; MONTRONE; ARANTES, 2013).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi criada no ano de 1990, pelo UNICEF e pela OMS. Surgiu em virtude da Declaração de Innocenti<sup>2</sup> e conta atualmente com cerca de 20 mil hospitais credenciados em torno de 156 países pelo mundo. A IHAC consta na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, a qual foi instituída em 2002 pela OMS e UNICEF. O objetivo dessa estratégia é apoiar a amamentação exclusiva até os seis meses de vida e a amamentação com alimentação complementar por dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2011c).

A IHAC apresenta critérios que incentivam a adesão ao processo de amamentar que dispostos nos “Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno”:

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde.
2. Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos.
6. Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade. (BRASIL, 2011c, p. 4)

---

<sup>2</sup> A Declaração de Innocenti, de 1990, estabeleceu metas com a finalidade de resgatar o direito da mulher realizar a prática do aleitamento materno com sucesso (BRASIL, 1990d).

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal que tem o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado, por meio do contato pele a pele entre mãe e bebê prematuro. Segundo a portaria GM/MS nº. 1683 de 12 de julho de 2007, foram estabelecidas três etapas que consistem em integrar os princípios de atenção humanizada; reduzir o tempo de separação do binômio mãe-bebê e favorecer o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2011d).

A portaria nº 322, de 26 de maio de 1988 aprovou as normas gerais para a regulamentação e funcionamento dos bancos de leite humano (BLH) no país (BRASIL, 1993b). Em 05 de setembro de 2006, os BLH brasileiros teve um novo regulamento aprovado disposto na Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006). Os BLH são centros responsáveis pela promoção do aleitamento materno e pela coleta, processamento, controle de qualidade do colostro, leite de transição e maduro para distribuí-los conforme prescrição e orientação médica ou de um nutricionista. Os bancos de leite devem ser obrigatoriamente vinculados a maternidades e/ou hospitais de atendimentos infantis (BRASIL, 1993b).

A iniciativa unidade básica amiga da amamentação (IUBAAM) foi lançada em 1999, pela secretaria estadual de saúde do Rio de Janeiro, com o intuito de instrumentalizar e incentivar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nos serviços de saúde voltados para o cuidado infantil. O intuito da IUBAAM foi mobilizar as unidades básicas de saúde a fim de que se adotassem os “Dez passos para o sucesso da amamentação” (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005). A IUBAAM ofereceu suporte para as unidades básicas de saúde, juntamente com os hospitais, a fim de tornar a amamentação uma prática universal e melhorar a saúde de mães, bebês e famílias em processo de aleitamento materno (ARANTES; MONTRONE; MILIONI, 2008).

A Rede Amamenta Brasil também é uma ação voltada para a promoção, proteção e apoio ao AM, que se propôs a elevar as taxas de amamentação no Brasil, através da troca de informações entre os profissionais e instituições de saúde. Dentre os atores participantes dessa estratégia estão os profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (UBS), articulados com as secretarias municipais e estaduais de saúde, com o governo federal e a

sociedade. Valoriza-se nessa ação o trabalho interdisciplinar nas UBS, o desenvolvimento da educação permanente, de modo a respeitar as especificidades e características tanto dos profissionais quanto dos locais em que estão inseridos (BRASIL, 2011e).

A Rede Cegonha foi instituída por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Esta consiste em uma rede de cuidados à mulher e à criança, a qual deve prover o fluxo contínuo de atendimento à saúde materna e infantil através da articulação entre as instituições de saúde (BRASIL, 2011b). Tem como objetivo implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, ou seja, ressaltar o planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, além de garantir à criança, o direito ao nascimento seguro e também ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b). A organização da rede é também prioridade, no intuito de que sejam reduzidos os índices de mortalidade materna e infantil e garantidos o acesso aos serviços, o acolhimento e a resolutividade das necessidades apresentadas (BRASIL, 2011b).

A Rede Amamenta e Alimenta Brasil é a ação mais atual, que consiste na estratégia nacional para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no SUS. Esta disposta na portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013b). A finalidade desta rede é contribuir para redução de práticas que desestimulam o AM e alimentação complementar saudável; para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis desde o período da infância, com consumo de frutas, verduras e legumes; para aumentar a prevalência do AME de crianças até o sexto mês de vida e a continuidade do AM até os dois anos de idade; para diminuir os índices de introdução precoce de alimentos; para diminuição da escolha de alimentos não saudáveis e/ou não recomendados a serem ofertados para crianças menores de dois anos de idade e contribuir para a adequação do perfil nutricional das crianças, com consequente redução de deficiências nutricionais, crianças com baixo ou excesso de peso (BRASIL, 2013b).

O Programa nacional de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) consiste em outra estratégia nacional, garantida pela portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Tem como o objetivo ampliar o

acesso e melhorar a qualidade da APS em AM no âmbito nacional, regional e local, de modo que haja transparência e eficácia nas ações do governo voltados para a APS (BRASIL, 2011f).

A portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, aprova e atualiza a Política nacional de alimentação e nutrição (PNAN). É determinado que as instituições e entidades do Ministério da Saúde elaborem e promovam programas, planos, ações e projetos voltados para a temática da política. A política nacional de atenção básica junto à política nacional de promoção à saúde somam-se às diretrizes e princípios da PNAN na intenção de estabelecer a saúde e a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2011g).

### 3. *Percurso Metodológico*

---

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório que buscou conhecer as ações de cuidado em aleitamento materno desenvolvidas nas unidades de saúde da família. Por meio de relatos dos profissionais responsáveis pela gestão do cuidado na saúde da família, procurou apreender a implementação das estratégias voltadas para à prática do aleitamento materno e as responsabilidades referentes à gestão para a execução dessas ações.

A escolha pela abordagem qualitativa se deu pelo fato de tal metodologia buscar o significado que um fenômeno representa para os indivíduos (TURATO, 2005). Esta pesquisa teve como objeto de estudo o cuidado em aleitamento materno, isto é, a prática da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais que compõem a equipe gestora.

Uma pesquisa de cunho qualitativo estuda o que é subjetivo e os dados obtidos estão repletos de características peculiares e com variadas descrições de fatos. Portanto, buscou-se sua interpretação e não apenas relatá-los (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004). Chizzotti (2006) afirma que na pesquisa qualitativa, o pesquisador busca por fundamentos que analisem e interpretem os significados de fatos vivenciados pelos indivíduos.

Essa pesquisa foi inspirada na Investigação Narrativa. Conforme Driessnack, Sousa e Mendes (2007), neste tipo de abordagem metodológica, o foco é o conteúdo das narrativas, de modo que se prioriza o que foi dito e a ênfase que foi dada aos fatos relatados. Os sujeitos são convidados a participar do estudo e diante de seu aceite, a pesquisa é realizada. (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

As narrativas podem ser avaliadas conforme seu conteúdo ou estrutura. Na análise feita a partir do conteúdo, o pesquisador se volta para o que foi dito; na análise de estrutura, o pesquisador avalia o modo como a história foi relatada, ou seja, o que o sujeito priorizou, enfatizou, procurando

entender o porquê a história foi contada daquela maneira (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

Compreendemos que para apreender os conceitos referentes ao cuidado em aleitamento materno, os dados a serem obtidos deveriam emergir do conteúdo das narrativas, independentemente de como a história foi relatada.

### **3.2 Local de estudo**

O município de São Carlos está localizado no centro geográfico do estado de São Paulo e seus municípios vizinhos são Ibaté, Itirapina, Rincão, Santa Lúcia, Analândia, Luís Antônio, Araraquara, Descalvado, Brotas, Américo Brasiliense e Ribeirão Bonito (SÃO CARLOS, 2013a). O PIB per capita da cidade é de 16.441 reais conforme dados do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) de 2007 (SÃO CARLOS, 2013a).

Segundo dados do IBGE de 2010, São Carlos possui uma população 221.936 habitantes, sendo 108.875 homens e 113.061 mulheres. Além disso, são 213.070 habitantes na área urbana e 8.866 na área rural (SÃO CARLOS, 2013a). O município conta com dois distritos: Água Vermelha, com cerca de 3296 habitantes e Santa Eudóxia, com 3034 habitantes (SÃO CARLOS, 2013a).

Com relação aos serviços de saúde, São Carlos possui três prontos-socorros, um hospital escola, catorze unidades básicas de saúde, e duas unidades de pronto atendimento (SÃO CARLOS, 2013a). O município conta com a estratégia de saúde da família que atende em torno de 39.768 habitantes e atualmente, a estratégia dispõe de dezesseis unidades de saúde da família (SÃO CARLOS, 2013a).

Muitas das estratégias relacionadas ao aleitamento materno estão ou já estiveram presentes no município, além de ações localizadas também. A IUBAAM foi uma iniciativa proposta em 2003 pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde na época, que seria implantada nas unidades básicas de saúde, devido aos baixos índices de prevalência do AM e a deficiência de serviços voltados à promoção, proteção e apoio a amamentação (ARANTES; MONTRONE; MILIONI, 2008). Apesar de várias capacitações e outros

investimentos realizados, tal iniciativa não conseguiu ser implantada efetivamente nas unidades de saúde.

A Semana do Aleitamento Materno é uma estratégia vigente que ocorre no município, em que as unidades de saúde se organizam e estabelecem atividades de diversas temáticas e que envolve a participação de toda a equipe de saúde. Cada equipe é orientada pelo Departamento de Gestão e Cuidado Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde e se organiza de maneira a envolver e incluir as necessidades da comunidade em que se inserem (SÃO CARLOS, 2013a).

A Semana do Bebê também ocorre, a partir do Programa da Primeiríssima Infância e propõe abordar temas voltados a responsabilidade do cuidado com as crianças. Proporciona a ampliação de conhecimentos que qualificam a atividade profissional, de modo a visar à atenção de cuidado integral (SÃO CARLOS, 2013b).

O Programa Primeiríssima Infância: responsabilidade de todos iniciou-se no ano de 2010 e já capacitou mais de 300 profissionais, os quais se tornaram agentes multiplicadores em suas equipes de saúde. Realizaram-se muitas capacitações nos Programas de Formação de Educadores, Desenvolvimento Integral da Criança de 0 a 3 anos, Implantação de Grupos de Famílias Grávidas e Gestantes Adolescentes, Família de Crianças de 0 a 3 anos, Implantação de Espaços Lúdicos, Clínica Ampliada no Pré-natal, Clínica Ampliada no Puerpério, Parto humanizado, Grupos de Reflexão e Vivência e outras (SÃO CARLOS, 2013b).

Foi estabelecida parceria entre o Programa Primeiríssima Infância com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e a instituição Obras Sociais da Associação Espírita Francisco Thiesen. Esta fundação desenvolve diversas atividades e projetos de incentivo à gestantes e crianças até os seis anos de idade, através de capacitações dos profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social que trabalham com a primeira infância (SÃO PAULO, 2013).

A Rede Cegonha já esteve em pauta em alguns momentos na cidade. Atualmente, recebeu destaque na abertura da VI Conferência Municipal de Saúde, que teve como tema central o tema “Tecendo a Rede no Município de São Carlos – Fortalecendo o SUS”. Esta ocorreu entre os dias 19 e 21 de setembro de 2013. Na ocasião, a diretora da DRS III de Araraquara explanou sobre o fortalecimento das RRAS em São Carlos e como consequência a efetivação da Rede Cegonha (SÃO CARLOS, 2013c).

### **3.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos do presente estudo foram enfermeiros, médicos e dentistas, que são os profissionais que integram a equipe que desenvolve a gestão e coloca em execução as ações e estratégias das políticas públicas do município nas unidades de saúde da família de São Carlos. A cidade possui 16 equipes de saúde da família.

Todas as equipes foram convidadas a participar da pesquisa. Os profissionais das equipes foram abordados mediante contato telefônico prévio, para o qual se seguiu sequência aleatória na relação das unidades existentes.

Neste estudo, houve a participação de 27 profissionais de 12 equipes de saúde da família. A determinação deste número de sujeitos foi fundamentada no critério de saturação das informações obtidas nas entrevistas. Conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008) a saturação consiste em uma ferramenta conceitual utilizada em pesquisas qualitativas da área da saúde para determinar a quantidade de sujeitos que compõe o estudo. Portanto, diante do material obtido, o pesquisador entende não haver mais contribuição significativa para a reflexão teórica, tornando novas entrevistas em dados redundantes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Foram incluídos como participantes da pesquisa, os profissionais enfermeiros, médicos e dentistas que se encontravam no exercício de sua função em unidade de saúde da família do município de São Carlos. A entrevista ocorreu mediante a presença de pelo menos 2 (dois) profissionais da equipe gestora da Unidade.

Foram excluídos os profissionais que não aceitaram participar de pesquisa. Por se optar pela pesquisa em grupo, a entrevista não foi realizada mediante a possibilidade de participação de apenas um profissional.

### **3.4 Aspectos éticos**

Esse estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos previamente à coleta de dados. Obteve o Parecer 170.970, tendo sido aprovado em 12 de dezembro de 2013 (ANEXO 1) e o parecer do Departamento de Gestão do cuidado Ambulatorial do município de São Carlos (ANEXO 2). Respeitou os termos contidos na Resolução 466/2012 referente à participação de seres humanos em pesquisas dessa natureza.

Na aproximação com os sujeitos, foram esclarecidos os objetivos do estudo e anteriormente à entrevista, procedeu-se com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo uma via entregue ao sujeito e uma via ficou em arquivo da pesquisadora.

### **3.5 Etapas do trabalho de campo**

#### **1ª Etapa: Aproximação**

Foram realizados os primeiros contatos com a equipe gestora das unidades de saúde da família, via contato telefônico, com o intuito de apresentar a proposta do trabalho e estabelecer um vínculo de aproximação.

#### **2ª Etapa: Coleta de dados**

Para a coleta de dados, a estratégia adotada foi a entrevista em grupo com a utilização de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE 1), que facilitou a trajetória do diálogo.

A entrevista é um tipo de abordagem que possibilita através da observação entrar em contato direto com os entrevistados e o que emerge de suas falas, como sentimentos, finalidades e pensamentos, ou seja, dados subjetivos e deles apreender as informações necessárias para a pesquisa. Com isto, é possível que o pesquisador crie um vínculo com o entrevistado e compreenda os fatos sob sua ótica (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A entrevista em grupo ou coletiva, como é denominada por Chizzotti (2000), possibilita a observação das semelhanças e diferenças de opiniões e experiências dos sujeitos participantes.

Trata-se de coleta de dados formal que utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento. Este tipo de entrevista é utilizada quando existem tópicos a serem levantados e investigados (POLIT, 2004). Para isto, o pesquisador faz uso de um guia com os tópicos ou questões estipuladas para que se possa garantir a abrangência de todos os temas a serem pesquisados (POLIT, 2004). Faz-se necessário que o entrevistador encoraje e permita que os sujeitos se expressem livremente até que seja atingido o objeto do estudo (POLIT, 2004).

As 12 entrevistas ocorreram em grupo, contando, portanto com a participação de 2 a 3 participantes em cada uma delas. As entrevistas foram realizadas no período de março a junho de 2013. A duração média de cada entrevista foi de 45 minutos, sendo a mais longa em 1 hora e onze minutos e a de menor duração de 27 minutos. As características dos participantes estão apresentadas no capítulo seguinte.

O local de realização das entrevistas foi a unidade de saúde da família, dos entrevistados, que em sua grande maioria, indicaram o dia de reunião de equipe como sendo o melhor momento para a realização da entrevista.

De forma geral, as entrevistas ocorreram de forma amigável e satisfatória, respeitando a situação e o momento de cada equipe. Ocorreram interrupções em algumas entrevistas, devido à necessidade dos demais profissionais da equipe em contatar a equipe gestora para esclarecimento de dúvidas sobre atendimentos ocorridos no momento da entrevista, no entanto, nenhuma entrevista teve que ser refeita.

