

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

Sérgia Cristina Haddad Mota

**Prevalência do aleitamento materno e ações de promoção,
proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde:
estudo com equipes de saúde da família.**

SÃO CARLOS
2013

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

Sérgia Cristina Haddad Mota

**Prevalência do aleitamento materno e ações de promoção,
proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde:
estudo com equipes de saúde da família.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cássia Irene Spinelli Arantes

São Carlos

2013

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

M917pa

Mota, Sérgia Cristina Haddad.

Prevalência do aleitamento materno e ações de promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde : estudo com equipes de saúde da família / Sérgia Cristina Haddad Mota. -- São Carlos : UFSCar, 2013. 116 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Enfermagem. 2. Prevalência. 3. Aleitamento materno. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



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



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: SÉRGIA CRISTINA HADDAD MOTA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 26/02/13
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes
(Orientadora – PPGE_{nf}/UFSCar)

Enf. Dra. Maria José Bistafa Pereira
(EERP/USP)

Profa. Dra. Aida Victória Garcia Montrone
(DME/UFSCar)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha avó Joanna Moreira Alves (*in memoriam*) que, em sua simplicidade, dignidade e exemplo de mulher lutadora, soube me ensinar o valor do amor materno.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo à Deus pela graça de ter me permitido concluir este trabalho e aos meus pais, Gandur Haddad (*in memorian*) e Yole Alves Negrão Haddad, por todo o amor recebido e pelos ensinamentos e valores transmitidos.

Meus agradecimentos:

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, em especial aos docentes e coordenação, pela oportunidade de possibilitar a minha formação ao longo destes anos.

À Prefeitura Municipal de Araraquara-SP por permitir a realização deste estudo e por me liberar para as atividades do mestrado.

Aos profissionais das Unidades de Saúde da Família pela disponibilidade em participar deste estudo.

À amiga Sonia Barbieri pela paciência e disponibilidade na assessoria estatística deste trabalho e à amiga Poliana Patrício Aliane pela dedicação e carinho na condução e discussão dos grupos focais deste estudo.

À querida professora Dr.^a Cassia Irene Spinelli Arantes pela amizade, carinho, sensibilidade, apoio e orientação .

Às professoras Aida Victoria Garcia Montrone e Maria José Bistafa Pereira pela contribuição substancial oferecida na qualificação, o que me permitiu aprimorar ainda mais este estudo.

À minha família: Roberto, meu marido; Guilherme e Roberta, meus filhos; Cláudia, minha irmã, e Yole, minha mãe, pelo apoio, paciência e carinho durante os anos do mestrado.

RESUMO

O aleitamento materno (AM), fundamental à saúde, à qualidade de vida e à sobrevivência da criança no primeiro ano de vida, revela-se eficaz e econômico para a redução da morbidade e mortalidade infantil. A Atenção Primária à Saúde (APS) é importante estratégia para promoção e apoio do AM. A interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AME) prossegue sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública. A avaliação dos indicadores de prevalência do AM nas diferentes localidades é fundamental para a proposição de políticas públicas e implementação de ações de promoção, proteção e apoio ao AM voltada às situações encontradas. Objetivou-se analisar as necessidades de ações para promoção, proteção e apoio ao AM na APS, na perspectiva das equipes das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Araraquara-SP, a partir da prevalência, em menores de seis meses, no ano de 2009, segundo os indicadores de AM, definidos pela Organização Mundial da Saúde. Estudo descritivo analítico de abordagem quanti-qualitativa. Na primeira etapa, quantitativa, levantou-se os dados secundários referentes à prevalência do AM em menores de seis meses utilizando-se o banco de dados do Amamunic, de 2009, desse município, transmitidos para a pesquisadora, *on line*, pela Coordenação Geral do Projeto Amamunic, do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. A amostra foi de 1.882 crianças menores de um ano, das quais 886 tinham seis meses. Calculou-se, pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), as prevalências em AME de cada USF do município. Selecionou-se duas equipes de USF com maiores indicadores de prevalência em AME e duas com menores para participarem dos grupos focais da segunda etapa (qualitativa). O objetivo dos grupos focais foi analisar a necessidade de ações para promoção, proteção e apoio ao AM na APS, na perspectiva das equipes de USF. Validaram-se estatisticamente os resultados pelo teste de significância t de *Student* para comparação de frequência e pelo Qui-quadrado para comparação de distribuição de frequência. Na etapa quantitativa identificou-se que 30% das crianças estavam em AME, grande variação entre as prevalências de AME entre as USF e alguns determinantes do AME, no município. Na etapa qualitativa evidenciaram-se quatro unidades temáticas: as justificativas para o perfil da prevalência do AM, os determinantes da situação do AM, a atuação da USF na promoção, proteção e apoio ao AM e as propostas para promoção, proteção e apoio ao AM na saúde da família. Em relação aos determinantes do AM, apontou-se a relevância das instituições de parto do município e alguns aspectos maternos como dificultadores para o AM. Na atuação das equipes, estas referiram aspectos facilitadores e dificultadores à sua prática relacionados ao desenvolvimento do processo de trabalho na USF. Como propostas, referiram-se à necessidade de políticas públicas de incentivo ao AM de forma contínua, às mudanças no processo de trabalho na USF, incorporação de familiares nas ações com mulheres em AM. Espera-se que tais resultados possam subsidiar gestores da saúde no planejamento e adoção de novas ações de promoção, proteção e apoio ao AM nesse município.

Descritores: Prevalência. Aleitamento Materno. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Breastfeeding (AM), basic to the health, quality of life and survival of children in the first year of life, proved to be an effective and economical way for reducing morbidity and mortality. Primary Health Care (APS) is an important strategy for promotion and support of breastfeeding. The early cessation of breastfeeding (AME) continues being important public health problem. Evaluation of indicators of prevalence of breastfeeding in different locations is essential for proposing policies and implementation of promotion, protection and support of AM focused on the found situations. This study aimed to analyze the needs of actions to promote, protect and support the PM in APS, the perspective of the staff of USF, in the city of Araraquara, SP, from prevalence in children under six months in 2009, according to the AM indicators, a descriptive analytical approach defined by the World Health Organization, a quantitative and qualitative study. In the first step, quantitative, a secondary data about the prevalence of breastfeeding in children under six months old, rose, using the database Amamunic, 2009, for each USF in this city, transmitted to the researcher, via Internet, by the General Coordination Breastfeeding and Municipalities Project, Institute of Health State Health Secretariat of São Paulo-SP. The sample consisted of 1882 children less than one year old, of which 886 had six months. It was calculated with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), with the prevalence in each AME of each USF, by municipality. Two teams of USF with higher indicators of prevalence in AME and two groups with the smaller of these indicators were selected to participate in the second stage (qualitative). The purpose of the focus groups was to analyze the needs of actions to promote, protect and support the PM in APS, in view of USF teams. The results were validated by statistical significance, or t- from *student*, for comparison of frequency and the Qui-square test for comparison of frequency distribution. In the quantitative phase was identified that 30% of children were exclusively breastfed, which is a wide variation between the prevalence of AME among USF and some factors determinants of AME in the municipality. In the qualitative showed up four thematic units: the justifications for the profile of the prevalence of breastfeeding, the determinants of AM situation, the role of the ESF in promoting, protecting and supporting breastfeeding and proposals for the promotion, protection and support of AM in family health. Regarding the determinants of AM showed the relevance of municipality's child-birth institutions and some aspects as difficulties to maternal breastfeeding. The facilities and the difficulties to its practice related to process of work's development on USF were reported in the teams' work. The following proposals were mentioned: the need for public policies to stimulate AM continuously, changes in the labor process in his USF, incorporating the family shares with women in AM. It is expected that these results may support health managers in planning and adoption of new actions of promotion, protection and support for breastfeeding in this municipality.

Keywords: Prevalence. Breastfeeding. Primary Health Care.