### **3.6 Análise dos dados**

Para a realização da análise dos dados foi utilizado o *software* “Análise Lexical por Contexto por um Conjunto de Segmentos de Textos”

(ALCESTE versão 4.10<sup>3</sup>). Este *software* foi criado por Max Reinert, em 1979 na França, no Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica (CNRS) com apoio da Agência Nacional Francesa de Valorização à Pesquisa (ANVAR) (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Gomes e Oliveira (2005) demonstraram em seu estudo que o ALCESTE trabalha em seu idioma original francês, porém possui dicionários em outros idiomas no sistema, o que possibilita a utilização de materiais na língua portuguesa. É possível analisar materiais de diversas espécies, como textos literários, jornalísticos, entrevistas, artigos científicos, entre outros (POMBO-DE-BARROS, 2011). É um método exploratório, que a princípio dispensa o pré-estabelecimento de categorias, pois fornece uma visão geral sobre um conteúdo, cuja análise manual demandaria um longo tempo (POMBO-DE-BARROS, 2011).

Este programa foi identificado por Vitoria Regis (2011) como um recurso que identifica a informação básica de um texto através de análise estatística. Utiliza a classificação hierárquica e permite também análise lexicográfica do material (VITORIA REGIS, 2011).

A técnica consiste em estabelecer uma ou várias palavras-chave, que podem ser substantivos, adjetivos ou verbos ou até mesmo uma única palavra em diversas categorias, escolhidas de acordo com o objetivo da pesquisa. As palavras-chave são denominadas unidades de análise. Deste modo, o programa segue a análise do material, identificando tais palavras e suas relações, associações e oposições no texto (VITORIA REGIS, 2011).

Ogata, Machado e Catoia, (2009) identificaram que o *software* possibilita uma análise quantitativa de dados em um texto que contenha no mínimo 70 mil caracteres. O texto necessita estar disposto em um arquivo único denominado corpus de análise, em que o ALCESTE analisa a distribuição lexical, ou seja, o conjunto de palavras e delimita as classes semânticas que correspondem ao significado das palavras, de acordo com a

---

<sup>3</sup> As informações sobre o *software* ALCESTE estão disponíveis no site <http://www.alcestesoftware.com.br/>.

sua frequência de ocorrência e coocorrência no texto (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

Cada texto que compõe o *corpus* é denominado unidades de contexto inicial (UCI), que são divisões naturais realizadas pelo *software* e a partir delas a fragmentação de análise é realizada (NASCIMENTO; MEANDRO, 2006). O *corpus* deve ser padronizado e formatado, conforme normas do próprio programa, o que o torna homogêneo (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

A padronização do *corpus* ocorre para que o *software* possa identificar os vocábulos. Deste modo, o conteúdo do texto é colocado em letras minúsculas e as palavras compostas recebem o *underline* para que o programa entenda a palavra como única e de mesmo significado (POMBO-DE-BARROS, 2011).

Assim, o programa estabelece um agrupamento das raízes semânticas, define em classes, de modo a considerar a função da palavra em cada trecho do *corpus*. Com isto, é possível quantificar e entender a delimitação das classes, já que estas são estabelecidas conforme sua ocorrência e coocorrência das palavras e função textual (MIRANDA et al., 2009).

O ALCESTE utiliza para realização das análises, o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) de conteúdo textual, sendo a palavra, a unidade avaliada em seus contextos de ocorrência (GOMES; OLIVEIRA, 2005; VITORIA REGIS, 2011).

Portanto, conforme trazem Camargo (2005), Nascimento e Meandro (2006) e Vitoria Regis (2011), a análise do programa é estabelecida em quatro fases de operação (A, B, C, e D) que são divididas em cinco etapas, repetidas a cada operação. As etapas estão dispostas da seguinte maneira:

1. Identificação das unidades de contexto

Nessa etapa, há a preparação do *corpus* para reconhecimento das UCI. A partir disso, o texto é fragmentado e agrupado conforme as ocorrências das palavras de acordo com suas raízes e prossegue com o cálculo de frequência em suas formas reduzidas.

As UCI indicam o início de uma estrutura de texto e são identificadas pelas chamadas linhas estreladas, podendo ser entrevistas com diferentes sujeitos em um mesmo corpus. Este estudo dispõe de um corpus com 12 entrevistas, ou seja, com 12 UCI.

Para a identificação de cada UCI, o *software* utiliza as linhas estreladas. Essas linhas contêm dados sobre a caracterização dos sujeitos entrevistados, com variáveis definidas pelo pesquisador. Nesta pesquisa as variáveis referentes à caracterização foram: idade, sexo, tempo de formação profissional, tempo de trabalho em estratégia saúde da família e tempo de trabalho na estratégia saúde da família em São Carlos.

Vitoria Regis (2011) demonstra em seu estudo que as variáveis devem ser identificadas a partir de palavras abreviadas e cada uma delas deve-se atribuir um código numérico seguido de asteriscos (VITORIA REGIS, 2011). O quadro 1 apresenta as variáveis, elaboradas pela pesquisadora, com seus respectivos códigos e classificações. Segue exemplo da caracterização da linha estrelada:

```
**** *eq_01 *ida_01 *ida_02 *sex_01 *for_04 *tesf_01 *tesf_04 * tesc_01
*tesc_03
```

Quadro 1: variáveis utilizadas na linha estreladas, seus códigos e classificações

SUJEITOS ENTREVISTADOS: EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
1º entrevistado ao 12º entrevistado	eq_01 a eq_12
IDADE	
27-37	ida_01
38-47	ida_02
48-57	ida_03
SEXO	
Feminino	sex_01
Masculino	sex_02
TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
2 meses - 2 anos	for_01
3 anos - 5 anos	for_02
6 anos - 10 anos	for_03
11 anos - 20 anos	for_04
TEMPO DE TRABALHO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (TESF)	
1 mês – 2 anos	tesf_01
3 anos – 5 anos	tesf_02
6 anos- 10 anos	tesf_03
11 anos- 20 anos (máximo 16 anos)	tesf_04
TEMPO DE TRABALHO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO CARLOS (TESC)	
1 mês – 2,5 anos	tesc_01

3 anos – 5 anos	tesc_02
6 – 10 anos	tesc_03

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Neste momento, o *corpus* é fragmentado em segmentos chamados unidades de contexto elementares (UCE) que correspondem ao material escrito ou discursivo que posteriormente formarão as classes (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

## 2. Pesquisa das formas reduzidas de palavras plenas analisadas

Na segunda etapa, ocorre a fase A: Leitura do texto e Cálculo dos dicionários. Há a preparação do corpus para reconhecimento das UCI. A partir disso, o texto é fragmentado e agrupado conforme as ocorrências das palavras de acordo com suas raízes e prossegue com o cálculo de frequência em suas formas reduzidas. Segue as operações que são realizadas:

A1: Reformatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar UCE.

A2: Pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes (em suas formas reduzidas).

A3: Criação do dicionário de formas reduzidas.

Há a diferenciação também das palavras em instrumento e analisáveis. As palavras instrumento são artigos, conjunções, preposições que são fundamentais para a estrutura do texto, porém não são relevantes para a análise do conteúdo. As analisáveis são palavras essenciais para discussão do conteúdo, pois possuem significado (CAMARGO, 2005).

## 3. Definição dos quadros de dados associados

Na terceira etapa, ocorre a fase B: Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE. As UCE são selecionadas e classificadas conforme seus vocábulos e segmentadas de acordo com a frequência das formas reduzidas. As UCE e as formas reduzidas são cruzadas através do teste quiquadrado ( $\chi^2$  ou  $\text{khi}^2$ ), é aplicada a classificação hierárquica descendente (CHD) até a obtenção definitiva das classes. Portanto:

B1: Seleção das UCE a serem consideradas e cálculo das formas reduzidas X UCE.

B2: Cálculo das matrizes de dados para a CHD.

B3: Classificação Hierárquica Descendente.

A CHD possibilita que o *corpus* seja fragmentado em um número de grupos denominado classes. A primeira classe inclui todas as UCI selecionadas, em seguida, divide-se em duas classes maiores e assim, sucessivamente, até que se esgote o número de interações pedidas. As classes definem-se de modo a apresentar maior homogeneidade intraclasses e oposição interclasses (VITORIA REGIS, 2011).

O *software* seleciona as palavras com significância de acordo com o coeficiente de associação denominado quiquadrado, representado pelo  $x^2$  ou  $khi^2$ . O  $khi^2$  permite a caracterização dos núcleos significativos em gráficos, que se relacionam conforme os coeficientes de correlação ( $r$ ), o que possibilita relacionar as palavras (WROBEL; ZEFERINO; CARNEIRO, 2013). Assim, cada UCE selecionada é precedida pelo número de ordem no corpus e do  $khi^2$  de associação da classe, sendo o  $khi^2$  escolhido conforme a CHD (VITORIA REGIS, 2011).

#### 4. Pesquisa das classes de unidades de contexto

Na quarta etapa, a fase C é desenvolvida: Descrição das classes de UCE escolhidas. Fornece os principais resultados através de cálculos complementares, que permitem descrição de cada uma dessas classes por léxicos específicos e pelas variáveis. Isto significa que nessa fase os arquivos correspondem às classes escolhidas, a dependência entre elas, o vocabulário referente a cada classe, as palavras estreladas e as demais palavras; a partir desses arquivos o pesquisador segue com sua interpretação (VITORIA REGIS, 2011). As subfases configuram-se da seguinte maneira:

C1: Comparação de duas classificações e Definição das classes escolhidas.

C2: Descrição dos perfis das Classes.

C3: Análise Fatorial de Correspondência (representação das relações entre as classes num plano fatorial).

Na categorização das classes, os quadros de perfis composto por léxicos significativos e variáveis são reduzidos segundo os critérios recomendados por Camargo (2005). Entretanto, mantém apenas algumas palavras que se enquadram nesses critérios por serem indissociáveis à análise do conteúdo. Os critérios são: a) valores apontados pelo *software* após análise das informações, nos quais excluíram verbos, palavras de ligação e pronomes; b) palavras com frequência total menor que a frequência mínima; c) palavras com  $\chi^2$  menor que 2,0 e com índice de porcentagem inferior a 50% (CAMARGO, 2005).

O método da Análise Fatorial de Correspondência (AFC) corresponde ao cruzamento entre o vocabulário, considerado de acordo com a incidência das palavras e as classes, resultando em representação gráfica (NASCIMENTO; MEANDRO, 2006). A representação gráfica emerge da associação entre linhas e colunas de uma matriz de dados que deriva em decomposição fatorial da matriz de vocabulário, em linha e das classes resultantes da CDH, em coluna (VITORIA REGIS, 2011).

## 5. Descrição e fundamentos para interpretação das classes

A quinta etapa é composta pela fase D: Cálculos Complementares. A última fase se caracteriza como uma extensão da fase anterior; são calculadas e fornecidas as UCE, juntamente com a contextualização do vocabulário característico de cada classe. Há a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) a qual proporciona o conhecimento das relações entre os elementos intraclasses. Além disso, o tratamento de palavras repetidas e a exportação das mesmas para outros programas são permitidos. As quatro subfases são:

D1: Seleção das chaves de contexto e das UCE características de cada classe.

D2: Pesquisa de segmentos repetidos por classe.

D3: Classificação Hierárquica Ascendente.

D4: Seleção de palavras mais características das classes.

D5: Exportação para outros programas informáticos.

Portanto, as operações consideradas mais relevantes são aquelas que apresentam os resultados do corpus, ou seja, a C1, que produz as classes a partir da CHD, a C2 que descreve as classes, a D1 que seleciona das UCE características de cada classe e a D3 que realiza a CHA das palavras por classes (CAMARGO, 2005).

### **3.7 Descrição das classes pós-análise lexical do ALCESTE**

Para a realização da análise, o *corpus* foi preparado contendo as 12 entrevistas, excetuando as falas da pesquisadora. Foram realizadas duas análises anteriores até a obtenção da análise final.

O número de UCE geradas pelo *software* foi de 1485 unidades, com 5111 palavras distintas. Após redução dos vocabulários às suas raízes obtiveram-se 976 palavras.

A Figura 1 abaixo: Repartição das UCE em Classes (Répartition des u.c.e classées) demonstra a formação das classes apresentada no idioma original do software (francês). Está representada pelo gráfico em formato de 'pizza'. A fragmentação do *corpus* gerou três classes com as seguintes porcentagens: classe 1 com 32%; classe 2 com 25% e classe 3 com 43%. Nota-se que a classe 3 detém a maior parte das UCE analisadas, no entanto, as três classes apresentam-se em equilíbrio.

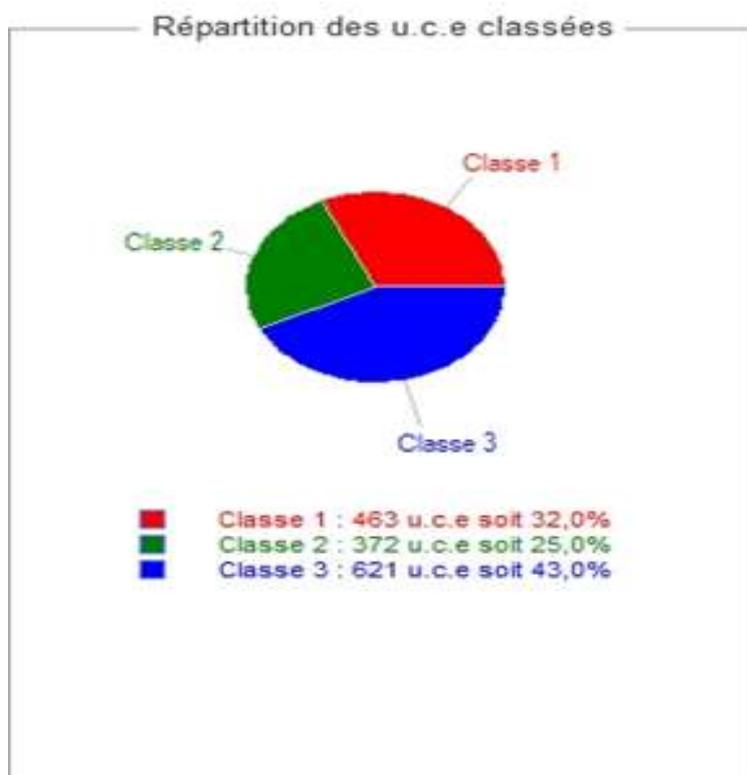


Figura 1. Repartição ou fragmentação das UCE em classes disposta em porcentagem (%)

**Fonte:** Imagem retirada do relatório detalhado gerado pelo ALCESTE pós-análise

A Figura 2 traz um gráfico em colunas em que relaciona o número de palavras analisadas (*mots analysés*) em plano vertical, por classe em plano horizontal. Evidencia-se que na classe 1 foram analisadas 136 palavras; na classe 2 foram 147 palavras e na classe 3 foram 143 palavras analisadas.

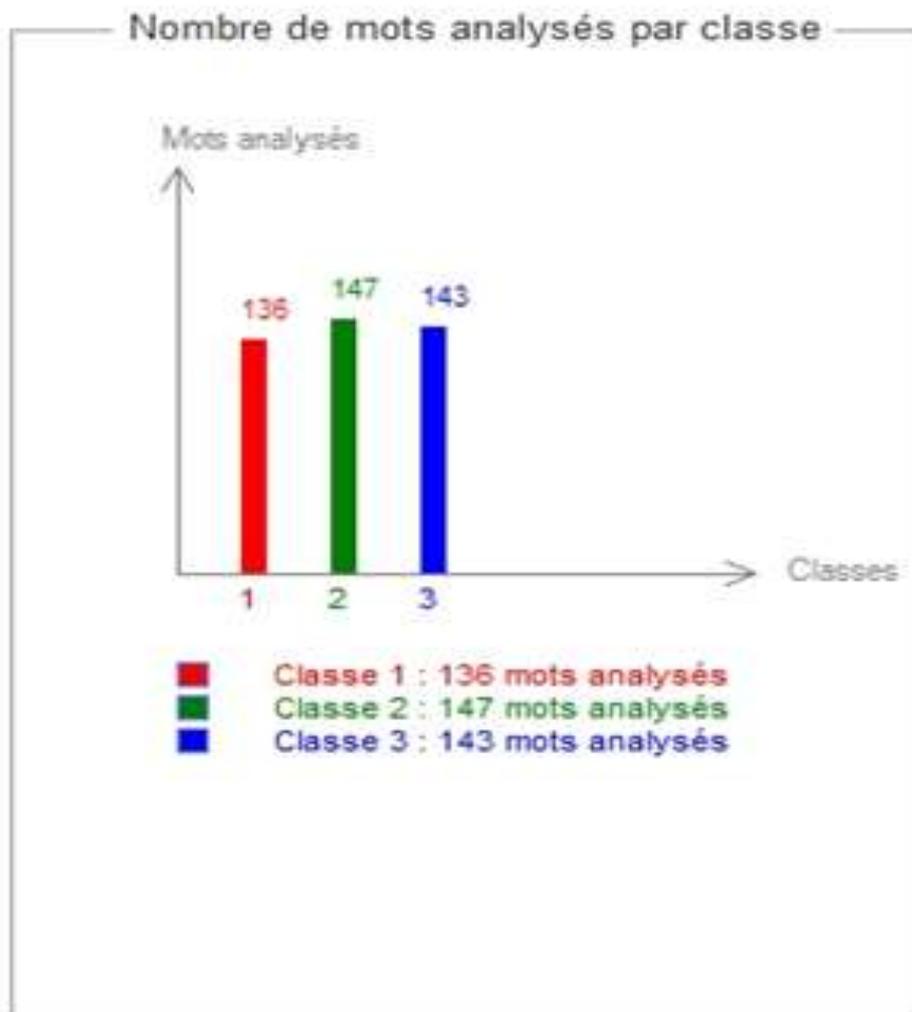


Figura 2: Gráfico em coluna com o número de palavras analisadas por classe

**Fonte:** Imagem retirada do relatório detalhado gerado pelo ALCESTE pós-análise do *corpus*

A partir da CHD pode-se verificar como as classes foram formadas. A Figura 3 é denominada: Síntese de tratamento. Ilustra o aproveitamento do *corpus* e a fragmentação em classes. O *corpus* teve um aproveitamento de 99%. Deste modo, surgiu a divisão em classes com as respectivas porcentagens representadas na Figura 1.

Pode-se observar que a partir do tema central, as classes foram primeiramente, divididas em dois blocos temáticos. O primeiro bloco temático (à esquerda) corresponde à classe 1 e o segundo bloco temático foi subdividido em duas classes (à direita): classe 2 e classe 3, todas com o respectivo

número de palavras analisadas conforme o  $\chi^2$  apresentado em ordem decrescente de frequência no texto.

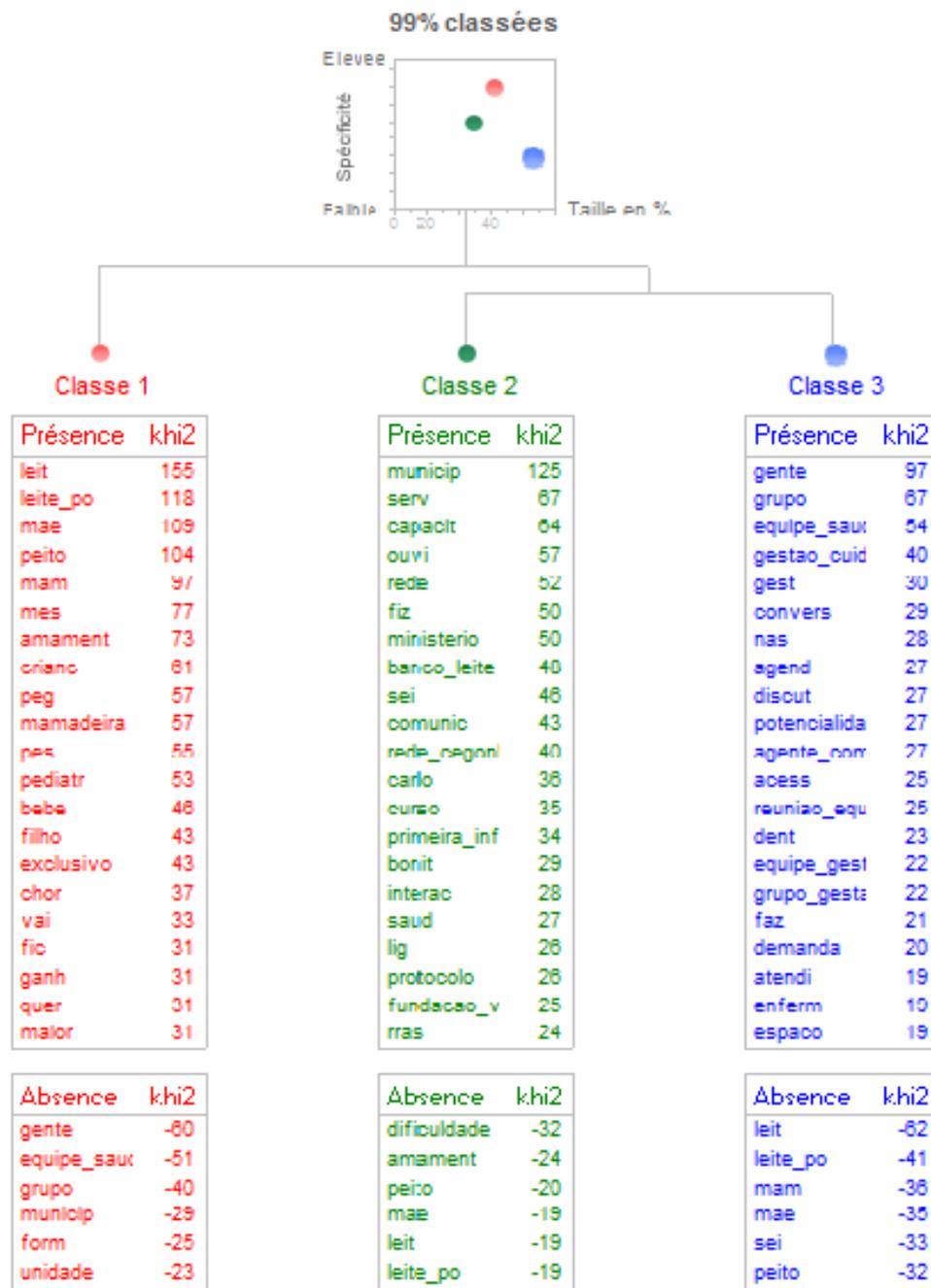


Figura 3: Síntese de tratamento (apresentação dos blocos temáticos)

**Fonte:** Imagem gerada pelo ALCESTE pós-análise do *corpus*

## 4. Resultados e Discussão

---

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização dos entrevistados

Algumas características dos profissionais (dentistas, enfermeiros e médicos) de saúde da família que participaram da pesquisa podem ser visualizadas no Quadro 2. As equipes estão representadas pela sigla EQ, seguida da numeração correspondente à ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Quadro 2: Caracterização dos profissionais de saúde da família entrevistados. São Carlos, 2013.

Equipes saúde da família	Número de sujeitos por equipe	Sexo	Categoria profissional	Idade	Tempo de Formação	Tempo de trabalho em ESF	Tempo de trabalho na ESF de São Carlos
EQ. 1	2	Feminino	Enfermeira	37 anos	11 anos	1 ano	1 ano
			Médica	47 anos	17 anos	11anos	8 anos
EQ. 2	3	Feminino	Dentista	34 anos	11 anos	7 anos	7 anos
			Enfermeira	31 anos	9 anos	9 anos	6 anos
		Masculino	Médico	38 anos	15 anos	15 anos	1ano e meio
EQ. 3	3	Feminino	Dentista	42 anos	19 anos	6 anos	6 anos
			Médica	57 anos	32 anos	13 anos	2 anos e meio
			Enfermeira	35 anos	10 anos	9 anos e meio	4 anos
EQ. 4	2	Feminino	Enfermeira	32 anos	10 anos	10 anos	6 anos
			Dentista	49 anos	25 anos	5 anos	5 anos
EQ. 5	2	Feminino	Dentista	39 anos	16 anos	10 anos	6 anos
			Enfermeira	30 anos	8 anos	8 anos	3 anos
EQ. 6	2	Feminino	Médica	48 anos	23 anos	10 anos	8 anos
			Dentista	48 anos	25 anos	3 anos e meio	3 anos e meio
EQ. 7	2	Feminino	Enfermeira	38 anos	14 anos	8 anos	8 anos
			Dentista	57 anos	34 anos	6 anos	6 anos
EQ. 8	2	Feminino	Enfermeira	38 anos	13 anos	9 anos e meio	9 anos e meio
			Dentista	55 anos	33 anos	5 anos	5 anos
EQ. 9	2	Masculino	Dentista	45 anos	23 anos	6 anos	6 anos
		Feminino	Enfermeira	42 anos	19 anos	16 anos	6 anos
EQ. 10	2	Feminino	Enfermeira	32 anos	9 anos	9 anos	9 anos
		Masculino	Dentista	45 anos	23 anos	1 ano	1 ano
EQ. 11	3	Feminino	Enfermeira	34 anos	8 anos	8 anos	2 anos
			Médica	27 anos	2 meses	1 mês e meio	1 mês e meio
		Masculino	Dentista	43 anos	21 anos	7 anos	7 anos
EQ. 12	2	Feminino	Dentista	51 anos	28 anos	5 anos	5 anos
			Médica	35 anos	10 anos	10 anos	5 anos

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram entrevistados 27 sujeitos membros de 12 equipes de saúde da família, majoritariamente do sexo feminino, correspondendo a 85% dos participantes do estudo. Cerca de 37% dos profissionais entrevistados são enfermeiros, aproximadamente 40% são dentistas e apenas 22% correspondem a médicos.

É possível observar que apenas em três unidades, a equipe gestora estava completa, com os três profissionais que a constitui. Nas demais unidades, as justificativas de ausência de um dos membros da equipe foram: um profissional de licença médica; um profissional em férias; três equipes não possuíam no momento um dos profissionais e em quatro equipes, os profissionais médicos se recusaram a participar da pesquisa.

As idades e os períodos de formação foram bem variáveis. Nesse grupo, havia indivíduos na faixa etária entre 27 a 57 anos de idade, com tempos de formação entre 2 meses e 34 anos. A faixa de tempo de trabalho na estratégia saúde da família variou de um mês e meio até 15 anos. Dos participantes, o indivíduo que se encontra nessa estratégia há mais tempo, corresponde a um período de 9 anos e meio e com menos tempo de trabalho na saúde da família do município está a 1 mês e meio.

#### **4.2 Apresentação das Classes**

Foram gerados dois blocos temáticos, que foram posteriormente separados em classes. Tanto os blocos temáticos como as classes não recebem denominações pelo ALCESTE, estes são interpretados e definidos pela pesquisadora. O primeiro bloco dispõe os “aspectos que dificultam o aleitamento materno” e compreende a primeira classe; o segundo bloco dispõe os “aspectos que potencializam o aleitamento materno”, decomposto em duas classes. O Quadro 3 demonstra a elaboração dos temas e classes.

Quadro 3: Formação de temas e classes pelo ALCESTE, interpretadas pela pesquisadora.

Temas	Classes	Interpretação
Aspectos que dificultam o aleitamento materno	1 – Determinantes do desmame precoce	Explicações apresentadas pelas equipes gestoras para o desmame precoce e as dificuldades enfrentadas nas unidades de saúde da família com relação ao manejo da amamentação.
Aspectos que potencializam o aleitamento materno	2 – Suporte e Redes de apoio ao aleitamento materno	Suportes e redes de apoio ao aleitamento materno identificados pelas equipes.
	3 – A gestão do cuidado em aleitamento materno	Gestão do cuidado em aleitamento materno e a importância do trabalho em equipe.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

#### 4.2.1 Aspectos que dificultam o aleitamento materno

##### Classe 1: Determinantes do desmame precoce

Nesta classe, apresentam-se os aspectos entendidos pelos profissionais da equipe gestora que dificultam a adesão das mulheres à prática de amamentar e a permanência em aleitamento materno no período recomendado pela OMS. Nos relatos, foram identificadas explicações que fundamentam índices de baixa prevalência do AM, que se caracterizam como situações que podem desestimular mães e famílias durante o processo de amamentação. Essas situações as quais denominamos de determinantes do desmame precoce são apresentadas e discutidas a seguir:

##### a) Introdução de mamadeiras e fórmulas infantis

Com relação à introdução de mamadeiras e fórmulas infantis, algumas equipes gestoras referenciaram que as mães, muitas vezes, entendem que o leite é fraco e a partir disso ou por recomendação de outro profissional ou até mesmo de membros da família julgam necessário o uso de mamadeira e de fórmulas infantis.

As equipes dizem que o fato de o bebê chorar torna a mãe bastante insegura e, muitas vezes, a leva a procurar meios alternativos que amenizem essa insatisfação que a criança demonstra e que diminuam a angústia que o

choro vem a causar na mãe. Apontam que se a criança se acalma, a mãe fica menos aflita e até se irrita menos, pois entende que a criança está mais saciada e vai conseguir dormir a noite.

*É criança que chora, não para de chorar [...] chora por vários motivos né. Mas aí... Não é falta de alimento só, mas aí: 'eu dou fórmula e ela fica mais quietinha'. Fica mais quietinha! 'Eu quero que durma a noite inteira, então eu dou fórmula antes de dormir a noite'... (EQ. 5)*

A mamadeira aparece na fala das equipes como um recurso facilitador da vida da mãe que possui mais filhos, pois entendem que não é necessariamente ela que precisa estar presente e disponível para alimentar o bebê. Logo, na percepção dos profissionais, diante da população que atendem e/ou situações que vivenciaram, a mamadeira se torna um recurso de praticidade que otimiza o tempo e que as mães tendem a preferi-la.

*Porque assim eu tenho 5 filhos, o que significa eu tirar 5 minutos pra amamentar? É muito mais fácil eu dar mamadeira, do que eu parar pra fazer isso. Qualquer um dá, não precisa ser eu né. (EQ. 10)*

*Ah, eu acho que é uma tendência né que está vindo né, porque as pessoas estão deixando mesmo, você vê nacionalmente as pessoas estão deixando muito né. Apesar de campanhas e coisas...é muito mais fácil colocar mamadeira e acabou! (EQ. 4)*

#### b) Influência da família

Este determinante está intimamente relacionado à questão da introdução de bicos e fórmulas infantis, pois nas falas dos entrevistados aparece que estímulos, recomendações e relatos de vivências de membros da família e/ou pessoas consideradas importantes no vínculo da mulher possibilitam que as mães reflitam sobre o que é e o que não é importante tomar como atitude com o seu bebê.

As avós dos bebês tem bastante destaque nessa situação, pois na visão das equipes elas tiveram experiências advindas de outras épocas e podem influenciar as mulheres em processo de amamentação.

As mães adolescentes são referenciadas como àquelas que necessitam de maior apoio e auxílio de suas mães e de pessoas da confiança delas.

Notam que essa influência varia de acordo com as vivências advindas de pessoas e as orientações fornecidas ocorrem conforme a obtenção ou não de êxito no AM destas pessoas que estão apoiando a mulher na prática de amamentar.

Portanto, relatam que se a família ou as pessoas do vínculo familiar tiveram vivências nas quais utilizaram quaisquer outros recursos na amamentação ou se amamentar, para elas, não foi uma vivência positiva é possível que haja pouco incentivo para o AM.

*Então era tanta insegurança e aí vêm os avós e 'não, dá o chazinho...não, dá o peito', 'não, peito não...o peito é de 3 em 3 horas', 'dá água, dá chá...'. Então, aquela falta de informação mesmo era uma coisa absurda entendeu. Falava 'não, eu vou entrar com mamadeira, porque pra engordar mais'. (EQ. 7)*

*Mas é isso assim, a vizinha vai dar a sugestão, 'dá uma chuquinha de leite que essa criança para de chorar', aí pronto.(EQ 12)*

*Aqui, tem bastante gestante, puérpera que é adolescente né, que depende da mãe né, então as gerações anteriores não tinham esse...esse...incentivo ao aleitamento materno, incentivam a dar leite na mamadeira, elas ganhavam mamadeira no chá de bebê, então é bem complicado. Eles incentivam mesmo o uso de mamadeira. (EQ.1)*

### c) Experiências anteriores

As equipes relatam que mães e famílias que se encontram em processo de aleitamento materno trazem consigo uma bagagem de informações e experiências, advindos não só da influência familiar, mas também, de influências do local de onde vieram, da comunidade a qual estão inseridas, do que aprendem ou aprenderam nos diversos contextos de sua vida.