RESUMEN

La lactancia materna (LM), fundamental para la salud, la calidad de vida y la supervivencia de los niños en el primer año de vida, ha demostrado ser eficaz y económico para reducir la morbilidad y la mortalidad infantil. La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia importante para la promoción y el apoyo de LM. Este estudio tuvo como objetivo analizar las necesidades de las acciones para promover, proteger y apoyar la LM en APS, en la perspectiva de los equipos de USF (Unidad de Salud Familiar) de Araraquara, SP, a partir de la prevalencia en menores de seis meses en 2009, según los indicadores de LM, definidos por la Organización Mundial de la Salud. Un Estudio descriptivo analítico con enfoque cuantitativo y cualitativo. En la primera etapa, cuantitativa, se reunieron datos secundarios sobre la prevalencia de LM en niños menores de seis años, utilizando la base de datos de Amamunic de 2009, de este municipio, transmitidos al investigador online, por la Coordinación General del Proyecto de Lactancia y Municipios del Instituto de Salud de la Secretaría Estatal de la Salud de Sao Paulo-SP. La muestra fue de 1882 niños menores de un año, de los cuales 886 tenían seis meses. Se calcularon mediante el programa (SPSS), las prevalencias en cada una de LME de cada USF del municipio. Se seleccionaron dos equipos de USF con los mayores indicadores de prevalencia en AME y dos con los menores para participar en la segunda etapa (cualitativa). Los resultados se validaron estadísticamente por el test de significación t de *Student* para la comparación de la frecuencia y por el Qui-cuadrado para la comparación de su distribución. En la etapa cuantitativa se identificó que el 30% de los niños estaban amamantados en forma exclusiva (LME), una grande variación entre las prevalencias de LME entre las USF y algunos determinantes de LME en Araraquara. En la etapa cualitativa se presentaron cuatro unidades temáticas: las justificaciones para el perfil de la prevalencia de LM, los determinantes de la situación de LM, el desempeño de ESF en la promoción, protección y apoyo a LM y las propuestas para la promoción, protección y apoyo de AM en la salud familiar. En cuanto a los determinantes de la LM se mostró la relevancia de las instituciones de parto del municipio y algunos aspectos maternos como las dificultades para LM. En el trabajo de los equipos, remitieron los aspectos facilitadores y dificultadores de su práctica relacionados al desarrollo del proceso de trabajo en su USF. Como propuestas se mencionaron la necesidad de políticas públicas de incentivo de la LM de forma continua, los cambios en el proceso de trabajo en la USF, la incorporación de familiares en las acciones con las mujeres en LM. Se espera que estos resultados pueden ayudar a los administradores de la salud en la planificación y la adopción de nuevas acciones de promoción, protección y apoyo de la LM en este municipio.

Descriptores: Prevalencia. Lactancia materna. Atención primaria a la salud.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AMAMUNIC	Projeto Amamentação e Municípios
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
APS	Atenção Primária à Saúde
BLH	Banco de Leite Humano
CMS	Centros Municipais de Saúde
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPENS	Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da USP
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF	Programa de Saúde da Família
SESA	Serviço Especial de Saúde da Universidade de São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das crianças menores de um ano residentes em Araraquara, por faixa etária, segundo tipo de AM. Araraquara-SP, 2009	46
Tabela 2 - Prevalência dos diferentes tipos de AM, por faixa etária das crianças (meses). Araraquara-SP, 2009	47
Tabela 3 - Valores das medianas por tipos de AM no município de Araraquara-SP, 2009	48
Tabela 4 - Consumo de água, chás, sucos, frutas, papas salgadas, comida da família e uso de chupeta por menores de seis meses em AM e em não AM. Araraquara-SP,2009	52
Tabela 5 - Associação entre AME ou não AME e as variáveis maternas e relativas à criança e ao parto	54
Tabela 6 - Prevalência de AME, AMP, AMC e em não aleitamento (NA) em menores de seis meses, no grupo de crianças estudadas por Unidades de Saúde, Araraquara-SP, 2009	57
Tabela 7 - Prevalência dos diferentes tipos de AM por Unidades de Saúde da Família. Araraquara-SP, 2009.....	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Valores das prevalências do AME, segundo idade em dias, das crianças menores de seis meses de vida. Araraquara-SP, 2009.....	49
Gráfico 2 -Percentual de crianças menores de um mês em AMP, por tipo de líquidos que receberam (água, chá). Araraquara-SP, 2009	50
Gráfico 3 -Percentual das crianças entre 90 e 180 dias em AM que receberam comida salgada e frutas. Araraquara-SP, 2009	51
Gráfico 4 -Prevalência dos diferentes tipos de AM, em menores de um ano, por tipos de Unidades de Saúde. Araraquara-SP, 2009.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –Categorização das Unidades Temáticas	59
---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 A prevalência da amamentação e seus determinantes	22
2.2 Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde.	26
2.3 A Saúde da Família e a prática do aleitamento materno	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
3.1 Primeira etapa: abordagem quantitativa	37
3.2 Segunda etapa: abordagem qualitativa	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1 Etapa quantitativa: a prevalência dos diferentes tipos de aleitamento materno no município de Araraquara-SP	46
4.1.1A situação dos diferentes tipos de AM nas Unidades de Saúde do município	56
4.2 Etapa qualitativa: o AM na perspectiva das equipes de saúde da família.....	59
4.2.1 As justificativas para o perfil da prevalência do AM.....	60
4.2.2 Os determinantes da situação do AM.....	64
4.2.3 A atuação da ESF na promoção, proteção e apoio ao AM.	73
4.2.4 Propostas para promoção, proteção e apoio ao AM na saúde da família.	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE	111
ANEXO	115

APRESENTAÇÃO

A gestação e a maternidade sempre me fascinaram. O cuidar também sempre me interessou e foi o que me levou a escolher a graduação em Enfermagem. Quando iniciei o curso de enfermagem na UFSCar, em 1981, tive a oportunidade de, logo no primeiro semestre do curso, participar como ouvinte do Simpósio sobre Amamentação Materna. Nesse simpósio, tive meu primeiro contato com as bases científicas do AM e percebi que o assunto era muito interessante.

Ao término da graduação, fui trabalhar no Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, onde tive a oportunidade de atuar na unidade de Alojamento Conjunto e desenvolver meus conhecimentos teóricos e práticos em amamentação. O interesse pela área materno-infantil me levou a buscar mais conhecimento e me especializei, no ano 1987, em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social pela Escola Paulista de Medicina em São Paulo, SP. No ano 1989, participei do 41º Congresso Brasileiro em Enfermagem, quando tive a oportunidade de assistir palestra da professora Drª Vera Heloisa Pileggi Vinha e depois, em 1998, trabalhando, como enfermeira de UBS da Prefeitura Municipal de Santos, conheci a Drª Keiko Teruya e a Drª Laís Graci dos Santos Bueno, pediatras do Centro de Lactação de Santos, vindo a participar de um treinamento sobre aleitamento materno, ministrado por elas. Após esses contatos significativos para minha vida profissional, tive a minha experiência pessoal em AM quando do nascimento do meu primeiro filho. Passei por várias dificuldades, entre elas o desconhecimento de novas posições para acomodar o bebê ao peito. Esses fatores, desconhecidos para mim até o momento, interferiram muito nos primeiros dias e acabei ficando com os mamilos fissurados. Durante a primeira semana de puerpério, recebi apoio de profissional especializada em AM. A importância do apoio do profissional na primeira semana foi a chave do sucesso. Após esse período, trabalhei por sete anos em um hospital particular de Araraquara-SP, sendo quatro desses anos como supervisora da maternidade e do berçário, onde pude ajudar muitas puérperas com seus bebês no processo de AM. Em 1999, participei do I Curso de Atualização em AM promovido pelo Serviço Especial de Saúde de Araraquara da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Em 2007, tive a oportunidade de me voltar para a área acadêmica, quando pude exercer

atividades na disciplina de Saúde da Mulher na UFSCar e, em 2009, no Centro Universitário de Araraquara. Esse contato acadêmico com a área da Saúde da Mulher me incentivou a ampliar meus conhecimentos sobre AM, com foco na atuação dos profissionais de saúde na atenção primária, mais especificamente nas unidades de ESF do município de Araraquara.

Atualmente, trabalho em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) como enfermeira e tenho vivenciado, rotineiramente, as inúmeras dificuldades das mulheres em amamentar seus bebês e, em algumas vezes, a consequência do desmame precoce. A proposta inovadora da ESF e a percepção da necessidade de uma análise dos profissionais de saúde sobre os resultados obtidos no último levantamento de dados do Projeto Amamentação e Municípios – Amamunic, em 2009, em Araraquara-SP, sobre a prevalência do aleitamento materno, me incentivaram a produzir conhecimento sobre promoção, proteção e apoio ao AM na atenção primária à saúde. E, dessa maneira, fornecer informações para subsidiar novas ações das equipes de saúde que venham a contribuir para o aumento da prevalência do AM neste município.

A partir deste estudo, pretendo dar continuidade a novos estudos que, relacionados à prática profissional, venham a colaborar na implantação de ações que possam transformar e reconstruir a prática do AM.

Assim, são apresentados a seguir os passos desta pesquisa. O presente manuscrito está organizado em cinco capítulos, sendo o primeiro deles a introdução ao tema da pesquisa, na qual se apresenta o objeto de estudo, além de elencar questões e reflexões que nortearam a construção dos objetivos gerais e específicos.

No segundo capítulo, são apresentados elementos do levantamento bibliográfico que constituem o referencial teórico. O referencial teórico compreendeu os seguintes temas: a prevalência da amamentação e seus determinantes; a promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde (APS); a saúde da família e a prática do AM.

O terceiro capítulo diz respeito à descrição do percurso metodológico, com o delineamento do desenho e do cenário do estudo, sujeitos envolvidos, os instrumentos de coleta de dados, bem como a forma de análise dos mesmos e as considerações éticas.

No quarto capítulo são apresentados os resultados e discussões, obtidos nesta investigação, de cunho quali-quantitativo. Os resultados quantitativos relacionam-se à prevalência do AM no município e nas Unidades de Saúde do município de Araraquara-SP, no ano de 2009. Os resultados qualitativos foram configurados em quatro categorias temáticas e referem-se às concepções das equipes de saúde da família sobre as justificativas para o perfil de prevalência do AM, os determinantes da situação do AM, a atuação das equipes de saúde da família na promoção, proteção e apoio ao AME, e as propostas para promoção e apoio ao AM na saúde da família.