O choro do bebê é relatado como um dos motivos para que as mães passem a acreditar que o seu leite é fraco e que não sacia a fome do seu bebê. A introdução de outros alimentos e fórmulas infantis que podem estar presentes no cuidado com a criança é percebida pelas equipes, como fatores

referentes à cultura e como alternativas a que as mães recorrem por acreditare, que o seu leite é fraco.

A estética das mamas é trazida como um fator que assusta e deixa muitas mães apreensivas, por elas se preocuparem com a aparência de suas mamas após o período da amamentação.

A equipe acredita que muito do que as mães aprendem e o que é passado pela família, sobre o que acontece durante o processo do AM, pode ter influência negativa para a amamentação, de modo a desestimular as mães a seguirem com o AM.

*Tem a história do leite fraco, que tem que dar mamadeira, 'meu bebê chora muito, então eu tenho que dar mamadeira à noite'. (EQ.1)*

*Não só do pediatra, mas da família mesmo né, de achar que o leite tá fraco, que ele não tá ficando gordinho, de querer dar o chazinho pra cólica, aí começa com chá, dali a pouco 'ah, vamos dar um pouco de leite'. Basta ter a mamadeira em casa. É cultural. (EQ. 2)*

*A gente tenta falar sobre a estética, que não deforma a mama e tal. Algumas vêm...'ah, mas eu vou ficar com o peito caído?', ' ah eu vou ficar com aquele bico horroroso?' (EQ. 1)*

#### d) Prescrição de fórmulas infantis pelos médicos

Esse aspecto tornou-se muito presente nas falas das equipes entrevistadas por, constantemente, se depararem com receitas de fórmulas infantis advindas de profissionais médicos. Não apenas os pediatras aparecem indicando, mas até ginecologistas incentivam o uso de fórmulas infantis.

O fato de a prescrição ser de um médico faz com que as equipes entendam que as mães valorizam a conduta do profissional médico. Relatam que as mães se sentem estimuladas a seguirem tal orientação, pois a palavra do médico apresenta-se como primordial na tomada de decisão das mães. Apontam que alguns pediatras e ginecologistas acabam por incentivar o uso de fórmulas e que o estímulo à amamentação tem ficado em segundo plano.

*E eu percebo também que tem muita influência do pediatra, porque tem alguns pediatras na cidade que elas vão lá, primeira consulta, elas já sai com receita de leite NAN. E isso assim acaba influenciando no aleitamento, a gente percebe aqui. Porque assim, elas acham que o médico é tudo e se o médico mandou fazer, ela vai fazer. (EQ. 11)*

*[...] Ela já vai para a cesárea e ela vem com a prescrição de NAN. Eu peguei isso essa semana e eu falei 'por que, você está amamentando? o bebê está mamando', aí ela falou assim 'ai, mas o pediatra...', não num foi pediatra, ela falou 'ah, o ginecologista mandou complementar!'. Complementar o que? O ginecologista! E ela tinha uma prescrição assinada e carimbada. (EQ. 10)*

Os profissionais veem essa situação como a alternativa encontrada pelos médicos de outras instituições de saúde para cessar com a dúvida apresentada pela mãe. Parece que diante da insegurança da mãe sobre seu leite, o médico, principalmente o pediatra, opta por incentivar o uso dessas fórmulas.

*Ah, a necessidade de complementar, de achar que o leite é fraco. E aí quando elas falam, porque elas nos referem né, 'ah, eu falei pro pediatra que o leite tava fraco e ele falou pra eu não esquentar porque então ele vai complementar'.(EQ. 3)*

#### e) Vontade e disponibilidade da mãe

Nas falas, foi apontada a opção da mãe como fundamental em querer ou não amamentar e que influencia, diretamente, a prevalência do aleitamento materno. Notam que apesar de existirem campanhas de incentivo à amamentação, de existir equipes e uma rede de apoio à mulher que amamenta, de divulgarem a importância e os benefícios que o leite materno tem, a mulher é quem tem o poder de tomada de decisão. Acreditam que a opção pela prática de amamentar depende muito de a mãe estar disposta e querer amamentar.

*Então as meninas tem essa capacitação e fazem essa orientação nas visitas, se tiver alguma dificuldade elas levam a gente até lá pra ajudar, dar um apoio. Mas tem uma coisa que me frustra um pouco e eu tento lidar como uma coisa assim é opção de cada mãe. Tem*

*mães que ainda mesmo assim param de amamentar com um mês e meio, dois meses sabe...(EQ. 8)*

Além disso, apontam que possuir outros filhos pode levar ao não AM, pois a mulher, na visão de algumas equipes, por se sentir cansada ou bastante atarefada opta pelo que julga mais fácil ou que lhe foi indicado e, neste caso, a mamadeira pode ser entendida como a melhor opção naquele momento.

*E porque tem o trabalho do próprio aleitamento, porque assim é um tempo que você tem que ficar lá né. 'Porque assim eu tenho 5 filhos, o que significa eu tirar 5 minutos pra amamentar, é muito mais fácil eu dar mamadeira do que eu parar pra fazer isso'. (EQ. 10)*

*Quer dizer, ela não descansa...então quer dizer, ela vai ter paciência de amamentar o nenê? Então eu orientei, 'você precisa descansar, se alimentar direito'. Ela até, algumas coisas que eu falei ela acolheu né! Mas daqui a pouco quando você vê, já colocou na mamadeira né...(EQ. 4)*

#### f) Retorno da mulher ao mercado de trabalho e Licença maternidade

Os profissionais relataram que a licença maternidade gera nas mulheres uma ansiedade muito grande com relação à alimentação do seu bebê. Pois com o fim do período da licença quando têm que retornar ao trabalho, elas buscam diversas alternativas para auxiliar ou até substituir o leite materno, visto que muitos locais de trabalho não permitem que mães amamentem naquele ambiente, entre ou saia mais cedo para amamentar.

Muito antes do período da licença terminar, as equipes dizem que as mães procuram a unidade de saúde em busca de orientações sobre o que fazer com relação ao AM na volta ao trabalho.

Apontam que as mães elegem as fórmulas infantis como auxiliares e até substitutos do leite materno. E que, nesta fase, muitas optam pelo aleitamento materno misto, de modo a permanecer em aleitamento materno nos períodos em que a mãe está em casa.

*E isso se àquela mulher não se afastou muito antes, senão o bebê tem 3 meses e ela já está voltando. Então com 2, 3 meses elas já*

*estão preocupadas: 'O que eu posso dar para o meu filho? Eu posso dar suquinho, eu posso dar isso?'. Porque assim: 'ah, eu vou voltar a trabalhar, que leite que eu vou dar?'* (EQ. 8)

*[...] Sempre eu pergunto se ainda está amamentando, quando estão ainda, vem as mães geralmente, 'ah, eu tava amamentando, mas agora tá misto!', 'não to em aleitamento porque eu voltei a trabalhar'.* (EQ. 7)

*Mas em geral há uma ansiedade grande das mães e essa ansiedade surge já por volta do segundo mês. O que eu vou fazer porque eu preciso voltar a trabalhar daqui 1 mês e meio, 2 meses e eu preciso ter certeza que a minha criança vai pegar. Então elas começam já querer dar o leite já desde antes né.* (EQ. 12)

#### g) Creche

As creches são instituições que auxiliam muito as mães e famílias, principalmente a mulher que retorna ao mercado de trabalho. No entanto, o que muitas das equipes de saúde relataram foi o fato de que a criança ao ser inserida na creche tem seu aleitamento materno interrompido. Isto porque, muitas mães confidenciaram a esses profissionais que as creches não aceitam o leite materno ordenhado e armazenado em frascos para ser oferecido às crianças. Sendo assim, as mães começam a acostumar seus bebês com algum outro leite para que, posteriormente, não haja qualquer rejeição do leite na creche.

Outro fator importante é a questão das vagas disponíveis. Afirmam que as mães têm que demonstrar interesse por vagas, às vezes, muito antes de o bebê nascer, pois geralmente tem grandes listas de espera. Independente do momento e do tempo de vida da criança, se a vaga ficar disponível, as mães, para não perderem o espaço, matriculam seus filhos. Mas isso pode ocorrer durante a licença maternidade, o que vem a interromper o aleitamento materno.

*Eu sempre procuro orientar que faça essa passagem aí com uma semana antes, porque quanto mais tempo você mantiver o aleitamento exclusivo tem benefício né. 'Não porque eu preciso de vaga na creche, quando eu for deixar a criança, para trabalhar e a vaga saiu, e como eu vou deixar a criança na creche?' 'Mas como*

*assim se você vai trabalhar daqui há três meses, só quando a criança tiver com 4 meses'. 'Não, senão vai perder a vaga!'. Quer dizer a creche exige que a mãe coloque a criança de dois meses na creche porque saiu a vaga! (EQ. 12)*

*(A creche) Não aceita! Eu comecei a orientar as mães que iam voltar a trabalhar, armazenar, congela, identifica, tudo aquilo né que eu aprendi lá atrás. Tinham uns panfletinhos, eu mandei xerocar porque assim ela leva pra casa, bem simplificado. Aí começam a chegar as mães, as crianças, uma das crianças está agora com 4 anos, o D., 'ai A.(enfermeira), a creche não aceita meu leite! Eu tenho que dar outro leite senão a creche não vai aceitar ele lá! Ou eu vou deixar ele e ele vai mamar o leite que tem lá, o meu eles não aceitam!'. (EQ. 8)*

#### h) Mobilização da equipe para promoção e apoio à amamentação.

Apesar de vários determinantes que foram apresentados pelas equipes como obstáculos à prática de amamentar, as falas dos profissionais também evidenciaram determinado investimento e empenho das equipes de saúde com vistas à qualificação do cuidado voltado à amamentação. Porém, também explicitam que por mais que a equipe se dedique na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, a opção por essa prática depende das mães e famílias que se encontram em processo de aleitamento materno.

*Mas não tem leite melhor do que você produz, é exclusivo pro seu filho, o leite que foi produzido para o menino do meio não é o mesmo leite que foi produzido pro primeiro filho, é comprovado cientificamente, eu explico pra elas. (EQ. 11)*

*A gente tem agentes comunitários que já participaram de capacitação sobre amamentação, aconselhamento sobre aleitamento materno. Então as meninas tem essa capacitação e fazem essa orientação nas visitas, se tiver alguma dificuldade elas levam a gente até lá pra ajudar, dar um apoio. Mas tem uma coisa que me frustra um pouco e eu tento lidar como uma coisa assim...é opção de cada mãe. Tem mães que ainda...mesmo assim param de amamentar com um mês e meio, dois meses sabe? Deixa a gente um pouco triste [...]. (EQ.8)*

As equipes relatam a sua melhor forma de orientar, informar e indagar sobre a amamentação, como está a prática de amamentar em sua unidade e acolher as queixas quando estas chegam à unidade da melhor maneira possível. O fato de essas mulheres serem acolhidas permite que o aleitamento materno seja incentivado e identificado por elas como uma prática benéfica. Todos independentemente de suas funções na unidade procuram fazer o apoio à amamentação, cabendo à enfermagem as ações mais específicas.

*Eu (dentista) já consegui orientar a pega do bebê, que a mãe não sabia e a criança começou a chorar aqui. A K. (auxiliar odontológico) também tem o curso, começou a orientar a posição de amamentar, como fazer higienização, algumas outras pequenas coisas que a gente consegue né. A pessoa chegou, ela estava se queixando de dor, de seio enrijecido e a gente já encaminhou pra auxiliar, tem uma manipulação que é um pouco diferente. A gente consegue identificar algumas coisas, a enfermagem faz alguma coisa mais aprofundado e mais específica. (EQ. 9)*

Todos estes determinantes podem influenciar de maneira positiva ou negativa para o sucesso da amamentação. Sabe-se que garantir o AM de forma exclusiva até os seis meses é ideal para garantir todos os benefícios e as vantagens que o leite materno proporciona ao bebê, mães e famílias que se encontram nesse processo (QUELUZ et al, 2012).

Muitos fatores interferem na decisão das mães em optar pela amamentação. As técnicas como, por exemplo, a pega correta; os aspectos socioeconômicos familiares; o grau de escolaridade dos pais; a inserção da mulher no mercado de trabalho e o déficit de informação obtida pelas mães advindas dos profissionais de saúde e/ou familiares quanto à relevância do aleitamento materno são fundamentais para que a tomada de decisão seja realizada (GARCIA et al., 2013).

A manutenção e a continuidade do AM podem ocorrer a partir da interação da decisão materna, concomitantemente, com fatores relacionados ao manejo e às técnicas do AM e também ao apoio social recebido pela mãe (SOUZA, FRACOLLI, ZOBOLI, 2013). Isto é, a prática de amamentar é influenciada pelo apoio familiar, o que inclui experiências e sentimentos com

relação ao AM; opiniões de pais e avós; apoio do local onde trabalham e das instituições de educação infantil, as creches (SOUZA, FRACOLLI, ZOBOLI, 2013). Mas, pelos resultados deste estudo, a percepção das equipes de saúde da família é que essas instituições (famílias, creche, etc.) têm atuado mais como obstáculo do que como apoio à prática do AM.

Também neste cenário, muitas mães podem encontrar-se desinformadas, o que as leva a oferta de fórmulas infantis, introdução de mamadeiras e outros recursos, entendidos por elas, naquele momento, como algo facilitador para o seu cotidiano e como algo que ajuda a diminuir a angústia e a frustração diante das dificuldades do AM (CUNHA, SANTOS, GONÇALVES, 2012). Isto pode proporcionar a que as mães busquem alternativas que julgam ser auxiliares e muitas vezes procuram profissionais de saúde que podem estar fora do vínculo que estabeleceram previamente (CUNHA, SANTOS, GONÇALVES, 2012).

Os médicos, principalmente, os pediatras aparecem nas falas dos entrevistados como profissionais frequentemente procurados pelas mães diante das dificuldades enfrentadas no processo de AM. E relatam que, em muitas vezes, as alternativas oferecidas pelos profissionais são as mamadeiras e as fórmulas infantis.

Existem indicações para a introdução de fórmulas infantis na alimentação de um bebê. Kaufmann et al. (2012) traz referenciais do ministério da saúde, os quais preconizam que fórmulas infantis em pó ou fluídas podem ser ofertadas às crianças, de maneira fracionada e diluída, respeitando a faixa etária das crianças. Isso pode ser realizado caso não haja possibilidade de reverter a situação de bebês que já não estejam recebendo o leite materno (KAUFMANN et al., 2012).

Concordamos com Kaufmann et al. (2012), que a oferta de outros alimentos e leites é desnecessária. A introdução precoce desses alimentos e fórmulas infantis pode tornar as crianças mais vulneráveis e suscetíveis a infecções e à desnutrição e, ainda, contribuir para o aumento da morbimortalidade infantil (KAUFMANN et al., 2012).

A mulher que se encontra saudável, recebe apoio da família e dos equipamentos sociais, mantém a produção de leite materno ativa e não

encontra recusa ou limitações da criança diante do AM, não necessitaria de fórmulas infantis e outros recursos para complementar o leite materno.

Esses fatores que contribuem para a baixa adesão ao AM e ao desmame precoce advêm do o final do século XIX, devido ao processo de industrialização, à inserção da mulher no mercado de trabalho e às propagandas acerca das fórmulas infantis (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010). Em virtude disto, o fim da licença a maternidade e o retorno ao mercado de trabalho potencializam o desenvolvimento da ansiedade nas mães que podem optar também pelas fórmulas infantis para auxiliá-las.

A inserção das crianças nas creches, em função desse retorno ao trabalho, é apontada pelas equipes entrevistadas como um fator dificultador da manutenção do AM. As creches deveriam ser entendidas como ambientes de ensino e saúde, um local onde o aleitamento materno deve ser promovido e seus profissionais preparados para o incentivo desta prática. Os educadores não são apenas responsáveis pelo desenvolvimento intelectual, mas também pela socialização dessas crianças e pelos cuidados assistenciais necessários (MACIEL; VERÍSSIMO, 2010).

As dificuldades com o AM vão além de questões práticas, pois se notam que as características socioeconômicas e culturais exercem influencia na amamentação e causam reflexões para a tomada de decisão materna em aleitar ou não (CARRASCOZA et al., 2011).

Profissionais de saúde, educadores, avós e pais precisam compreender que amamentar não se trata apenas de um instinto e do ato de alimentar o bebê (MACIEL; VERÍSSIMO, 2010), mas sim, da construção e fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê e também com a família. Com esse entendimento, é possível valorizar e apoiar o aleitamento materno, de modo a visar diminuição dos índices de desmame precoce (CARRASCOZA et al., 2011).

Por outro lado, as equipes se colocaram com certa impotência diante dos obstáculos apontados. Os profissionais, muitas vezes, entendem a importância da promoção à prática da amamentação, mas acabam se sentindo desestimulados diante das situações de não adesão ao AM (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

O sentimento de frustração pode limitar as equipes em desenvolver um diálogo junto às mães sobre esses obstáculos e, deste modo, dificultar a superação das dificuldades com a amamentação e o encontro de possíveis alternativas para a redução das vulnerabilidades de mulheres e crianças com relação ao AM (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Mesmo diante do sentimento de frustração, a decisão da mãe em não amamentar não deve ser entendida como um fracasso da equipe. Torna-se relevante oportunizar momentos que propiciem conhecer e compreender os motivos daquela mãe e apontar meios para que ela possa refletir se o ato de não amamentar é a melhor alternativa para a situação que ela vivencia (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Concordamos com Souza, Mello e Ayres (2013) que não se trata de insistir na amamentação e sim, trocar informações e entender o contexto da mãe e família que se encontram no processo do AM. Pois, é desta maneira que o cuidado em AM pode ser construído e estabelecido entre a equipe e a mãe, visando não apenas a saúde da criança, mas também, respeitando e valorizando os sentimentos da mãe (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

#### 4.2.2 Aspectos que potencializam o aleitamento materno

##### Classe 2: Suporte e Redes de Apoio ao Aleitamento Materno

Na classe de suporte e redes de apoio são apontados os recursos que as equipes têm disponíveis para se basear e fundamentar suas práticas sobre o cuidado do aleitamento materno. Dentre cursos e capacitações, as equipes demonstram a satisfação em poderem se instruir mais, revelam a importância que contínuas atualizações causam na vida profissional de cada um da equipe e sugerem a necessidade do município desenvolver mais atividades desta natureza. O trabalho em rede também é valorizado, mas nota-se, nas falas, a dificuldade de execução desse cuidado contínuo entre as instituições de saúde do município.

Para apresentação dos resultados, essa classe foi dividida em cinco temas que passamos a descrever a seguir.

a) Capacitações e cursos oferecidos pelo município.

Este tema evidencia o suporte técnico que é oferecido pelo município e até pelo país a respeito das estratégias e ações voltadas ao aleitamento materno. As equipes de saúde da família referem que tais atividades são oferecidas para ampliar seus conhecimentos, por meio de cursos e capacitações e para o aprimoramento de sua prática na implementação das estratégias das políticas, estabelecidas no nível federal, estadual e municipal.

Muito do que os sujeitos da pesquisa trouxeram como capacitação foi com relação a um curso oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde que ocorreu na época da tentativa de implementação da estratégia da IUBAAM que foi liderado por um grupo técnico de aleitamento materno da mesma Secretaria, composta por uma enfermeira da atenção básica de saúde, uma professora da UFSCar e uma nutricionista também da rede pública municipal.

Estes profissionais ministraram esse curso, com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde das instituições dos diferentes níveis de complexidade de cuidado do município a fim de que todos adotassem condutas semelhantes diante da temática amamentação e desenvolvessem ações voltadas para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, com vistas a obter a titulação de unidade básica amiga da amamentação para as unidades da APS de São Carlos (MARTINS, 2007). Este curso marcou muito os profissionais, aparecendo de forma unânime no conteúdo das entrevistas realizadas.

*Porque tem um programa né, o município investiu em capacitação, vamos dizer assim, algumas oficinas de incentivo. Que o objetivo era pegar 100% da rede de saúde né. (...) Porque quem deu pra nós foi a R. (enfermeira da rede). Eram alguns encontros, eram oficinas de incentivo que se a gente seguisse alguns passos a gente seria certificado como unidade amiga acho que da criança, da amamentação. (EQ. 3)*

*A R. (enfermeira da rede) também ofereceu. Eu reconheço que eu aprendi muito nessa capacitação. Inclusive porque foi prática também, teve uma parte de observação muito legal. E até mesmo as alternativas do aleitamento, o porquê do aleitamento né, a*

*importância e aí de você estudar mesmo a composição do leite, do quanto que faz bem isso pra criança e pra mãe também, então acho que foi bastante interessante. (EQ. 6)*

Outros momentos de capacitações ocorreram na cidade, inclusive com relação à Fundação Maria Cecília Souto Vidigal que com algumas parcerias, possibilitou que o município de São Carlos desenvolvesse o Programa Primeiríssima Infância. Este programa não aborda especificamente o aleitamento materno, mas os profissionais o referenciam como uma das capacitações mais recentes sobre diversos temas voltados a essa faixa etária da primeira infância, incluindo a amamentação.

*Eu recebi sim, o ano passado. A gente teve a Primeira Infância para o desenvolvimento infantil e aí fez bastante a questão do aleitamento, fez a questão de dor, tivemos sim a arte terapia, bem recente, menos de um ano. (EQ. 9)*

As equipes apontam que esse tipo de atualização é bastante relevante para a atualização profissional, oportunizando o conhecimento de novos conceitos e condutas.

*Pra você se atualizar né porque pra você informar você tem que estar atualizada. Pelo que você está falando, tem muitas coisas que estão acontecendo na rede e a gente não sabe. Não só a rede, mas algum conceito que possa ter caído que a gente ainda está preso aquilo e os conceitos mudam né, as verdades caem e tal. (EQ. 11)*

## b) Educação Permanente

Existe uma valorização da educação permanente relatada entre os entrevistados em virtude das capacitações serem descontínuas. Algumas equipes entendem que a constante atualização de conceitos e práticas não ocorre apenas através de cursos e capacitações, mas sim, no aproveitamento e continuidade destas na educação no cotidiano do trabalho.

Referem ser relevante a educação permanente entre os profissionais da equipe, pois possibilita a troca contínua de informações sobre as situações diárias relativas ao cuidado. Além disso, apontam que para a construção do

cuidado em rede é fundamental que a equipe esteja em atualização constante para o fortalecimento da APS.

*Na verdade a gente tem uma educação permanente, se conversa muito pra discutir e depois chama o resto do pessoal diariamente. Começamos o dia 7 e meia da manhã com um bate papo aqui na sala da médica entre todos os membros da equipe, entra um e sai outro e vem trazendo as informações assim mais urgentes, algum caso, para onde vamos, quem vai para visita, quem vai com quem. Então sempre tem uma conversa todo o dia de manhã. (EQ.12)*

*[...] Mas eu acho que esse treinamento tinha que ser contínuo. Eu acho que não adianta ser pontual, tinha que ser uma educação permanente mesmo. (EQ. 10)*

*[...] O trabalho de redes, de fortalecer bastante essa questão de redes e fazer o processo de educação permanente né. Então uma das questões é trabalhar com a equipe e fortalecer a atenção básica. (EQ. 9)*

### c) RRAS: Redes Regionais de Atenção à Saúde

A maioria dos profissionais apresentou características definidoras de rede de atenção à saúde. Associam rede a um cuidado que ocorre entre os diversos setores de atendimento, em suas diferentes complexidades e que possuem várias linhas de cuidado para dar conta da atenção integral prestada aos indivíduos.

*Então, para mim assim uma definição de rede é e eu li isso num artigo do Mehry, ele fala assim que 'rede, onde você pegaria o açúcar se você precisasse'. Então lá na tua casa, onde você está, se você precisasse de uma xícara de açúcar onde você ia pedir, né. E aí ele traz essa questão da gente trabalhar com esse processo. Então a atenção primária ela vai precisar do secundário, terciário, quaternário e aí as redes de apoio, a gente precisa dos seguimentos, da questão do plano terapêutico, do plano de cuidado e dos múltiplos atores dos múltiplos setores encaminhados. (EQ. 9)*

*(Rede de Atenção) É uma linha de cuidado com um determinado agravo que envolve setores, tendo essa intersectorialidade e*

*funcionando de uma maneira, com protocolos certinho. Então eu acho que aqui em São Carlos, estão se criando algumas linhas de cuidado né, Tb (tuberculose), Hanseníase, os PET, a Primeira Infância. (EQ.7)*

Algumas das equipes conhecem a RRAS e sua finalidade, mas mesmo não descrevendo com riqueza de detalhes, conseguem identificar sua existência, já que ouviram falar delas em algum momento no município e compreendem sua importância para o desenvolvimento do cuidado integral.

*A gente ouviu portarias novas do Ministério, então a rede do paciente crônico, das doenças crônicas não transmissíveis. É alguma coisa assim que a gente pode ver que é a linha de cuidado integrada né no município e aí, estado e regional de saúde e uma coisa mais ampliada. Chegou esse ano RRAS. Redes sim, mas RRAS foi esse ano. Rede regional [...] não chegou na forma de comunicação formal. [...] É o próprio Departamento de Gestão de Cuidado Ambulatorial que avisa. Que não disseminou essa informação em rede ainda. (EQ.5)*

*É uma nova ideia de rede, ela é nova, acho que foi lançada em 2012, final de 2011, 2012. E aí que a gente possa, dentro de regiões encontrar esses serviços nessas regiões. São microrregiões que vão se interligar mesmo. Então por exemplo, não preciso ter um serviço, um mega hospital em Ribeirão Bonito se eu tenho São Carlos que está tão próximo, que pode oferecer esse serviço, sendo contratualizado, sendo respeitado isso. E aí tem coisa que Ribeirão Bonito pode ter que São Carlos não tem alguns serviços, mas que eles possam também trocar. Então o que eu lembro das RRAS é isso e para isso vai ter que cuidar da vaidade do município né, porque todo mundo aí vai ter que cuidar dessa comunicação. (EQ. 10)*

*(RRAS) Eu entendo é um grupo que é pra dar conta daqui, daquela região. Porque São Carlos só, não dá conta e aí então é formada uma região maior pra dar conta. Inclusive a verba né, o que vem de recurso, de repente vem aqui para nossa né, São Carlos, acho que Araraquara está dentro da RRAS 13 também. Então vamos supor não tem serviço aqui, mas tem em Araraquara, por exemplo, então a gente pode referenciar outros lugares. Então é mais uma organização do serviço para poder oferecer o que o usuário precisa. Foi pensado uma organização assim, núcleos né, regiões, microrregiões mais macrorregiões para dar conta mesmo da saúde da população. (EQ. 2)*

A rede materno-infantil também se fez presente dentre as falas. Porém, esta apareceu sem a compreensão das equipes sobre seu aspecto conceitual, mas sim relacionados às ações de saúde da criança e da mulher que são desenvolvidas na unidade.

*Ai, não sei se isso entraria aí, mas assim a gente garante minimamente seis consultas de pré-natal. Só que aqui ela acaba fazendo muito mais, porque ela passa um mês comigo, um mês com o médico e todo mês com a M.(dentista), tem o cuidado odontológico que faz parte do pré-natal. Ela tem garantido os exames de pré-natal de primeiro e terceiro trimestre. Grupo de gestante, eu não sei, eu imagino que isso deva fazer parte. A consulta puerperal, tudo isso está garantido no pré-natal dela né, o acesso. Se ela perde alguma consulta ela pode vir aqui qualquer outro dia que ela é colocada para atendimento, as vacinas, isso aí. (EQ. 7)*

#### d) Rede Cegonha

A Rede Cegonha é uma estratégia conhecida pelas equipes, por ter sido divulgada na mídia após seu lançamento no governo da presidente Dilma Rousseff. As ideias ainda divergem sobre as especificidades do objetivo e da ação dessa rede, além de pouco conhecerem sobre sua implantação no município.

*Ah, eu só ouvi falar desse projeto da Cegonha, mas assim, praticamente, só o nome mesmo e não sei mais. Não chegou nada de forma sistematizada, eu vi algumas fichas que eles andaram enviando pra preencher, eu acho que é dessa parte da rede cegonha. Mas às vezes assim, chega aqui pra nós de forma bem desarticulada, entendeu. (EQ. 3)*

*Essa eu já ouvi falar bastante aqui no município. Eles estão pensando inclusive, essa gestão principalmente colocou isso em reunião. Agora, eu não sei o que vai ser, as metas, os objetivos específicos desse negócio da cegonha. [...] Mas eu não tenho assim clareza, qual a diferença, quais são os pontos que a gente vai ter que atuar mais. (EQ. 2)*

Outras equipes associam a rede cegonha com execução de atividades burocráticas, como o preenchimento de fichas, com a compreensão de que é algo desagradável. Segundo os profissionais, há uma grande

quantidade de formulários a serem preenchidos nas unidades de saúde. Cada programa implantado exige muitos registros e isso causa descontentamento na equipe que tem que efetuar tal tarefa, pois não sabem como esses dados serão utilizados para efetivação da ação da rede.

Recebem instruções da secretaria municipal de saúde para a execução de determinadas ações na ESF, mas não são esclarecidos sobre o porquê das mesmas.

*Que eu saiba de Rede Cegonha é isso que foi lançado agora com a Dilma né. A gente só acha que é um monte de papel para gente preencher. [...] Nunca a gente recebeu uma reunião, uma capacitação pra explicar sobre alguns programas. (EQ. 1)*

Algumas equipes falaram sobre a questão de a Rede Cegonha estar vinculada a um incentivo financeiro. Conforme os relatos, a partir de um cadastro que fazem no SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional), faz-se a notificação da gestante e em parceria com a assistência social, as mulheres obtêm o direito de receber um incentivo financeiro, vinculado ao PBF.

*Mas a única coisa que chegou, [...] da Rede Cegonha é a questão do incentivo financeiro que ela dava para as mães. Mas tem toda uma estratégia de incentivar a mãe no pré-natal e essas coisas assim. A única coisa que implantaram, que chegaram 'aqui a Rede Cegonha', explicaram do SISVAN, [...] intensificar isso nas gestantes, porque daí por isso, pelo peso dela ia vir incentivo para elas. Toda diretriz, toda coisa legal que tem no programa não foi passado. (EQ. 4)*

*Num é esse novo incentivo que veio pra mulher fazer o pré natal, um incentivo a mais na bolsa família, todos os meses se ela fizer o pré natal direitinho, exatamente pra melhorar a saúde da mãe e seguir pra maternidade. Tem um número também de atendimentos. E depois disso, tem q ordenar, notificar e ai a gente informar se o bebê está sendo amamentado até os seis, sete meses, ai a mulher ganha um incentivo a mais na bolsa. (EQ. 1)*

#### e) Banco de Leite Municipal

A maioria das equipes relata conhecer a existência do banco de leite em São Carlos, porém quase não o utilizam na produção e gestão do cuidado. Já puderam receber informações sobre o funcionamento dele, mas há pouca

comunicação entre os serviços de atenção primária com o Banco de Leite para que se possa efetuar o encaminhamento. Quando necessitam da articulação entre os serviços, acabam conseguindo, no entanto, relatam que há frieza e distanciamento na comunicação com os profissionais de outro serviço.