Finalmente, no quinto capítulo, foram tecidas algumas considerações e reflexões sobre o que a pesquisa conseguiu responder em relação aos objetivos e ao objeto de estudo, e também algumas indagações e perspectivas para outros estudos.

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é, sem dúvida nenhuma, muito mais que uma forma de alimentação do lactente, ele é de fundamental importância para a saúde, para a qualidade de vida e para a sobrevivência no primeiro ano de vida. A evolução do conhecimento científico indica, cada vez mais, que os inúmeros benefícios do AM não se restringem apenas à época de sua prática. Estes, assim como os prejuízos da não prática do AM, levam a repercussões na saúde do indivíduo, em toda a extensão de sua vida (RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2008).

Entre os benefícios que o AM proporciona ao recém-nascido, pode-se citar o efeito protetor contra doenças infecciosas como sarampo, diarreia e infecções respiratórias agudas, especialmente em crianças desnutridas com menos de um ano de idade, além de proteger contra a doença celíaca, otites, meningite bacteriana, infecções do trato urinário, displasia bronco-pulmonar, retinopatia, linfomas e leucemias, diabetes mellitus, osteoporose e doença vascular na vida adulta. O efeito benéfico da amamentação sobre as funções neurológicas e cognitivas das crianças é também significativamente elevado em relação às alimentadas por fórmulas, nas idades de seis a 24 meses. Na prematuridade, o leite materno proporciona mais benefícios ao rápido desenvolvimento do cérebro imaturo do bebê devido à presença de ácido araquidônico, ácido docosaenoico e ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa. Fatores como melhor maturação visual, habilidade motora, poucos problemas de ordem emocional e de comportamento também foram observados (TERUYA; COUTINHO, 2002).

Amamentar é, portanto, um amplo processo que envolve inclusive a interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade em se defender de infecções e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter também implicações na saúde física e psíquica da mãe. É, também, a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, constituindo-se assim na mais sensível, econômica e eficaz intervenção para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2009a).

Em relação às mães, o AM proporciona o desenvolvimento do apego aos seus bebês, menor índice de rejeição e abandono, tornando-as menos ansiosas,

com vontade de interagir com seus filhos, expressando maior satisfação em alimentá-los. (TERUYA; COUTINHO, 2002).

A OMS e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que o AM seja exclusivo por seis meses e complementado até dois anos ou mais. E ressaltam, ainda, que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, o que pode, inclusive, trazer prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada a uma menor duração do AM, a um maior número de diarreias, de hospitalizações por doenças respiratórias, de desnutrição entre outras perdas (BRASIL, 2009a).

Batista, Andrade e Giolo (2009) realizaram um estudo sobre os fatores associados à duração do AM em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil, e os resultados obtidos apontaram os seguintes fatores como os que contribuem para o desmame precoce: o baixo peso da criança ao nascimento, o fato de a mãe trabalhar fora de casa e as dificuldades encontradas pela mãe para amamentar nos primeiros dias pós-parto.

A respeito das dificuldades encontradas pelas mulheres em amamentar seus filhos nos primeiros dias pós-parto, sabe-se que é nas primeiras semanas do puerpério que surgem as principais intercorrências da lactação e amamentação, que, somadas à insegurança materna e muitas vezes familiar, resultam na introdução de outros alimentos para a nutrição do lactente (SILVA, 2000).

Oliveira (2005) ressaltou que, no Brasil, assim como em muitos outros países, a rede de assistência primária à saúde é pública, atende a maioria das mulheres, sendo considerada a principal responsável por acompanhar as gestantes durante o pré-natal, as mães e os bebês no puerpério e as crianças em seus primeiros anos da vida. A gestação, por si só, representa uma etapa singular para a promoção do AM, sendo esse período, para a maioria das mulheres, responsável pela definição dos padrões de alimentação que elas esperam praticar com seus filhos. O acompanhamento do binômio nos primeiros dias pós-parto é de fundamental importância para que o AM se estabeleça. Sendo assim, o apoio oferecido pela APS é extremamente necessário à manutenção da amamentação após a alta da maternidade.

Os primeiros dias após o parto, fundamentais para o sucesso da amamentação, constituem-se em um período de intenso aprendizado, e o apoio dos profissionais dos serviços da APS para acompanharem o processo de amamentação

e o crescimento e desenvolvimento da criança, em atendimentos individuais ou em visitas domiciliares, depende fundamentalmente do preparo dessas pessoas (BRASIL, 2009a). Faz-se necessário, para tanto, que os profissionais da APS se sensibilizem com as dificuldades das mulheres em processo de amamentação, desenvolvendo e ampliando seu vínculo com elas. Para Merhy (1994), a criação de vínculo implica em “refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com cada usuário de sua área de abrangência e com os tipos de problemas que eles apresentam”.

Fujimori et al. (2010), em estudo sobre os aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do AME na perspectiva de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), referiram que os serviços de saúde parecem exercer influência; porém, as situações relatadas pelas mulheres sugerem a importância de os profissionais de saúde estarem disponíveis para ajudá-las no dia a dia. Os depoimentos desse estudo indicaram que não basta à mulher querer amamentar, conhecer suas vantagens e duração recomendada, pois, para que essa prática seja efetivamente estabelecida e mantida, ela precisa de apoio e de ser compreendida na particularidade de sua realidade sociocultural. As autoras referiram, ainda, que as abordagens precisam deixar de valorizar apenas vantagens bioquímicas e fisiológicas do leite materno para a saúde da criança e incorporar o entendimento do significado da maternidade e da corporeidade no cotidiano da mulher contemporânea, esgotada pelo mundo regrado. Há de se encontrar estratégias que reconheçam o lugar da mulher e a valorize como sujeito de direito e dona do seu corpo, evitando-se reproduzir o discurso da culpabilização e da responsabilização, identificado em vários estudos (FUJIMORI et al., 2010). Além da vontade materna e da habilidade dos profissionais de saúde em promover o AM da forma acima destacada, é preciso considerar que o sucesso da prática da amamentação depende também de políticas governamentais adequadas e do apoio e participação de toda a sociedade (FUJIMORI et al., 2010).

A implementação das ações de proteção e promoção do AM depende, também, de esforços coletivos intersetoriais, constituindo enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2009a). Indicadas ao longo dos anos e consideradas estratégias simplificadas na atenção primária à saúde para a redução da mortalidade e morbidade infantis, as ações de promoção e apoio ao AM, principalmente em países do Terceiro Mundo,

estão inseridas nas políticas da área da saúde da mulher e da criança e têm colocado o AM como de extrema relevância social, especialmente para populações empobrecidas. Nestas populações deve ser amplamente estimulado por ser vital à sobrevivência das crianças no primeiro ano de existência, em razão das condições desfavoráveis de vida que trazem implicações para a saúde infantil (PEREIRA et al., 2004).

Parada et al. (2005) consideram que o Programa Saúde da Família (PSF) pode ser uma boa estratégia para promoção e apoio ao AM pelo fato de poder proporcionar às famílias atenção à saúde preventiva e curativa em seu próprio local de moradia. A equipe de saúde da família, no que se refere ao AM, pode inclusive desenvolver atividades educativas durante o período pré-natal, período em que consegue interagir mais efetivamente com as mulheres, conhecendo suas experiências anteriores, avaliando o significado momentâneo dessa fase para ela, avaliando sua gravidez e outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o processo do AM. Essa estratégia possibilita ao profissional atuar efetivamente nas intercorrências comuns no início da amamentação, como traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, responsáveis, muitas vezes, pelo desmame precoce. Entretanto, os autores ressaltam que, mesmo em áreas de atuação de equipes de saúde da família, tem sido um desafio ampliar a adesão à prática do AM, especialmente na forma exclusiva (PARADA et al., 2005).

No Brasil, a II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF) analisou a evolução dos indicadores de AM no período de 1999 a 2008, e a prevalência do AME em menores de seis meses em 2008 foi de 41%, sendo bastante heterogêneo o comportamento deste indicador no país, apresentando variação de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. Embora os dados obtidos nesta pesquisa reflitam o trabalho de três décadas da Política Nacional de AM, está-se distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS de amamentação até o final do segundo ano de vida e de AME até o sexto mês de vida. (BRASIL, 2009b).

Para análise das prevalências do AM nos municípios, Venâncio et al. (2002) realizaram no Estado de São Paulo uma pesquisa, com 84 municípios no ano 1998, sobre o Projeto AMAMUNIC, criado pelo Instituto de Saúde, e o NUPENS, que adota os mesmos indicadores de amamentação estabelecidos pela OMS. A coleta de dados, neste estudo, ocorre em dia nacional de vacinação, permitindo evidenciar

práticas alimentares no primeiro ano de vida. Os resultados apontam que a frequência do AME foi superior a 20% em apenas 32% dos municípios, enquanto a prevalência do aleitamento materno predominante (AMP) superior a 20% alcançou 86% dos municípios, identificando falta de informações das mães sobre os efeitos nocivos da administração de líquidos não nutritivos nos primeiros seis meses de vida da criança.

Considerada pioneira e uma das mais bem-sucedidas em vigilância da saúde no Brasil, essa iniciativa foi concebida não apenas como projeto de pesquisa, mas também, e principalmente, com o objetivo de fazer do inquérito sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida um instrumento para o gestor refletir, planejar e avaliar as ações de apoio e incentivo ao AM em seu município (PARIZOTO et al. 2009). Sua metodologia têm se mostrado adequada devido à sua rapidez, ao seu baixo custo e à possibilidade de obtenção de dados representativos da população em razão de sua alta cobertura populacional. No Brasil, é crescente o interesse dos municípios na realização de pesquisas sobre práticas de AM em campanhas de vacinação (SÃO PAULO, 2011).

Em resposta às necessidades de informações referentes às práticas de amamentação com vistas ao planejamento de saúde no município de Araraquara, estado de São Paulo, realizou-se, em setembro de 2009, uma pesquisa com o objetivo de conhecer a realidade do AM, nas crianças menores de um ano de idade, por meio do Projeto AMAMUNIC. Analisaram-se, nessa pesquisa, as práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram à Campanha de Vacinação no município de Araraquara, e, em uma análise preliminar, os resultados evidenciaram que a proporção de crianças menores de seis meses em AME foi de 31,49 % e em AMP foi de 19% (ARARAQUARA, 2009a).

Diante da baixa prevalência do AM no município de Araraquara e da importância dos serviços de atenção primária à saúde (APS) na promoção, proteção e apoio à amamentação, delinear-se algumas questões: Quais são os resultados dos indicadores de prevalência do AM nas diferentes unidades de saúde do município? O que os serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) têm realizado para promover, proteger e apoiar o AM no município? Quais ações têm sido desenvolvidas? Como os profissionais das equipes de saúde da família avaliam a situação do AM e seus determinantes no município e em suas unidades de atuação? Para buscar respostas a tais perguntas, foram formulados os seguintes objetivos:

a) Geral

- Analisar as necessidades de ações para promoção, proteção e apoio ao AM na APS, na perspectiva das equipes de saúde da família, do município de Araraquara-SP, a partir da prevalência em menores de seis meses, no ano 2009, segundo os indicadores de AM definidos pela OMS.

b) Específicos

- Descrever e analisar a prevalência, em menores de seis meses, dos indicadores de AM estabelecidos pela OMS no município e nas diferentes unidades de saúde de Araraquara.
- Apreender as concepções dos trabalhadores de diferentes equipes de saúde da família sobre a prevalência do AM e seus determinantes no município como um todo e na região onde ocorre sua atuação.
- Identificar as ações de promoção, proteção e apoio ao AM desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.
- Identificar necessidades e propostas de atuação das equipes de saúde da família com vistas ao aumento da prevalência do AM.
- Apontar perspectivas de atuação na promoção, proteção e apoio ao AM na APS do município.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A prevalência da amamentação e seus determinantes

A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida é importante para a saúde e o desenvolvimento da criança. A administração de outros alimentos juntamente com o leite materno altera a absorção dos nutrientes e sua biodisponibilidade, aumentando o risco de infecções, podendo também diminuir a quantidade de leite materno ingerido, levando a menor ganho ponderal (MARQUES; LOPES; BRAGA, 2004).

O AM é considerado, portanto, uma estratégia importante de sobrevivência infantil pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela OMS e por órgãos de proteção à criança. A proteção conferida pelo leite humano contra infecções comuns em crianças repercute na redução da mortalidade infantil. Aproximadamente de 13% a 15% de todas as mortes de crianças com idade abaixo de cinco anos em todo o mundo, sendo 50% por doenças respiratórias e 66% por diarreia, podem ser prevenidas com o AM (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2004).

A prevalência do AM pode variar de acordo com os países, regiões e tipo de populações urbanas e rurais (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006). O panorama mundial do AM mostra grande heterogeneidade, não só entre países como também entre regiões do próprio país. Grande parte dos trabalhos publicados sobre a extensão da prática da amamentação oferece números exclusivos sobre cidades e zonas específicas, sendo escassos os trabalhos que mostram dados da situação geral de um país (WENZEL, 2008).

Estima-se que nos países desenvolvidos somente entre 24% a 32% das crianças sejam amamentadas exclusivamente até o sexto mês, sendo encontrados, ainda, valores inferiores nos países em desenvolvimento (BERNARDI; GAMA; VITOLLO, 2011).

Em relação aos índices de AM no Brasil, Venâncio e Monteiro (1998) verificaram o aumento da duração da amamentação entre 1974 e 1989, passando de 2,5 para 5,5 meses. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) identificou aumento na mediana do AM de sete meses em 1996. Em 2006, esse

aumento alcançou os 14 meses (BRASIL, 2009c). E, em 2008, a II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM apontou que a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM foi de 341,6 dias, ou seja, 11,2 meses (BRASIL, 2009b).

As primeiras informações sobre a situação da prevalência do AME no Brasil evidenciaram que, em 1986, apenas 3,6% das crianças entre zero e quatro meses estavam em AME (MONTEIRO, 1997). Em 1999, o primeiro inquérito sobre prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), realizado durante campanha nacional de vacinação, verificou uma prevalência de 35,6% de AME em menores de quatro meses e duração mediana da amamentação de 10 meses (BRASIL, 2001). Dados de 2006 mostraram prevalência do AME de 38,6% em menores de seis meses (BRASIL, 2009c). E, em 2008, a II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM evidenciou que houve um aumento da prevalência de AME em menores de quatro meses para 51,2% e em menores de seis meses de 41% (BRASIL, 2009b).

As evidências reforçam a tendência ascendente do AM no Brasil. A interrupção precoce do AME prossegue sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública, evidenciando a necessidade de monitoramento constante dos indicadores, da busca de determinantes modificáveis, do delineamento de intervenções e da realização de novas pesquisas (QUELUZ et al., 2012; REA, 2003).

São vários os determinantes da situação do AM, que se traduzem em problemas e dificuldades de prolongar a amamentação. A administração de fluidos suplementares (água, chás) é uma das dificuldades e sua associação com o AME aumenta o risco de doença diarreica (BRASIL, 2002).

Oliveira et al. (2005) afirmaram que a idade materna também é um dos determinantes da duração do período de AM, destacando que mães mais velhas têm maior probabilidade de prolongar esse período.

Outro determinante importante na prevalência do AM é a área de moradia da mulher, se é urbana ou rural. Segundo Perez-Escamilla (2003), em estudo realizado em toda a América Latina e Caribe, mães da área rural amamentam mais que mães da área urbana.

Quanto ao aspecto nível educacional, França et al. (2007) consideraram que mães que concluíram apenas o ensino fundamental ou médio apresentaram maior chance de interrupção dessa prática antes dos seis meses de

idade da criança. Queluz et al. (2012) e França et al. (2007) afirmaram que o grau mais elevado de instrução da mulher parece ser um possível fator preditivo de sucesso da prática do AME, podendo estar relacionado ao aumento da autoconfiança materna diante dos problemas e desconfortos da prática de amamentar e à maior possibilidade de receber informações sobre os benefícios da amamentação materna, propiciando mais condições de rejeitar práticas que, comprovadas cientificamente, prejudicam o processo de amamentação materna.

Wenzel (2008) afirmou que a volta ao trabalho é definida em vários estudos como um fator limitante ao AM. E, por sua vez, Venâncio et al. (2002) apontaram que o desemprego e o trabalho informal influenciam no desmame precoce. Queluz et al. (2012) referiram que o trabalho fora não se constitui em um aspecto dificultador para o AME, mas sim o fato de a mulher não ter licença-maternidade, o que pode levar à necessidade de iniciar o trabalho fora precocemente. Mães que trabalham fora de casa sem licença-maternidade e mães que não trabalham fora apresentam maior chance para a interrupção do AME, possibilitando apontar que essas duas situações podem indicar que são mulheres que não têm assegurado um recurso financeiro próprio. Fujimori et al. (2010) afirmaram, ainda, que, no Brasil, grande parte das mulheres que possuem trabalho remunerado não recebe tal benefício em razão do descumprimento da lei pelos empregadores ou por possuírem contratos informais de trabalho.

Para Silveira e Lamounier (2006), vários estudos relatam a associação do uso da chupeta com a diminuição do tempo de AM e que o uso da chupeta nas primeiras semanas de vida deve ser um sinal de alerta aos profissionais de saúde, pois pode estar associado à dificuldades no AM e as mães necessitando de apoio e orientações adequadas.

Vanucchi et al. (2005) afirmaram que mulheres primíparas têm maior chance de não amamentar e Venâncio et al. (2002) observaram que, além disso, o tempo de AM eleva-se de acordo com o número de filhos, principalmente em mães que obtiveram sucesso no aleitamento de filhos mais velhos. Um estudo de Queluz et al. (2012) evidenciou não haver associação entre o desmame e a primiparidade e pôde identificar que as mães primíparas são as que menos amamentam exclusivamente, sendo necessário um olhar mais atento da equipe de saúde para essas mulheres, aliado a uma educação no pré-natal mais qualificada e fundamentada em uma escuta acolhedora. E que essas ações podem se configurar

em estratégias direcionadas a capacitá-las e empoderá-las para que resistam às pressões sociais do desmame.