*Eu sei que tem o banco de leite aqui em São Carlos né e que inclusive é, até a gente recebeu uma orientação pra aquelas mulheres que querem doar o seu leite, para entrar em contato, que ela vai receber os frascos já esterilizados... (EQ. 6)*

*Agora essa questão de Banco [...] fica meio descoordenado quando tem uma gestante, uma mulher que está amamentando. [...] Você liga e é uma coisa mais fria. Então eu acho que essas questões a gente tem que lapidar um pouco essa comunicação. Porque às vezes a gente tem uma gestante que quer doar o leite e ela pergunta pra gente e a gente não tem muita certeza de como acontece. Então a gente liga lá pra perguntar e nem sempre a informação é passada, mas poderia ser um pouco mais articulada né. (EQ. 3)*

Entendem que há pouca divulgação das ações do banco de leite e qual a importância dele para o cuidado em saúde. Notam que seria fundamental a maior divulgação entre os profissionais da rede para que a utilização do banco de leite fosse ampliada e o cuidado em rede fosse estabelecido de maneira mais ativa. Porém, buscam informações quando precisam orientar os usuários.

*O Banco de Leite é uma coisa que a gente sabe que tem porque vê, mas realmente eles não divulgam também e falta divulgação. A gente sabe porque eu fui atrás, vi tudo! Toda cidade tem, aqui tem que ter também. (EQ. 4)*

Há equipes gestoras que não só possuem o conhecimento e que reconhecem a relevância da ação dos bancos de leite humano, mas estabelecem interação com eles e encaminham as mulheres para o local. Porém, nas falas, esse encaminhamento ainda revela-se ser algo pontual.

*A gente conhece, tem até mãe que doa aqui. Eu ligo lá e a gente combina com a enfermeira, daí a mãe vai lá e orienta direitinho, aí o motorista vem buscar o leite, a gente tem serviço pra isso. (EQ. 7)*

É evidente a necessidade das equipes de saúde da família em se atualizarem e manterem contato com as políticas, estratégias e conhecimentos vigentes no município, estado e país para melhor desempenharem seu trabalho. Há muitos recursos de atualização para as equipes, como residência ou especialização, os quais se configuram em grandes experiências interdisciplinares; existem programas promovidos pelo Ministério da Saúde que também qualificam a prática assistencial prestada pelos profissionais (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Essa interdisciplinaridade se torna fundamental para o desenvolvimento do trabalho em equipe e para a troca de saberes adquiridos nesses cursos e capacitações oferecidas, pois cada profissional atua como um multiplicador de informações e agrega a equipe. Esse trabalho em conjunto potencializa ações de criatividade, originalidade e flexibilidade diante das situações enfrentadas no dia a dia (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Nota-se que há um esforço do município em trazer questões de atualização do AM para seus profissionais de saúde, em virtude das estratégias políticas que são desenvolvidas, como a própria IUBAAM, a qual perdurou com capacitações por certo tempo e a Semana do Bebê que atualmente ocorre com palestras e caminhadas de incentivo à população sobre temáticas da primeira infância.

A educação permanente em saúde, juntamente com cursos e capacitações atuam como estratégias potencializadoras no desenvolvimento de um cuidado qualificado na APS. A educação permanente configura-se como uma ferramenta importante na construção de competências profissionais e que possibilita o planejamento e a organização do cuidado ofertado (RICALDONI; SENA, 2006).

Concordamos com Ceccim (2005) que a educação permanente proporciona o desenvolvimento do raciocínio crítico e reflexivo, de modo a qualificar as habilidades e o desempenho prático dos profissionais. Torna-se um desafio disseminar tal relevância entre todos da equipe de saúde e incentivar os profissionais a aderirem a esse processo permanente de atualização (CECCIM, 2005; RICALDONI; SENA, 2006).

Com relação aos outros setores de saúde, entende-se que há grande dificuldade no estabelecimento de parceria para o desenvolvimento de um cuidado em rede. Isto porque as organizações de saúde costumam desempenhar seu trabalho de maneira independente (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010). Contudo, o trabalho intersetorial é valorizado por ser uma ação fundamental para o cuidado integral do indivíduo, de modo que existem constantes mobilizações para o desenvolvimento do trabalho em rede.

As RRAS despontam como essas estruturas organizacionais, que incentivam essa intersetorialidade e que visam o acesso ao cuidado, à continuidade da atenção e assistência integral à saúde. Para tal, é necessária a cooperação dos municípios pertencentes a uma região comum e o aprimoramento da APS como área organizadora e coordenadora do cuidado (LAVRAS, 2011). A rede temática materno-infantil destaca-se como ação que incentiva e apoia o aleitamento materno, mas suas finalidades como estratégia ainda são pouco compreendidas. Isto deveria ser melhor explorado entre os profissionais do município, com ampla divulgação, pois as equipes de saúde acabam reproduzindo ações que são orientadas a desenvolver, mas não entendem os objetivos e que existem diversas diretrizes e fundamentos para cada atividade que é desenvolvida.

A Rede Cegonha é uma ação importante que se configura como grande potência da rede temática materno-infantil. No entanto, os profissionais pouco sabem sobre as finalidades dessa rede. Essa falta de informação gera insatisfações na execução dessa rede, pois não entendem a relevância do projeto, acreditam que novas atividades burocráticas serão incorporadas nas unidades e que isso pode vir a atrapalhar a rotina de trabalho, além de se perpetuarem nessa reprodução de atividades sem a compreenderem na totalidade.

A intersetorialidade voltada para o AM pode ser analisada com o Banco de Leite, em que algumas das equipes das unidades de saúde o conhecem e se articulam, de modo a encaminhar suas gestantes e promover uma maior proximidade dos profissionais de saúde que lá trabalham. No entanto, ainda existem equipes que revelam possuir pouco conhecimento em

função da pouca divulgação da atuação do banco de leite entre os profissionais, para que estes possam encaminhar ou orientar os usuários sobre seu funcionamento e finalidade.

Essa falta de informação, de divulgação e até de baixa procura por parte dos profissionais levam a pouca articulação entre os serviços da atenção primária e de outras instâncias como a maternidade, o Banco de Leite e os demais serviços de assistência à saúde da criança e da mulher. Isso proporciona a descontinuidade do cuidado e pode gerar riscos para o binômio mãe-bebê, pela pouca integração dessas instituições (COSTA et al., 2009).

Costa et al. (2009) trazem em seu estudo que as dificuldades para ocorrer essa intersetorialidade, esse trabalho em rede, se dispõem em três categorias, como: 1) tipo de gestão envolvida, forma de financiamento e liberação de recursos; 2) falta de conhecimento sobre a própria intersetorialidade e em virtude disto os serviços atuam de maneira particular; 3) falta de preparo dos profissionais que se organizam e atuam ainda no modelo assistencialista.

Dessa forma, compreende-se que as políticas e suas estratégias setoriais têm dificuldades de agirem sozinhas e que há a necessidade do cuidado ocorrer em rede, com o estabelecimento da referência e da contrarreferência entre os serviços a fim de que o indivíduo receba um olhar integral e seja assistido em suas necessidades individuais e coletivas (COSTA et al., 2009).

Trabalhar em rede, com o conceito de redes de atenção à saúde é entender que os serviços devem se conectar e atuar na garantia do acesso ao cuidado dos indivíduos, de maneira integral, visando a resolutividade dos casos. Sobretudo, torna-se relevante compreender as responsabilidades e ações dos profissionais envolvidos e das instituições relacionadas para que haja fluxo contínuo de atendimento e a eficácia dos sistemas de saúde em suas diferentes complexidades (LAMAS; CALVO; FREITAS, 2012).

### Classe 3: A Gestão do Cuidado em Aleitamento Materno

As equipes trazem em suas falas, a importância do desenvolvimento da gestão do cuidado, do diálogo, das reuniões de equipe e da execução das atividades de cuidado. Entendem que para planejar ações voltadas ao AM, o cuidado deve ser pactuado e desenvolvido junto com os usuários, a fim de que estes possam ser atendidos em todas as suas necessidades e nos seus variados contextos.

A autoavaliação da equipe sobre o que identificam de pontos positivos e negativos torna-se um aspecto bastante relevante, trazido pelos entrevistados, como uma maneira de reflexão e de possíveis mudanças na conduta da equipe de modo a buscar um melhor desempenho na oferta da assistência.

A seguir, estão descritos os determinantes identificados nesta classe.

#### a) Reuniões de equipe

Com relação à gestão do cuidado em aleitamento materno nas unidades de saúde da família infere-se que o planejamento e a organização das equipes, tanto da própria equipe de gestão quanto da equipe de todos os profissionais de saúde da família, ocorrem de maneira bastante organizada. Isso promove um maior diálogo entre os trabalhadores e potencializa as equipes diante do cuidado prestado à comunidade.

Em São Carlos, a expressiva maioria das equipes tem suas reuniões agendadas semanalmente às quintas feiras no período da tarde. Estas reuniões ocorrem com toda a equipe de profissionais da unidade para a discussão e proposição de condutas e formas de solução para as necessidades e problemas das famílias que são identificados. Recentemente, o município adotou a estratégia da reunião de portas abertas, portanto atendem as pessoas que aparecem no dia da reunião.

As reuniões que envolvem apenas a equipe gestora não ocorrem de forma sistematizada, pois os envolvidos entendem que devem valorizar o trabalho em equipe e que a gestão da unidade não ocorre de forma dissociada. Conforme relatos, as equipes já optaram por essa configuração de reunião

ampliada da gestão e poucas ainda mantêm a reunião específica dos profissionais de nível superior.

Referem, também, que a equipe como um todo solicita que as reuniões ocorram de maneira conjunta.

*Mas eu acho que assim, existe essa gestão do cuidado, mas tem muitos casos que as agentes trazem, que a gente lida, discute assim, mas nada muito estruturado. (EQ. 6)*

*Eu acho que a gente desenvolve ele (gestão do cuidado) junto com as outras pessoas, porque a gente está na gestão e no cuidado ao mesmo tempo. [...] Hoje, as coisas fluem de maneira natural, a gente está sempre conversando. Mas nós já tivemos espaços específicos pra reunião de equipe de gestão, então onde era discutido e depois passado para o restante da equipe. Mas hoje assim, parece que vai de uma maneira tão natural, entendeu, a gente está sempre se falando, se conversando [...]. (EQ.7)*

*Nas reuniões de equipe às quintas feiras a gente conversa junto com a gente e com a equipe também, mesmo porque a equipe cobra muito essa transparência. Que tudo seja conversado perante os outros membros da equipe, ninguém é mais do que ninguém. Que existe uma gestão sim, mas os problemas são mais ou menos os mesmos. (EQ. 11)*

b) Ações planejadas e execução na unidade.

Relataram que as atividades em curso nas unidades de saúde ilustram o que as equipes planejam e decidem executar para atender da melhor maneira possível à comunidade na qual estão inseridas.

Muito do que a equipe identifica de ação importante é pautada na orientação individual que é realizada nas consultas e até mesmo na abordagem fora do consultório, em sala de espera por exemplo. Alguns relatam o fato de que os usuários preferem e se sentem melhor informadas diante de conhecimentos transmitidos pontualmente e de maneira individual.

*É tudo orientação dentro do consultório, não é nada assim, alguma reunião com as gestantes pra dar alguma orientação, não! (EQ. 11)*

*O pessoal não é muito adepto à questão de orientação em grupo, eles gostam mais de orientação individual e breve. (EQ. 8)*

As estratégias descritas pelos profissionais que são articuladas e desempenhadas nas unidades referentes ao aleitamento materno abordadas nas entrevistas são muitas. As equipes agem de modo a desenvolver o cuidado integral do indivíduo como um todo e para tal, as atividades que desenvolvem com os usuários procuram abranger os diferentes profissionais de forma a ampliar o olhar sobre os sujeitos e o atendimento às diferentes necessidades.

*Acho que começa pelo atendimento individual né, puericultura, pré-natal. Começa lá atrás, no próprio cuidado integral, desde o momento que a mulher é diagnosticada grávida [...]. O papanicolau na idade fértil, o cuidado. Então eu acho que passa por toda essa questão da clínica, do individual e orientações em todos esses momentos de vida né. O atendimento multiprofissional [...]. (EQ. 5)*

*Se fosse focar mais na gestão da unidade, seria o individual né que a gente faz, aí a gente tem uma abordagem individual. Nas consultas né. Mas grupo, essa questão de orientação e visitas, ela é feita também pelos agentes, pelos residentes, por nós também. (EQ. 3)*

No âmbito de orientações individuais, as atividades relatadas vão além dos espaços físicos da unidade, como as visitas domiciliárias. As equipes identificam as visitas domiciliárias como grandes potenciais, além de um diferencial da ESF.

Entendem que as visitas domiciliárias proporcionam não só informações aos usuários, mas também o conhecimento pelo profissional do contexto da vida das pessoas e avaliação da melhor forma de cuidado. Portanto, referem apoiar o AM também nas visitas domiciliárias rotineiras e nas visitas programadas, no pós-parto por exemplo.

*As ações são do dia a dia né, a gente acaba fazendo, as visitas dos agentes comunitários, trabalhando, vendo e verificando se tá amamentando ou não, se a criança tá precisando de alguma coisa, se foi na consulta ou não foi. (EQ. 2)*

*Então a gente fica nisso mesmo, fica no individual e na visita domiciliar...que é o nosso grande trunfo no final [...] (EQ. 5)*

*A gente prioriza a visita pra entender em que ambiente a criança tá incluída, quais de fato são as necessidades daquele domicílio, quais são as pessoas que estão apoiando aquele gestante, se ela tem rede de apoio né. (EQ. 10)*

Entendem que outros atendimentos que fazem parte da gestão do cuidado em aleitamento materno são teste do pezinho, campanhas de vacina, grupo de gestante e ações em sala de espera, e estes se somam às visitas domiciliárias e à orientação individual para compor meios de realizar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Relatam que essas atividades permitem ações de outros profissionais e são muito utilizadas como fortalecedores do vínculo entre usuário e profissional de saúde, o que entendem qualificar o atendimento das equipes.

*O grupo de gestante ele é liderado por uma agente comunitária e uma auxiliar de enfermagem e a gente faz quinzenalmente, e as gestantes escolhem o que elas querem. (EQ. 9)*

*Orientação, sensibilização, apoio, durante a visita domiciliar. E a gente nos atendimentos individuais! Durante a vacina, exame do pezinho, sempre está conversando com a mãe. (EQ. 5)*

*Então elas dispensam uma atenção, as auxiliares de enfermagem reforçam a orientação. É nesse momento que eu falei, na hora da coleta do pezinho é tarefa delas verificar amamentação, pega né. E nos chamar se for o caso de alguma coisa mais né. Agente de saúde tá sempre atenta né justamente até pelo vínculo. (EQ. 12)*

c) Avaliação da gestão do cuidado pelas equipes gestoras.

As equipes têm opiniões divergentes com relação ao desenvolvimento da gestão do cuidado em aleitamento materno que realizam atualmente. Algumas relatam dificuldades como tempo, espaço, falta de público e até mesmo pouco envolvimento do restante da equipe em propostas de ações mais coletivas. Outras equipes referem desenvolver trabalho adequado dentro de suas possibilidades, que a equipe trabalha de forma coesa e mostram que estão abertos a novas ideias.

As equipes conseguem identificar potencialidades e dificuldades dentro de suas equipes e acreditam que o investimento em capacitações e cursos de atualização profissional pode contribuir para que qualifiquem a assistência oferecida e o desempenho profissional.