Segundo Giugliani (2005), os principais obstáculos à prática do AM podem estar associados à falta de conhecimento da população em geral, dos profissionais de saúde e dos gestores; condutas inapropriadas e falta de habilidades dos profissionais de saúde; aspectos culturais; falta de apoio e suporte familiar e comunitário; trabalho da mulher; e promoção inapropriada de substitutos do leite materno.

Ainda de acordo com Giugliani (2005), uma das causas do desmame precoce é a falta de conhecimento que a mãe tem a respeito da qualidade de seu leite, tanto para sanar a fome, como para conduzir ao adequado desenvolvimento do seu filho, pois o conhecimento da mulher é fator importante no processo de mudança do comportamento, muito embora esse, por si só, não garanta mudança de atitude.

As informações e as práticas inadequadas dos profissionais de saúde também têm influência negativa no estabelecimento e na manutenção do AM, como, por exemplo, a falta de habilidade para dar suporte às mães que amamentam e o manejo clínico inadequado do AM. As práticas hospitalares pautadas em normas e rotinas que atrasam a primeira mamada separam mãe e filho, estabelecem horários para amamentação e, frequentemente, fazem indicação desnecessária de leite não humano, bicos e chupetas que também se constituem em obstáculos ao AM (GIUGLIANI, 2005).

Fonseca-Machado et al. (2012) acrescentaram que a formação profissional contribui para a prática do AM, evidenciando, em seu estudo com profissionais de enfermagem da saúde da família, que, ainda hoje, essa prática está embasada na pedagogia tradicional e na educação continuada, centrada em ações distantes dos problemas contextuais, resultantes em uma prática fragmentada, de olhar biologista e verticalizado da amamentação.

Enfim, é grande a heterogeneidade de fatores que determinam a duração do AM e o desmame precoce. Wenzel (2008) afirmou que, no Brasil, são escassos os estudos nacionais que aprofundam esta discussão, mas que é de fundamental importância a realização periódica de estudos, de base populacional, que reflitam a realidade do momento sobre o AM. E que se mantenha especial

atenção para determinados grupos sociais, acompanhando-se as tendências do AM em suas diferentes modalidades.

2.2 Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde.

Em 1979, em Genebra, a OMS e o UNICEF discutiram juntamente com países interessados a alimentação infantil e propuseram o desenvolvimento de políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao AM, determinando que tais programas devessem ser incluídos entre as ações prioritárias de saúde (CARVALHO, 2005). Nesta discussão, estabeleceu-se por:

- a) Promoção: o propósito de criar valores e comportamentos culturais favoráveis à amamentação.
- b) Proteção: o estabelecimento e o cumprimento de um conjunto de leis que assegurem às mulheres desfrutarem do seu direito de amamentar.
- c) Apoio: o fornecimento de informação correta e prática no momento oportuno, com suporte emocional e respeito aos valores culturais e ao conhecimento da mulher. A expressão apoio nos remete à formação de vínculo entre profissionais e população.

Realizando-se uma retrospectiva histórica do incentivo ao AM no Brasil, foi possível observar que, até o início de 1980, as ações ocorriam de forma isolada e envolviam, sobretudo, o setor da saúde. Não existia até então um programa de governo ou uma instituição responsável pelo planejamento e coordenação dessas ações (BRASIL, 2001).

Em janeiro de 1981, o MS adotou as recomendações formuladas na reunião de Genebra em 1979, que alertavam para as consequências do desmame precoce e propunham a valorização do AM. Com o suporte do UNICEF, foi lançado no Brasil o PNIAM, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Esse programa passou então a ser o responsável pelo planejamento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM no país. O MS utilizou como estratégia de sensibilização ao AM a formação de grupos interministeriais e interdisciplinares de

trabalho sobre o tema, apoio a pesquisas, veiculação de literatura científica, capacitação de recursos humanos, implantação de alojamento conjunto com revisão das rotinas dos serviços de saúde, desenvolvimento e consolidação da rede nacional de bancos de leite humano (ARAÚJO, 2005). Entre outras ações, o PNIAM, visando proteger os direitos da mulher trabalhadora que amamentava, conseguiu incluir na CLT os seguintes direitos: licença maternidade de 120 dias, creche nas empresas com mais de 30 mulheres em idade fértil, dois descansos por dia para amamentar o filho até o sexto mês de vida e a licença-paternidade. Esta ação ocorreu em conjunto com grupo de mulheres, organismos não governamentais e parlamentares (ARAÚJO, 2005).

A parceria com organismos internacionais (UNICEF, Organização Pan-americana de Saúde- OPAS) contribuiu para elevar a duração mediana de AM no país de 2,5 meses em 1975 para 5,5 meses em 1989. Em 1990, o Brasil assinou a Declaração de Inocenti, na Itália, comprometendo-se a fortalecer a promoção da amamentação no país. E, no mesmo ano em Nova Iorque, na Reunião de Cúpula Mundial em favor da Infância, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade infantil no país (ARAÚJO, 2005).

A partir dos anos 90, o SUS é implantado, revelando no conjunto dos seus princípios doutrinários e organizacionais a universalidade, a integralidade, a equidade, a resolubilidade, a intersetorialidade, a humanização do atendimento e a participação social (BRASIL, 1999) e, em 1997, é extinto o INAN. As ações de AM ficam inseridas inicialmente na Coordenação da Área de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e, a partir de 1998, são incorporadas à Área de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde. Em 2001 a OMS aprovou a duração ótima do AME por seis meses, demonstrando os benefícios importantes para a mãe e para o bebê quando comparado com o AME durante quatro meses. No ano 2003 foi aprovada também, pela OMS, a estratégia global para a alimentação infantil, orientando os governos e a sociedade de modo a favorecer o AME até os seis meses de vida e contínuo até os dois anos ou mais, além da alimentação complementar adequada (ARAÚJO, 2005).

Entretanto, apesar da conhecida importância do AM e seus benefícios para a saúde da criança e da mãe, os vários programas governamentais desenvolvidos no Brasil e no mundo não foram suficientes para atingir as metas desejadas para a amamentação (BERNARDI; GAMA; VITTOLO, 2011). Queluz et al.

(2012) afirmaram que, apesar de todos os esforços, a atenção continua sendo oferecida de maneira fragmentada, havendo pouca valorização da escuta, do vínculo, da corresponsabilidade e do desenvolvimento da autonomia; bem como das ações intersetoriais e da participação popular na organização dos serviços de saúde. Os autores afirmaram, também, que ainda hoje presenciamos uma prática profissional insensível à realidade sociocultural e emocional das mulheres que amamentam. E que o desejo dos profissionais em resolver as situações de forma imediata no intuito de alcançar padrões nutricionais ideais e a redução das doenças faz com que tratem a amamentação apenas sob o enfoque biológico e se esqueçam de lidar com as angústias e inseguranças que a mulher carrega consigo e não consegue manifestar ao profissional.

Atualmente, em relação à proteção, alguns direitos da mulher protegem o AM, direta ou indiretamente, como (BRASIL, 2009a):

- a) A licença maternidade de 180 dias assegurada pela Lei Federal nº 11.770, de 09 de setembro de 2008, mediante incentivo fiscal às empresas. Desta forma, as empresas tributadas com base no lucro real que aderirem ao Programa terão dedução do imposto devido ao conceder os 60 dias de prorrogação da licença às suas servidoras.
- b) Direito à garantia no emprego, sendo vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da gestante ou da lactante, desde a confirmação até o quinto mês pós-parto (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - artigo 10, inciso II, letra b).
- c) Quando a saúde do filho exigir, o período de seis meses poderá ser dilatado a critério da autoridade competente (Consolidação das Leis do Trabalho, artigo 396, parágrafo único).
- d) Alojamento conjunto em todos os hospitais e maternidades vinculados ao SUS (mãe e filho, no mesmo quarto, 24 horas por dia). Portaria MS/GM nº 1016/2003.
- e) Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras - NBCAL (Portaria MS/GM nº 2.051/2001 e duas resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a RDC nº 221/2002 e a RDC nº 222/2002), e a lei nº11.265, de 03

de janeiro de 2006. Esses instrumentos regulamentam a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos.