*Bom, a gente tem dificuldade na questão do coletivo mesmo, de fazer essa gestão né, de planejar, de divulgar, de sensibilizar, até de tempo pra isso né. A gente tem dificuldade na gestão dessa questão. Mas, por outro lado, acho que a potencialidade é de agarrar o que a gente tem, o que está fazendo no momento, fazer com qualidade. Mesmo que no individual, com uma boa qualidade, com olhar ampliado, multiprofissional. Porque assim, o trabalho na ponta, ele é executado.*  
(EQ. 5)

*Acho que potencialidade é que a gente tem uma equipe assim bastante estruturada, uma equipe coesa. Acho que outra potencialidade é a vontade né, as pessoas tem uma prática profissional e investem nessa questão e estão sensíveis a e tem força de vontade e tudo mais. [...] A gente tem uma dificuldade com o financiamento e com o recurso financeiro que é forte. [...] Tudo o que a gente pega pra fazer, a equipe abraça mesmo, ela vai em cima.*  
(EQ. 9)

*Talvez assim, em pontos de grupos, de capacitações, a parte educativa que todas as equipes têm dificuldade, a nossa equipe e outra equipe vizinha que tem dificuldade em desenvolver grupo. Então assim, a gente sabe da importância disso, a gente sabe do alcance que tem de falar pra mais pessoas, as chances que tem de trocar experiências dentro do próprio grupo, então é um meio de educação muito bom né. [...] Se tivesse no município algum movimento de troca de experiências para capacitações nesse ponto, [...] que a gestão pudesse ajudar a gente nisso né.* (EQ. 6)

Para que o cuidado integral e a gestão do cuidado sejam desenvolvidos de maneira adequada é fundamental que as reuniões de equipe ocorram, pois nelas o diálogo é valorizado e toda a equipe tem a possibilidade de expor suas dúvidas, opiniões, casos vivenciados e situações e dificuldades enfrentadas diariamente.

As reuniões de equipe possibilitam a construção de visões mais amplas e direcionadas para a comunidade que assistem com vistas à resolução das situações experienciadas em seu cotidiano.

A organização das práticas e do cuidado em saúde não deve visar apenas à cura. O AM não deve ter apenas ações voltadas para suas técnicas e dificuldades no manejo, mas também, ações de promoção, a proteção e apoio devem ser valorizadas e colocadas em prática.

O planejamento do cuidado deve ser discutido e analisado de forma a contemplar as necessidades das mães, bebês e famílias envolvidos nesse processo, a fim de se estabelecer não só o vínculo e sim, uma contratualização entre os indivíduos e a equipe (PEREIRA et al., 2011). Ou seja, planos de cuidado podem ser elaborados com base no que os indivíduos requerem e de forma interdisciplinar, coletiva e compartilhada com os mesmos e pela ação cooperativa dos membros da equipe (CECÍLIO, 2011), sejam eles integrantes da equipe de gestão e da equipe de saúde como um todo.

O compartilhamento de informações pode ser realizado nas reuniões de equipe. O diálogo potencializa o surgimento de ideias e soluções que contribuem para o desenvolvimento do cuidado integral (CECILIO, 2011; PEREIRA, et al., 2011).

As ações executadas nas unidades precisam proporcionar informações relevantes para cada momento em que as mulheres se encontram, enquanto gestantes e/ou puérperas. Visitas domiciliares, pré-natal, puericultura, campanhas de vacinação, orientações em consultórios, grupos de gestantes dentre outros, são momentos de informações individuais ou coletivas que consistem em diversas oportunidades em que a equipe pode promover e apoiar o AM.

O acolhimento à mulher, ao bebê e a família deve ser destacado para que o vínculo seja firmado e fortalecido ao longo do cuidado ofertado. É fundamental que os profissionais de saúde conheçam o contexto em que essas mulheres se inserem e desta forma, a intervenção e o apoio à amamentação se torna mais eficazes (MARQUES et al., 2010).

A equipe pode se autoavaliar e promover reflexões sobre suas potencialidades e dificuldades, reconhecer suas limitações e trabalhar para que superem e incorporem novas práticas que garantam o cuidado integral.

Valorizar o que destacam como positivo na equipe se torna um estímulo para continuarem o trabalho e para que isso não seja perdido em meio a rotina e a convivência.

## 5. Considerações Finais

---

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aleitamento materno é uma prática relevante para a saúde pública e a APS configura-se como espaço fundamental para a realização de ações de promoção, proteção e apoio à amamentação e, conseqüentemente, para auxiliar no aumento da prevalência do AM.

A metodologia utilizada neste estudo possibilitou atingir os objetivos propostos. O *software* ALCESTE, usado para a análise dos dados, possui certa complexidade de manuseio, mas mostrou-se eficiente na configuração das classes e qualificação dos resultados.

A análise do *corpus* realizada pelo ALCESTE resultou em três classes abrangentes referentes às dificuldades com o AM enfrentadas pelas equipes gestoras das USF; aos suportes e equipamentos de saúde utilizados pelas equipes para apoiar o AM e à importância da gestão do cuidado frente ao trabalho em equipe para o desenvolvimento do cuidado integral.

As classes elaboradas permitiram evidenciar a perspectiva das equipes gestoras de saúde da família sobre a promoção, proteção e apoio à amamentação no âmbito da APS no contexto da rede de serviços de saúde do município de São Carlos.

A primeira classe referente às explicações das equipes para o desmame precoce, apresenta diferentes determinantes que interferem no sucesso da amamentação. Esses determinantes apontados pelas equipes de saúde da família consistem na introdução precoce de mamadeiras e fórmulas infantis; na influência da família; nas experiências anteriores das próprias mães ou de quem as apoia; na prescrição de fórmulas infantis pelos médicos; na vontade e disponibilidade da mãe; no retorno da mulher ao mercado de trabalho e na licença maternidade; no relacionamento das mães com as creches e na mobilização das equipes para a promoção e apoio à amamentação.

Notamos que muitas mães devido à falta de informações e influências externas podem optar em não amamentar seus bebês, o que é evidenciado pelos baixos índices de prevalência do AM e ocorrência do desmame precoce. Faz-se necessário que a promoção do AM seja contínua, de maneira que seja compreendido para além do ato de nutrir, mas também,

como estabelecimento de vínculo entre mãe, bebê e família com vistas ao aumento da prevalência do AM e redução do desmame precoce.

Evidenciamos, de acordo com os resultados da primeira classe, que as equipes relatam desenvolver ações e orientações para mães e famílias a respeito da prática de amamentar, no entanto, mostram certa impotência e frustração diante da não adesão das mães em amamentar. As equipes não se colocaram como sujeitos que podem influenciar na mudança da situação da baixa prevalência da amamentação. Parece que os determinantes da baixa adesão da mulher à prática de amamentar não são objetos de atuação dos profissionais de saúde.

Entendemos que é fundamental oportunizar diálogos, com a finalidade de compreender o momento e o contexto de mães e famílias que vivenciam o processo de AM com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades das mulheres e crianças.

Deste modo, é possível apontar alternativas e propiciar reflexões para mães e famílias a respeito da melhor decisão a ser tomada no seu contexto de vida. A troca de informações e a valorização dos sentimentos maternos revelam-se como grande potência para garantir o sucesso do AM. A adoção da estratégia de educação permanente em saúde nas unidades possibilitaria estas reflexões a respeito das dificuldades discutidas, proporcionando à equipe de saúde da família a construção de formas de lidar com os obstáculos na adesão ao AM.

A segunda classe relativa ao suporte e às redes de apoio ao AM aborda os recursos disponíveis para fundamentar à prática das equipes de saúde da família. Cursos, capacitações e educação permanentes foram apontados como fundamentais para a atualização contínua de conceitos e práticas para os profissionais qualificarem o cuidado ofertado.

Consideramos que há pouca informação sobre algumas estratégias de políticas públicas de saúde, como a rede cegonha e a importância do desenvolvimento do cuidado em rede, o que gera insatisfação nas equipes que acabam reproduzindo ações sem compreenderem a finalidade das mesmas. Parece haver pouca articulação das equipes de saúde da família com o banco de leite do município, refletindo-se em poucos encaminhamentos realizados a

este serviço, pois as equipes possuem poucas informações sobre a atuação do banco de leite.

Identificamos que a intersectorialidade é relevante na construção do cuidado integral voltado às necessidades do processo de AM, pois a articulação entre os diferentes setores e serviços permite atividades e condutas na mesma linha do cuidado.

Os profissionais acabam, muitas vezes, perpetuando a falta de articulação entre os demais setores, buscando seus próprios recursos independentemente da resolução efetiva dos casos que aparecem nas unidades. Porém, a interação com setores como banco de leite e maternidade, poderiam tornar o cuidado em AM mais resolutivo, humanizado e integral.

A terceira classe trata da gestão do cuidado em AM. As equipes de saúde da família revelaram que o desenvolvimento da gestão do cuidado ocorre de forma conjunta, ou seja, envolvendo todos os profissionais da equipe de saúde e não apenas os profissionais de nível superior que, no município de São Carlos, compõem a equipe gestora.

Evidenciamos que as reuniões de equipe propiciam o diálogo, troca de informações entre os profissionais da equipe e proporcionam uma visão ampliada para a realização do planejamento de ações com vistas a promover o cuidado de maneira integral. Para o desenvolvimento de ações voltadas à prática do AM, entendemos que planos de cuidado com base nas necessidades e especificidades das mães e famílias seriam potencializadores para a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno.

Torna-se importante que as equipes não apenas descrevam suas dificuldades e limites. É fundamental que os profissionais trabalhem nestes problemas, para que as condutas sejam mais adequadas ao desenvolvimento de um cuidado integral e um planejamento de ações que busque transformar a prática diária.

Entendemos que esse estudo possui limitações referentes ao contexto de cada unidade, pois não foi possível acompanhar a rotina das equipes de saúde da família para compreender como ocorre a prática e as ações desenvolvidas no cuidado em AM.

Esperamos que este estudo possa contribuir com profissionais de equipes de saúde com a finalidade de aprimorar e qualificar a produção e a

gestão do cuidado integral voltado à promoção, proteção e apoio à prática do AM. Sugerimos que novos estudos sejam realizados, principalmente sob o foco da gestão do cuidado em AM em âmbitos regionais e estaduais para que sejam identificadas, avaliadas e valorizadas as políticas públicas de saúde voltadas para a amamentação e efetivadas as redes de atenção à saúde e o cuidado integral a mulheres, crianças e famílias que estejam vivenciando a prática do AM.

## Referências

---

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, p. 119-125, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf> >. Acesso em: 20 dez. 2013
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf> >. Acesso em: 05 dez. 2013.
- ARANTES, C.I.S; MONTRONE A.V.G; MILIONI, D.B. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 4, p. 933-44, 2008. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a06.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.
- ARAÚJO, M.F.M et al. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.3, n.2, p. 195-204, 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a10v03n2.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.
- AYRES, J. R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set./dez., 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104129020040003003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104129020040003003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 05 dez. 2013
- BADUY, R.S et. al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p. 295-304, fev., 2011. Disponível em< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) >. Acesso em: 06 dez. 2013.
- BOSI, M.L.M; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n .41, v.1, p. 150-3, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2013.
- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 47 p. Disponível em:<[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf)>. Acesso em 17 dez. 2013.
- \_\_\_\_\_. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a.

Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 16 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 16 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. 1990c. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 07 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Innocenti**. 1990d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_innocenti.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Normas básicas para o alojamento conjunto**. Programa Nacional de incentivo ao aleitamento materno. Brasília, 1993a. Disponível em:< [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08\\_20.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_20.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição- INAN. Secretaria de Programas Especiais-SPE. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno-PNIAM. **Normas Gerais para Bancos de Leite Humano**. Brasília. Ministério da Saúde. 1993b. 20 p. Disponível em:< [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322\\_1988.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322_1988.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.: il.: (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf) >. Acesso em: 16 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.449/Gm**, de 25 de agosto de 2005. Institui Grupo de Trabalho com objetivo de estabelecer critérios para o Primeiro Monitoramento Oficial da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1449.htm>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **RDC-ANVISA nº. DE 171**, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. 2006. Disponível em:<

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%20171-%202006.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009a. 112 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em:<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf) >. Acesso em: 11 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 108 p.: il. (Serie C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em:<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da saúde, 2009c.56 p. : il. (série B. textos Básicos de saúde). Disponível em:<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf) >. Acesso em: 13 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família(ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011a. Disponível em:<  
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. 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. 2011b. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 17 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo Da Criança. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, janeiro, 2011c. Disponível em:<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca\\_modulo1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf) >. Acesso em: 17 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 204 p. : il. 2011d. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf) >. Acesso em: 17 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. 58 p. : il. (Série I. História da Saúde ). Disponível em:<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\\_amamenta\\_brasil\\_primeiros\\_passos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654/GM**, de 19 de junho de 2011. Institui, o âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, n. 138, 20 jul. 2011f, p. 79. Disponível em:<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html) >. Acesso em: 17 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.715** de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, 18 de novembro de 2011g, p. 89. Disponível em:<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2011/prt2715\\_17\\_11\\_2011.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2011/prt2715_17_11_2011.htm)> . Acesso em: 17 de dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em:<  
[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf) >. Acesso em: 10 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Semana Mundial de Aleitamento Materno – SMAM**. Rede Brasileira de Bancos de Leite. Fiocruz, 2012b. Disponível em: <  
<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377>>. Acesso em 08 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 32 p.: Il. Disponível

em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_alimentacao\\_nutricao\\_rede\\_cegonha.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_alimentacao_nutricao_rede_cegonha.pdf)>. Acesso em: 07 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. 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. 2013b. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html)>.

CAMARGO, B.V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P. et. al. (Org). **Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/ Ed. Universitária, p.511-540. 2005. Disponível em: <[http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005\\_alc.pdf](http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005_alc.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2014.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde e Paideia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 3ª. ed., 2007.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 849-859. 2007. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 19 dez. 2013.

CAMPOS, G.W.S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008. p. 132-153.

CARNEIRO, R.G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14143283201300010005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14143283201300010005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jan. 2014.

CARRASCOZA, K.C. et al. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 1045-1060, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312011000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jan. 2014.

CARVALHO, M.R. Manejo ampliado da amamentação. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. Amamentação: bases científicas a prática profissional. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 330-345.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, dez., 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 fev. 2014.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunic. saúde, educação**, Botucatu v.15, n.37, p.589-99, 2011 Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf> >. Acesso em 19 dez. 2013.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. de. (Org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS. ABRASCO. 2003.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4 ed. São Paulo: Cortez Ed., 2000.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2006.

COSTA, G.D. et. al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. e Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1347-1357, 2009. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a07v14s1.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007. 212p.

CUNHA, A.C.B.; SANTOS, C.; GONCALVES, R.M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v.64, n.1, p. 139-155, 2012. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180952672012000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672012000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 dez. 2013.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.D.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: Parte 2: Desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt\\_v15n4a25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a25.pdf) >. Acesso em: 10 nov. 2013.

FABBRO, M.R.C.; MONTRONE, A.V.G.; ARANTES, C.I.S. Políticas, ações e manejo do aleitamento materno. In: FABBRO, M.R.C.; MONTRONE, A.V.G. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. São Caetano do Sul, SP: Difusão ed.; série Hideko, v.3. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio de Janeiro, 2013.

FERREIRA, M.E.V.; SCHIMITH, M.D.; CÁCERES, N.C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. & Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a35.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2014.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, jan, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf> >. Acesso em: 08 jan. 2014.

FONSECA-MACHADO, M.O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. Revista Esc. Enferm, USP, São Paulo, v.46, n.4, ago. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000400004&script=sci_arttext) >. Acesso em 05 fev. 2014.

GARCIA, M.M.R. et al. O conhecimento das puérperas sobre preparo das mamas e aleitamento materno. **Rev. Eletrônica Gestão e Saúde**, v.4, n. 1, p.1684-1698, 2013. Disponível em:< <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/232> >. Acesso em: 19 dez. 2013.

GIUGLIANI, E.R.J. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 70, n.3, p. 138-151, 1994. Disponível em:< <http://www.jped.com.br/conteudo/94-70-03-138/port.pdf> >. Acesso em: 21 dez. 2013.

GIUGLIANI, E.R.J. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 15-25.

GOMES, A.M.T., OLIVEIRA, D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n.6, p.1011-8, nov.-dez., 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a14.pdf> >. Acesso em: 20 dez. 2013.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS V.; MENDES JUNIOR, W.V. **Qualificação dos Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2. ed., 2011., cap. 6, p.153-190. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

KAUFMANN, C.C. et al. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul (Brasil). **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 157-165, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822012000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 dez. 2013.

LAMAS, A.E; CALVO, M.C.M.; FREITAS, S.F.T. A dimensão profissional na gestão das redes de cuidado: mobilizar saberes diante de novas atribuições. **Sau. e Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 83-88, 2012. Disponível em: <<http://stat.emdebate.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1968/2246>>. Acesso em: 28 dez. 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 dez. 2013.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. & Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p.1463-1472, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2013.