Segundo Souza, Santo e Giugliani (2010), a Política Nacional de AM está, atualmente, organizada em seis braços estratégicos:

- a) O primeiro braço diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno na Atenção Básica, que é feito por meio da Rede Amamenta Brasil. Estratégia criada em 2008, alicerçada pela supervisão do processo de trabalho multiprofissional nas unidades básicas de saúde (UBS). Apoiar-se também na educação permanente em saúde e respeitar a visão dos profissionais e a regionalização.
- b) O segundo braço diz respeito à atenção hospitalar, mais especificamente a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Método Canguru. A IHAC, que está inserida na “Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da OMS e do UNICEF” e que busca cumprir os dez passos para o Sucesso do AM por meio de uma prática da amamentação é respaldada por rotinas hospitalares condizentes com a mesma. E o Método Canguru, que constitui um modelo humanizado de assistência perinatal ao recém-nascido de baixo peso, colabora intensamente com a elevação das prevalências de aleitamento materno.
- c) O terceiro braço diz respeito à Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH), a qual é responsável pela distribuição do leite materno aos recém-nascidos com dificuldades em serem amamentados, hospitalizados ou não.
- d) O quarto braço relaciona-se à adoção plena do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno e à criação, no ano 1988, da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e, em 2006, da Lei 11.625, “a qual regulamenta a promoção comercial e dá orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até três anos”. Em 2008 é ampliada a licença maternidade, de quatro para seis meses, e está sendo

estimulada na empresa a existência de “Salas de Apoio à Amamentação” que possibilitem a realização da ordenha mamária e o armazenamento do leite pela nutriz durante o período de trabalho com a finalidade de ser oferecido ao bebê na ausência dela. No ano 2009, foi publicada portaria com o intuito de regulamentar a estrutura física e o material necessário para a criação dessas salas.

- e) A Semana Mundial de Amamentação, o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, o Projeto Carteiro Amigo e a participação do Corpo de Bombeiros são ações estratégicas organizadas que representam no país a mobilização social.
- f) O sexto braço refere-se ao monitoramento das ações e das práticas em AM no país por meio da realização de inquéritos nacionais em dia de campanha de vacinação contra a poliomielite e por meio de pesquisas, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada a cada 10 anos.

O Brasil vem, portanto, investindo em políticas voltadas ao AM desde 1981 com a instituição do PNIAM, considerado modelo pela diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do marketing de leites artificiais (VENÂNCIO et al., 2010).

A promoção do AM deve ser vista, portanto, como ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. Promovê-la pode ser um bom exemplo da política pública que envolve família, comunidade, governos e sociedade, com baixo custo e excelente impacto sobre o desenvolvimento infantil (PARADA et al., 2005).

Oliveira (2005) realizou revisão sistemática da literatura científica em estudos publicados entre 1980 e 1999 e concluiu que as intervenções mais efetivas para a extensão do período de AM combinaram informação, orientação prática e apoio face a face e foram de média ou longa duração. As intervenções que compreenderam o período pré-natal foram mais efetivas do que as que

contemplaram o período materno-infantil. As estratégias mais efetivas foram as sessões de grupo durante a fase pré-natal, visitas domiciliares durante a fase materno-infantil ou ambas as fases e combinação das sessões de grupo, visitas domiciliares e sessões individuais que compreenderam os dois períodos. E concluiu que a implementação de uma iniciativa global de promoção, proteção e apoio ao AM na APS pode contribuir para o aumento da prevalência do AME no Brasil, bem como em outros países.

2.3 A Saúde da Família e a prática do aleitamento materno

Faz-se necessário abordar, primeiramente, a APS para iniciar a discussão sobre a ESF. O termo APS foi consensualmente produzido na Conferência Internacional de Alma Ata no ano 1978, cujo objetivo foi promover a troca de experiências entre os países sobre estratégias alternativas para oferecer acesso aos serviços de saúde às populações mais desprovidas, reduzindo as injustiças entre os excluídos e os privilegiados por meio da distribuição equitativa dos recursos, com o objetivo de alcançar um nível de saúde que permitisse aos indivíduos alcançar uma vida social e economicamente produtiva a um custo viável aos países (PEREIRA, 2008).

Nesse contexto, a APS se configurou em quatro modelos distintos em relação à prestação de serviços: APS seletiva, APS como nível primário do sistema, APS ampla (princípio de Alma Ata), Enfoque de saúde e direitos humanos. A APS seletiva compreende intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres, entre elas o incentivo ao AM. A APS como nível primário do sistema atua como porta de entrada e local de atenção continuada da maioria da população com ênfase na função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde. A APS ampla (princípio de Alma Ata) atua como estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a Enfoque de saúde e direitos humanos assinala a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos, com ênfase em políticas de inclusão e busca de equidade (OPAS, 2005). Devido à diversidade econômica das diversas regiões do Brasil, pode-se afirmar que as

experiências implantadas absorveram marcas estruturais e ideológicas, características das quatro interpretações (PEREIRA, 2008).

No processo de implantação e implementação do SUS, o Brasil estabeleceu como eixo estruturante do seu sistema de saúde a ABS incorporando os atributos da APS, com o objetivo de organizar o modelo de atenção à saúde, e tem adotado o termo de ABS para definir as ações que competem à APS.

As ações propostas para constituição da rede de ABS se orientaram pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social e consideram o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A ABS tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS, e, em 1994, o MS determina a implantação do, inicialmente denominado, PSF (BRASIL, 2006). Posteriormente o termo PSF ficou definido como ESF e não mais como programa. Morin (2004) afirmou que programa é a determinação de uma sequência de ações tendo em vista um objetivo e é eficaz em condições externas estáveis que possam ser determinadas com segurança. Enquanto estratégia é estabelecida tendo em vista um objetivo e vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ele conhece do ambiente incerto.

A ESF, criada em 1993 e lançada pelo MS em 1994, orienta-se por diretrizes básicas, como a substituição das práticas tradicionais por um novo processo de trabalho; o compromisso com a integralidade e a intersectorialidade; a territorialização; a atuação em equipes multiprofissionais; a responsabilização e o vínculo das equipes com a população adstrita; e o estímulo à participação popular e ao controle social (BRASIL, 1997), e, a partir delas, deixa de ser encarada como uma intervenção vertical e paralela às demais atividades inseridas nos serviços de saúde, como tradicionalmente os programas foram desenvolvidos pelo MS, e torna-se uma proposta substitutiva e de reestruturação do modelo de atenção (SILVA; ATHAYDE, 2008). A ESF surge com o objetivo de introduzir de forma permanente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), novas práticas de saúde que integrem ações clínicas e ações coletivas de saúde na prevenção e promoção da saúde

(SILVA; ATHAYDE, 2008) e está definida como modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias que envolvem ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focada na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade na qual está inserida (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Segundo Ciconi, Venâncio e Escuder (2004), o trabalho na ESF prioriza a assistência a alguns grupos populacionais considerados de maior risco a agravos: crianças menores de dois anos, gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Entre suas ações desenvolvidas se destaca a assistência materno-infantil, que envolve a promoção e o manejo do AM.

Starfield (2002) definiu atributos ou princípios essenciais dos serviços de APS, orientados para a comunidade, para conhecer suas necessidades de saúde, centrados na família e tendo competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais. Entre os atributos da APS está o princípio do serviço de primeiro contato, ou seja, ser porta de entrada do sistema de saúde; o princípio da responsabilidade pela coordenação das diversas ações e serviços, que visa garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços e a transferência de informações sobre os problemas de saúde das pacientes, de modo a assegurar a continuidade do contato. A atenção integral, ou seja, prestação de cuidados segundo as necessidades e a natureza dos problemas, oferecendo-se serviços preventivos e curativos e garantindo acesso, quando necessário, a todos os tipos de serviços por meio de encaminhamento. E a longitudinalidade, que se traduz em assumir responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação entre profissional, equipe, unidade de saúde ao longo da vida, independente da ausência ou da presença de doença (STARFIELD, 2002).

Os princípios da APS são fundamentais para a produção de cuidados das mulheres que estão em processo de AM e constituem-se em ferramentas essenciais para o apoio à mulher e à família ao vivenciarem esse processo (SOUSA, 2006).

Esses princípios devem ser aplicados, todavia, desde o pré-natal, garantindo o acesso da gestante à unidade de saúde sempre que necessário. As unidades de saúde devem estar sempre acessíveis para uma nova demanda ou

intercorrência pela qual as pessoas buscam soluções. Para Queluz et al. (2012), a ausência de uma porta de entrada facilmente acessível faz com que atenção adequada possa não ser obtida. E a longitudinalidade pressupõe uma atenção em longo prazo, com fortes laços interpessoais entre as mulheres e os profissionais de saúde refletindo em cooperação mútua entre eles.

A integralidade, em qualquer sentido que seja referida, implica em uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. Neste contexto essas características são fundamentais para que a prática do aleitamento materno se efetue, não como uma obrigação para as mulheres, mas que possibilite às mulheres e à família terem autonomia com responsabilidade e tranquilidade em suas decisões, proporcionando ao profissional de saúde mais condições de oferecer apoio à mulher (SOUSA, 2006).

Considerando-se a importância da ESF e o papel singular dos trabalhadores de saúde, é fundamental avaliar a dinâmica do trabalho que é efetuado no dia a dia da atenção primária em saúde, pelo fato de que a reorientação do trabalho realizado detém potencial para as mudanças nas modalidades de trabalho e prática dos trabalhadores; favorecendo a inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência à saúde, e também pela possibilidade de dar outra visibilidade ao SUS e às práticas desenvolvidas no âmbito da ESF (GALAVOTE et al., 2011).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Desenhos do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo analítico com abordagem quantitativa de análise dos dados (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). A abordagem quantitativa foi utilizada no tratamento dos dados referentes à prevalência da amamentação. A abordagem qualitativa foi adotada na análise dos dados referentes às concepções das equipes de saúde da família sobre a prevalência da amamentação e seus determinantes e sobre a promoção, proteção e o apoio ao AM na APS.

A pesquisa quantitativa parte de estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento, utilizando inicialmente raciocínio dedutivo e generalização. O raciocínio dedutivo é o processo no qual o pesquisador começa com uma teoria ou arcabouço estabelecido, em que conceitos já foram reduzidos a variáveis, e então coleta evidência para avaliar ou testar se a teoria é confirmada. Generalização é a extensão na qual a conclusão é desenvolvida com base em evidências coletadas de uma amostra, que pode ser estendida para uma população maior. (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

De acordo ainda com Driessnack, Souza e Mendes (2007), a pesquisa quantitativa frequentemente quantifica relações entre variáveis – a variável independente ou preditiva e a variável dependente ou resultado – envolvendo a análise dos números para a obtenção da resposta à pergunta ou hipótese da pesquisa, enquanto a pesquisa qualitativa envolve a análise das palavras.

A investigação quantitativa atua em níveis de realidade com o objetivo de evidenciar indicadores e tendências observáveis (MINAYO; SANCHES, 1993). É orientada pela busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse pelo aspecto subjetivo, utiliza procedimentos controlados, objetivos, exploratórios e sintéticos (SERAPIONI, 2000). Tais pesquisas são caracterizadas por sua qualidade, alta confiabilidade e reprodutibilidade dos resultados, permitindo que a construção inicial seja verificada e testada. A abordagem quantitativa deve ser utilizada para estudos que envolvam, na perspectiva social, um maior número de sujeitos, representantes de características do todo populacional (TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa, por sua vez, parte do princípio de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios sujeitos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Esse tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1999a). Enfatiza a necessidade de se levar em conta a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na criação e na implementação de programas sociais, considerando as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações (MINAYO, 2007).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador tem a possibilidade de conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença, entendendo mais profundamente sentimentos, ideias e comportamentos dos pacientes, familiares, bem como da equipe de saúde (TURATO, 2005). Tal abordagem de pesquisa ocorre no ambiente natural do sujeito, numa observação sem controle das variáveis, quando o pesquisador se envolve na própria vida da comunidade com ações disciplinadas, sendo o próprio pesquisador o instrumento da pesquisa, o qual pode apreender os objetos em estudo e interpretá-los, tornando-a possível com base em assertivas iniciais, de conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos (TURATO, 2005).

Ao utilizar as duas abordagens de pesquisa para responder às questões de investigação deste estudo, pode-se ter uma complementariedade na análise dos dados (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). Tal associação metodológica, para Minayo e Sanches (1993), não possui contradição, sendo necessária e podendo ser utilizada sempre que o planejamento da investigação estiver em conformidade, pois o estudo quantitativo pode gerar questões a serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa.

Cenário da pesquisa

O estudo ocorreu no município de Araraquara, situado na região central do estado de São Paulo, com população estimada, no ano 2009, de 200.665

habitantes, dos quais 2.132 crianças menores de um ano de idade (BRASIL, 2013). O município contava com área territorial de 1.005,97 km² e está distante da capital 270 km, segundo informações obtidas (ARARAQUARA, 2009b).

A taxa de natalidade do município vem decrescendo, chegando em 2007, segundo a Fundação SEADE, a 12,00 nascimentos por mil habitantes. Os dados em relação à mortalidade infantil para o ano 2008 foram de 14,42 (ARARAQUARA, 2009b).

A capacidade instalada dos serviços de atenção primária no município compreendia no ano 2009: 10 Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional, com atendimento nas 03 especialidades básicas (Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Clínica Geral); 03 Unidades Básicas de Saúde tradicional com PACS implantado e 10 Unidades da ESF. Considerando-se a Portaria MS/GM648, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, num parâmetro médio, a rede básica municipal de Araraquara tinha capacidade instalada suficiente para atender a população do município no ano 2009 (ARARAQUARA, 2009b).

3.1 Primeira etapa: abordagem quantitativa

Levantamento dos dados

Nesta etapa, foi realizado o levantamento dos dados secundários referentes à prevalência do AM em menores de seis meses, em Araraquara, enfocando a situação do AM nas diferentes Unidades de Saúde do município no ano 2009. Para a realização deste levantamento, foi utilizado o banco de dados do AMAMUNIC referente ao ano 2009, no referido município. O AMAMUNIC adota os mesmos indicadores de amamentação estabelecidos pela OMS e tem como objetivo fazer o inquérito sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida (VENÂNCIO et al., 2002). A coleta de dados se processou no dia 19 de setembro de 2009, dia nacional de vacinação. Os dados coletados pela Secretaria de Saúde de Araraquara foram arquivados na Coordenação Geral do Projeto AMAMUNIC, do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, e foram transmitidos, via *on-*

line, para a pesquisadora em planilhas do programa Excel, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara. Os dados foram processados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), que selecionou apenas as crianças residentes em Araraquara.

É importante ressaltar que a realização de pesquisas durante as campanhas de vacinação tem sido uma estratégia amplamente utilizada e recomendada no Brasil por possibilitar a obtenção de informações em um curto período e com um custo relativamente baixo. Além disso, a alta cobertura populacional das campanhas somada à utilização de delineamentos amostrais, como o utilizado no presente estudo, permite a obtenção de amostras probabilísticas representativas da população de crianças menores de um ano (SANTOS et al., 2008).

Do Projeto AMAMUNIC realizado no município de Araraquara, no ano 2009, participaram 97 entrevistadores selecionados e treinados para a cobertura de todos os CMS, USF e o SESA, bem como seus postos volantes, obtendo-se a proporção de um entrevistador para cada 50 crianças menores de um ano a serem vacinadas.

População e amostra

A população do estudo se constituiu de 2.132 crianças menores de um ano de idade (BRASIL, 2013). Foram realizadas entrevistas de mães ou responsáveis de 1.882 crianças por esses colaboradores (ARARAQUARA, 2009a). Dessas 1.882 crianças, 37 não residiam no município de Araraquara e 03 estavam com o preenchimento dos questionários de forma muito incompleta, 04 crianças estavam com 365 dias de vida e 11 apresentavam dados incompletos referentes às questões que envolviam o AM. Portanto, foram excluídas 55 crianças do número total da amostra, totalizando para este estudo uma amostra composta de 1.827 crianças.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada, inicialmente, por meio da análise descritiva da variável quantitativa prevalência do AM em menores de seis meses e, para tanto, foi necessária a utilização dos indicadores de tipos de AM estabelecidos pela OMS em 1991 (BRASIL, 2009a, p.12):

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

Aleitamento materno predominante (AMP): quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

Aleitamento materno (AM): quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

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

WHO, citado por Brasil (2009b, p. 56), destacou que “as prevalências obtidas em AME foram classificadas por escores, estipulados pela OMS para faixa etária de menores de seis meses da seguinte forma: Muito ruim 0-11%; Ruim 12-49%; Bom 50-89% e Muito bom 90-100%”.

Os dados foram submetidos à análise estatística de frequência e porcentagem para obtenção das prevalências de cada USF do município e processados pelo programa SPSS. Os resultados foram validados estatisticamente pelo teste de significância t de *Student* para comparação de frequência e pelo teste do Qui-quadrado para comparação de distribuição de frequência e discutidos posteriormente.

3.2 Segunda etapa: abordagem qualitativa

Esta etapa caracteriza-se pelo desenvolvimento da pesquisa descritiva e foi realizada em quatro unidades selecionadas a começar da primeira etapa metodológica. A investigação qualitativa propiciou a análise dos dados referentes às concepções das equipes de saúde da família sobre as justificativas para o perfil da prevalência do AM, os determinantes da situação do AM, a atuação da ESF na promoção, proteção e apoio ao AM, e as propostas para promoção, proteção e apoio ao AM na saúde da família.

Local e sujeitos do estudo

O local de estudo foi definido após a obtenção dos resultados da prevalência do AME por unidade de saúde, identificados na primeira etapa deste estudo. Tomando como base o perfil de prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, foram selecionadas as quatro USF: duas com maiores prevalências e duas com as menores prevalências em AME.

Os sujeitos participantes desta etapa da pesquisa foram os profissionais das quatro Unidades de Saúde da Família (USF) selecionadas para este estudo, totalizando cinco equipes, pois uma unidade possuía duas equipes de saúde da família. Participaram deste estudo 05 médicos, 05 enfermeiras, 10 agentes comunitários de saúde, 06 agentes de saúde, 03 dentistas, 01 atendente de consultório dentário e 01 oficial administrativo.