MACIEL, A.F; VERÍSSIMO, M.L.Ó.R. Conhecimentos e práticas de trabalhadores de uma creche acerca do aleitamento materno. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum**, v. 20, n. 3, p. 688-698, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n3/04.pdf> >. Acesso em: 21 dez. 2013.

MARQUES, E.S. et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciênc. & Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v, 15, Supl. 1, p. 1391-1400, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/049.pdf> >. Acesso em: 21 dez. 2013.

MARTINS, R. M. C. **Implementação da iniciativa unidade básica amiga da amamentação** : educação continuada e prática profissional. 2007. 104f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação E Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007. Disponível em:<<http://www.processoseducativos.ufscar.br/disserta06.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1411-1416, set/out. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, ago. 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_arttext) >. Acesso em: 29 dez. 2013.

MIRANDA, F. A. N. de et al. Representações sociais e o papel terapêutico dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, set./out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

MOREIRA, P.L.; FABBRO, M.R.C. Utilizando técnicas de ensino participativas como instrumento de aprendizagem e sensibilização do manejo da lactação para profissionais de enfermagem de uma maternidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, set. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300014)>. Acesso em: 05 fev. 2014.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 6, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, Lisboa, v.13, n.3, p.44-57, set-dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

OGATA, M.N., MACHADO, M.L.T, CATOIA, E.A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.**; v.11, n.4, p. 820-9, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B; SOUZA, I.E.O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1901-1910, nov-dez, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/30.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

OLIVEIRA, M.I.C. Amamentação em atenção primária à saúde. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação: bases científicas a prática profissional**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 287-301.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno**. Genebra, 1981.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n.2, ago. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.p>>. Acesso em: 07 dez. 2013.

PARADA, C.M.G.L. et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p.407-14, maio-junho, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a16> >. Acesso em: 03 fev. 2014.

PEREIRA, D.B et al. A integralidade no cotidiano das práticas em um centro de Atenção psicossocial. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 16, n.3, p. 430-6, 2011. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21165/16226>>. Acesso em: 07 dez. 2013.

PEREIRA, M.J.B. et al. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 7, n. 1, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n1/05.pdf> >. Acesso em: 10 jan. 2014.

PIRES, M.R.G.M.; GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília; v. 62, n.2, p.294-9, mar-abril, 2009. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200020) >. Acesso em: 10 jan. 2014.

POLIT, D.F. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell. 5ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POMBO-DE-BARROS, C.F. Análise textual com o Programa ALCESTE: uma aplicação em pesquisa de representações sociais no campo da política. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 275-278. Disponível em: <[www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps)>. Acesso em: 08 fev. 2014.

QUELUZ, M.C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 537-43, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/02.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2013.

REA, M. F. Reflexos sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl.1, 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000700005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700005) >. Acesso em: 08 fev. 2014.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, dez. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 fev. 2014

SÃO CARLOS (Município). Prefeitura Municipal. São Carlos, 2013a. Disponível em: < <http://www.saocarlos.sp.gov.br>>. Acesso em: 01 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **A Semana do Bebê**. São Carlos, 2013b. Disponível em: < <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/a-semana-do-bebe.html>>. Acesso em: 01 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Saúde. **VI Conferência Municipal de Saúde do município de São Carlos**. São Carlos, 2013c. Disponível em: < <http://www.saocarlos.sp.gov.br>>. Acesso em: 01 out. 2013.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde, COSEMS. **Termo de Referência para Estruturação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde**. São Paulo, ago. 2011a. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/termo\\_de\\_referencia\\_redes\\_regionais.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/termo_de_referencia_redes_regionais.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde, COSEMS. **Redes Regionais de Atenção à Saúde**. Grupo Técnico Bipartite criado pelo Deliberação CIB nº 17 de 04 de maio de 2011b. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Regulacao-Saude-NovaApres-07-03.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013

\_\_\_\_\_. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Quem somos: Histórico. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.fmcsv.org.br/Pt-br/quemsomos/Paginas/Historico.aspx>>. Acesso em: 10 out. 2013

SILVA, A. A. M. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico – social dos saberes e práticas sobre o aleitamento materno na sociedade brasileira. 1990. 320 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990. Disponível em:< <http://www.pgsc.ufma.br/arquivos/amamentacaofardooudesejo.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2013.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p. 2753-2762. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

SOUSA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Rev. Panam. Salud. Pública**, Washington, vol.34, n.2. p.127-134, 2013. Disponível

em:<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892013000800008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892013000800008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jan. 2014.

SOUSA, C.B.; SANTO, L.C.E.; GIUGLIANI, E.R.J. Politique publique de soutien à l'allaitement maternel: l'expérience du Brésil. **La Santé de L'homme**, [S.l.], n.408, p. 34-38, ago. 2010. Disponível em:<<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-408.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2014.

SOUZA, S.N.D.H.; MELLO, D.F.; AYRES, J.R.C.M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n 6, junho, 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000600015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 fev. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, p. 762, 2002. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2013.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso: 20 dez. 2013.

VENANCIO, S. I.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F; GIUGLIANI, E.R.J. Reflexões sobre a trajetória do Aleitamento Materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela Humanização do Parto e Nascimento e com a Política Nacional de Humanização. **Rev. Tempus Actas Saúde Col.**, Brasília, v. 4, n. 4. 2010.

VITORIA REGIS, L.F.L. **Satisfação no trabalho da Enfermagem**: pela construção de um conceito. 2011. 177t. Tese (Doutorado), UFRJ. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em:<[http://teses2.ufrj.br/51/teses/EEAN\\_D\\_LorenaFagundesLadeiaVitoriaRegis.pdf](http://teses2.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_LorenaFagundesLadeiaVitoriaRegis.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2014.

WROBEL, J.S.; ZEFERINO, M.V.C.; CARNEIRO, T.C.J. Ensino de cálculo diferencial e integral na última década do enem: uma análise usando o ALCESTE. Anais do XI Encontro Nacional de Educação Matemática – ISSN 2178–034X. XI Encontro Nacional de Educação Matemática, Curitiba – Paraná, julho, 2013. Disponível em:<[http://sbem.esquiro.ghost.net/anais/XIENEM/pdf/2263\\_683\\_ID.pdf](http://sbem.esquiro.ghost.net/anais/XIENEM/pdf/2263_683_ID.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2014.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Division of Child Health and Development. Indicators for assessing breastfeeding practices.** Geneva, 1991. Disponível em:<  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_CDD_SER_91.14.pdf) >. Acesso: 21 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices.** Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007. Washington, D. C., 2008. Disponível em:<  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf?ua=1) >. Acesso: 21 dez. 2013.

## Apêndices e Anexos

---

## APÊNDICE 1

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº: \_\_\_\_\_

Participante 1	Participante 2	Participante 3
1. Idade: _____	1. Idade: _____	1. Idade: _____
2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
3. Profissão: _____	3 Profissão: _____	3. Profissão: _____
4. Tempo de formação profissional: _____	4. Tempo de formação profissional: _____	4. Tempo de formação profissional: _____
5. Há quanto tempo trabalha na Estratégia Saúde da Família: _____ ESF São Carlos: _____	5. Há quanto tempo trabalha na Estratégia Saúde da Família: _____ ESF São Carlos: _____	5. Há quanto tempo trabalha na Estratégia Saúde da Família: _____ ESF São Carlos: _____

6. Como vocês analisam a atuação da equipe gestora em relação a gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde/ESF?

7. Vocês já ouviram falar em Redes? Redes de Atenção?

O que vocês sabem sobre as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)?

- Existem dentro dessas RRAS, a Rede de Atenção Materno Infantil.

Que ações são desenvolvidas para garantir a atuação dessa frente na USF?

8. O que vocês conhecem sobre as estratégias da política nacional de aleitamento materno?

- Então, contem-me o que sabem sobre Rede Amamenta Brasil?

- E ações como a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; Iniciativa Hospital Amigo da Criança?

- E a Rede Cegonha? Existe alguma diretriz municipal sobre a implantação dessa estratégia que vocês conheçam?

- Com relação a essas estratégias, existe alguma prática que vocês desenvolvem aqui na USF? Vocês acreditam que poderia ser desenvolvida alguma ação na USF? Qual (is)?

9. - Como ocorre a interação entre a USF e os demais serviços que envolvem atenção à saúde da criança e da mulher, principalmente relacionada à amamentação?

10. Vocês conhecem a situação da prevalência do aleitamento neste território?

- Como analisam a situação da amamentação na população do território da USF?

- Quais os principais problemas ou dificuldades do processo de amamentação que vocês identificam na unidade e/ou no território.

11. A equipe da unidade recebeu algum suporte municipal, como cursos, materiais impressos e orientações que possibilitou ampliar conceitos e práticas sobre o Aleitamento Materno?

- Se sim, conte-me o que foi oferecido?

- O que acham de atividades desse tipo?

12. Quais ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são realizadas pelos profissionais da equipe da ESF?

- Quais ações acreditam que precisaria ser implementadas?

13. Como avaliam esse cuidado prestado à mulher, criança e família no processo de aleitamento materno?

14. Contem-me algum episódio de gestão da equipe em que foi realizada ações de Aleitamento Materno na USF?

15. Qual avaliação que fazem sobre a gestão do cuidado voltado ao processo de aleitamento materno (mulher, bebê, família) na USF. Quais as potencialidades e dificuldades?

16. Vocês gostariam de acrescentar alguma coisa?

Muito Obrigada!

**ANEXO 1**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**  
**(CEP)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A gestão da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde

**Pesquisador:** Juliana de Moraes Baldan

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 11402612.4.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 170.970

**Data da Relatoria:** 12/02/2013

**Apresentação do Projeto:**

O projeto apresenta-se bem estruturado.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a gestão da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde sob a perspectiva das equipes gestoras da saúde da família do município de São Carlos, São Paulo.

**Objetivo Secundário:**

Identificar as ações e estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família.

Apreender as concepções das equipes sobre as estratégias preconizadas pela política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento

materno. Identificar como é realizada a gestão das ações de aleitamento materno na saúde da família. Apreender as potencialidades e

dificuldades vivenciadas pela equipe de saúde da família na implementação e gestão das ações de aleitamento materno.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Entende-se que os riscos envolvidos neste estudo são mínimos e relativos apenas aos sujeitos da

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



pesquisa, ou seja, enfermeiros, médicos e dentistas das unidades de saúde da família do município de São Carlos-SP. Percebe-se que os riscos possíveis são de constrangimento, desconforto e cansaço. Os sujeitos da pesquisa poderão recusar-se a participar do estudo caso haja desconforto e/ou constrangimento no momento da realização da entrevista. Neste caso, a entrevista será interrompida imediatamente. Portanto, diante de tal desconforto, será solicitado que explique a pesquisadora se houve algum erro, que em seu julgamento, tenha sido cometido. Sallienta-se que em qualquer momento, sem acarretar danos pessoais ou profissionais, o entrevistado tem a liberdade de interromper o procedimento da pesquisa.

**Benefícios:**

Julga-se que os benefícios pela participação na pesquisa correspondem à ação da equipe gestora das unidades de saúde da família, bem como da Atenção Primária à Saúde. Desta maneira, serão disseminadas informações para melhorar a qualidade do serviço dos gestores das unidades, além de contribuir para que as políticas de aleitamento materno sejam melhor executadas. Com isto, os de saúde (SILVA, 2011). Busca-se a clínica ampliada, isto é, ampliar o objeto do cuidado no sentido de não olhar apenas para a doença do usuário e sim, visar problemas que possam ser risco ou tornar as pessoas vulneráveis a diversas situações desfavoráveis (CAMPOS, AMARAL, 2007). A gestão é, portanto, um artifício bastante importante para efetivação de políticas de saúde, pois estas integram os serviços de saúde, de maneira que fazem parte do processo organizativo da unidade (FERNANDES et. al., 2010). Isto é, as atividades da equipe gestora voltam-se para solução de problemas, planejamento de ações, elaboração e aplicação de estratégias e estas são fundamentais para execução das políticas de saúde na unidade (FERNANDES et. al., 2010). Essas políticas e intervenções após serem elaboradas são colocadas em prática, de modo a integrarem os municípios e serem lançadas às instituições responsáveis para sua posterior difusão. Estas dependem da intersetorialidade e se constituem desafios para o SUS, isto é, colocar em prática tais propostas de forma integral e também humanizada (BRASIL, 2009). Apesar de o Brasil possuir diversas políticas e estratégias que difundem e apoiam a amamentação, as taxas de prevalência se apresentam aquém do estimado pela Organização

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Mundial de Saúde (OMS). Muitas vezes, os artigos trazem a questão da responsabilidade da promoção do AM para os profissionais, principalmente para a equipe de enfermagem (FILHO; NETO; MARTINS, 2011). Porém, o sucesso do aleitamento materno vai além da atuação individual dos profissionais de saúde. Há, também, responsabilidade do gestor das ações e dos serviços do SUS na proposição e execução das estratégias voltadas ao aleitamento materno, e, neste sentido, a equipe gestora das Unidades de Saúde da Família possui um papel fundamental, pois o planejamento, a organização e a avaliação das ações são inerentes a sua atuação. A gestão compartilhada entre os profissionais da ESF deveria se responsabilizar pela atenção às necessidades dos usuários, dentre elas àquelas que envolvem a mulher, a criança e a família durante o processo de amamentação. Partindo-se dos pressupostos de que a atenção primária à saúde é a coordenadora do cuidado em rede e que a equipe de profissionais de nível superior da ESF é responsável pela implementação e gestão das ações pertinentes à política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: o que as equipes de gestão conhecem sobre as estratégias da política nacional de aleitamento materno? As equipes conhecem a situação da prevalência do aleitamento no território sob sua responsabilidade e como analisam tal situação? Quais ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são realizadas pelos profissionais das equipes da ESF e quais precisariam ser implementadas? Como avaliam o cuidado prestado à mulher, criança e família no processo de aleitamento materno? Como as equipes tem realizado a gestão desse cuidado?

Tamanho da Amostra no Brasil: 45

resultados poderão contribuir na ampliação do conhecimento e estimular que novas pesquisas sejam feitas nessa área, de modo a visar à melhoria das ações na Atenção Primária.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos adequados.

**Recomendações:**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 12 de Dezembro de 2012

---

**Assinador por:**  
**María Isabel Ruiz Beretta**  
(Coordenador)

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP                    **Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

**ANEXO 2**  
**PARECER DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO CUIDADO**  
**AMBULATORIAL- SÃO CARLOS**



**Prefeitura Municipal de São Carlos**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial**  
 Rua 9 de Julho, 1599 – São Carlos-SP  
 CEP: 13560-042 – Fone (16) 3371 1716 / 3372 8193

**PARECER Nº 59/2012**

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: *“A gestão da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde”*, a ser desenvolvido pela mestrandia Juliana de Moraes Baldan, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, sob orientação da Profª Drª Cássia Irene Spinelli Arantes, tendo como objetivo analisar a gestão da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde sob a perspectiva das equipes gestoras da saúde da família do município de São Carlos, São Paulo.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, como por exemplo, a preocupação quanto ao sigilo das informações e que a pesquisadora tomará as devidas condutas para minimizá-lo, no sentido de ocultar e não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa; e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Escola de Saúde em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado completa o estudo anterior e aponta que a coleta dos dados será realizada nas Unidades de Saúde da Família do município, caso haja necessidade de utilização do espaço da Unidade afetas ao D.G.C.A da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- O contato e formalização do convite aos sujeitos da pesquisa deverão ser realizados pela pesquisadora, sem qualquer ônus para esta Secretaria;
- A pesquisadora deverá se apresentar à equipe portando cópia deste parecer;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo Livre e Esclarecido pelos participantes e;
- Após a conclusão do projeto deverão ser enviados os resultados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 23 de Novembro de 2012

  
 Denise Martins Gualtieri  
 Diretora do D.G.C.A. – SMS

*Denise M. Gualtieri*  
 Diretora do Depto. de Gestão  
 do Cuidado Ambulatorial (D.G.C.A.)