Coleta dos dados

Como técnica de coleta de dados, foi utilizado o grupo focal, pois este objetiva o levantamento de informações de um subgrupo de uma população específica. A meta do grupo focal é o uso explícito da interação do grupo para produzir dados, que estariam menos acessíveis ao pesquisador se não houvesse esse momento de interação do grupo (MORGAN, 1988). O grupo focal permite

evidenciar uma série de pontos de vista e processos emocionais, possibilitando a apreensão de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de manifestarem-se (GATTI, 2005). A utilização desta técnica tem se mostrado muito adequada para a fase de diagnóstico e outros eventos de Promoção da Saúde, podendo ser considerada uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo no qual se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes. Sua essência consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher os dados originados da discussão focada em tópicos específicos e diretivos. Por isto que é denominado de grupo focal (IERVOLINO; PELUCIONI, 2001). Para Gatti (2005), na condução do grupo focal, o princípio da não diretividade é muito importante e o facilitador e o moderador devem permitir ao grupo desenvolver sua comunicação sem ingerências da parte dele, ou seja, sem emissões de pareceres, como intervenções afirmativas ou negativas sobre o que o grupo está discutindo.

Ainda de acordo com Iervolino e Pelucioni (2001), sua composição deve abranger de 6 a 10 participantes e, preferencialmente, segundo Gatti (2005), deve ser composto de seis a doze pessoas. O interessante quanto à sua dimensão é compreender que um grupo focal muito grande pode limitar a participação e as oportunidades de trocas de ideias, elaborações e os registros (GATTI, 2005). Os participantes devem ser selecionados por apresentarem certas características em comum que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado. Sua duração típica é de uma hora e meia e uma de suas maiores riquezas baseia-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (IERVOLINO; PELUCIONI, 2001).

Neste estudo, foram formados quatro grupos focais com os diferentes profissionais que compõem as equipes de saúde da família das quatro USF selecionadas. Os grupos focais foram compostos por, pelo menos, um representante de cada categoria profissional que compõe as equipes de Saúde da Família de cada unidade, ou seja, um Enfermeiro, um Médico, um Odontólogo, um Agente de Saúde, um Agente Comunitário em Saúde e um Atendente de Consultório Dentário. Excepcionalmente, não houve a participação do dentista em um dos grupos e, em outros três grupos, não foi possível a participação da Atendente de Consultório Dentário.

Para a composição dos grupos focais, primeiramente houve contato com cada uma das gestoras das quatro Unidades de Saúde da Família (USF) para solicitação de autorização para o desenvolvimento dos grupos e para a exposição dos objetivos da pesquisa e da metodologia proposta, acordando-se o dia em que seria formado cada grupo focal nas Unidades. Foram agendados dois encontros para o desenvolvimento dos grupos focais com cada gestora das USF. No primeiro encontro, foi realizada uma apresentação da coordenadora e de sua auxiliar em cada grupo focal. Nesse momento foi realizada uma explanação, pela pesquisadora, dos resultados obtidos na etapa quantitativa com o objetivo de informar a equipe sobre os resultados de prevalência obtidos pelo município e por sua Unidade. Nessa ocasião foi entregue um relatório contendo os resultados obtidos para posterior leitura de cada participante (APÊNDICE A). No segundo encontro, houve a criação do grupo focal propriamente dito com as equipes, em dias pré-agendados em cada USF.

Os grupos focais foram definidos durante uma das reuniões semanais realizadas pelas equipes das Unidades selecionadas e foram conduzidos pela pesquisadora responsável (coordenadora), tendo como auxiliar uma profissional de psicologia que colaborou voluntariamente após convite da pesquisadora.

Para a constituição dos grupos focais nas quatro USF, foram utilizadas as salas de reuniões de cada Unidade. Os profissionais de cada equipe ficaram dispostos ao redor da mesa de reuniões e acomodados em cadeiras.

Em cada grupo focal, teve início a reunião com explicações sobre como o grupo seria conduzido e que a pesquisadora (coordenadora) conduziria o grupo e a auxiliar registraria os acontecimentos, como: falas, interrupções, silêncios, conversas paralelas, gestos, barulhos. Foi esclarecido a cada grupo que o registro da discussão seria realizado por gravadores e por escrito se houvesse o consentimento dos participantes. Todos os participantes consentiram nas formas de registro. Foi explicado, também, que o objetivo era entender o processo grupal e que as anotações e mesmo a gravação seriam sigilosas.

Foi estabelecido também um roteiro norteador de questões para que a coordenadora e a auxiliar do grupo o tivessem às mãos para conduzir o grupo nos tópicos a serem discutidos (APÊNDICE B).

Após a constituição dos grupos focais, o conteúdo gravado em áudio foi totalmente transcrito.

Os grupos focais foram identificados, neste estudo, com a denominação de USF 1 e de USF 2 para as equipes das USF que obtiveram as menores prevalências em AME em ordem crescente de valores obtidos. E como USF 3 e 4 as que obtiveram as maiores prevalências em AME, também em ordem crescente de valores obtidos, no estudo de prevalência do AM no município de Araraquara, no ano 2009.

Os integrantes dos grupos focais de cada unidade foram identificados segundo a USF a que pertenciam e segundo uma classificação numérica sequencial de pronunciamento dentro de sua categoria profissional. Cada categoria profissional teve uma sigla correspondente – assim, o médico foi identificado com a letra M, a enfermeira com a letra E, os agentes comunitários de saúde com as letras ACS, os agentes de saúde (técnicos em enfermagem) com as letras AS e as auxiliares de cirurgião-dentista com as letras ACD. Exemplificando, quando foi referido o ACS-2-1, entenda-se que a fala correspondia ao segundo agente comunitário que apresentou alguma explanação no grupo focal realizado na USF 1 e assim por diante.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da UFSCar-SP pela Plataforma Brasil e aprovada conforme parecer nº 8.554 do referido Comitê, relatado em 13 de março de 2012. Os participantes dos grupos focais foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE (Apêndice C). A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar e seguiu a Resolução nº 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Anteriormente à constituição de cada grupo focal foram recolhidos os termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) devidamente assinados por cada participante, sendo reafirmado que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSCar.

Análise dos dados

Dentro da abordagem qualitativa, utilizou-se a análise categorial temática, fundamentada na análise de conteúdo de Bardin, que compreende o tema como a unidade de significação do texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (MINAYO, 1999b). Nesse contexto, para Minayo (2008), fazer uma análise temática consiste, então, em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação e que se tornem valores de referência presentes no discurso. Esses núcleos são denominados de categorias e consistem num conjunto de elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.

Segundo ainda Minayo (2007), as categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Assim, trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. O processo de análise qualitativa dos dados compreendeu três etapas, descritas, a seguir, de acordo com Minayo (2007).

A primeira etapa compreendeu o tratamento das informações obtidas a partir das fontes consultadas e já referidas anteriormente neste estudo. A organização e a análise dos dados obtidos foram norteadas pelos objetivos do estudo e consistiram na transformação sistemática do documento primário bruto em um documento secundário.

A operacionalização do tratamento das informações abordou: I - leituras do material; II - recorte das informações interessantes; III - agrupamentos conforme os objetivos da pesquisa e o quadro teórico.

A segunda etapa diz respeito à composição do documento secundário incluindo-se a organização dos dados, com leitura cuidadosa das transcrições das gravações dos grupos focais, baseando-se sempre nos objetivos da pesquisa e da literatura estudada. Na codificação foram levantados temas que foram explorados durante o diálogo com os sujeitos deste estudo.

Na terceira etapa, foram articulados os conteúdos convergentes e divergentes e que se repetiram, recortando-se os extratos das falas em cada um dos temas levantados. Este procedimento permitiu configurar quatro categorias temáticas baseadas nos relatos dos grupos focais, apresentadas a seguir:

Na análise de cada categoria temática, foram consideradas as diferentes formas de expressão verbal e foi necessário imergir na dimensão subjetiva dos conteúdos manifestados. Procurou-se aprofundar a reflexão dos conteúdos com a teoria, buscando desvendar o “conteúdo latente” que elas possuem, não se prendendo ao “conteúdo manifesto”, o que permite descobrir, entre outras percepções, ideologias e tendências das características dos fenômenos sociais (TRIVINÓS, 1992).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Etapa quantitativa: a prevalência dos diferentes tipos de aleitamento materno no município de Araraquara-SP

Os resultados deste estudo mostraram que a prevalência do AME em menores de seis meses em Araraquara foi de 30% no ano 2009 (Tabela 1), o que caracteriza uma situação ruim considerando-se os parâmetros da OMS para indicadores de AME, conforme WHO, citado por Brasil (2009b, p. 56)¹. O mesmo escore foi verificado em 23 capitais do Brasil pelos dados obtidos na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e DF em 2009 (BRASIL, 2009b). Nesta mesma pesquisa, apenas quatro capitais atingiram o escore bom. Nesse sentido, Araraquara, em 2009, assim como a maioria das capitais brasileiras e o DF em 2008, encontrava-se em situação ruim para AME em crianças menores de seis meses.

TABELA 1- Distribuição das crianças menores de um ano, por faixa etária, residentes em Araraquara segundo tipo de AM, Araraquara-SP, 2009.

	Faixa Etária 2 - Criança												
	0-4 Meses		4-6 meses		0-6 meses		6-9 meses		9-12 meses		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
AME	236	41%	31	10%	267	30%	3	1%	1	0%	271	15%	
AMP	84	15%	22	7%	106	12%	7	1%	1	0%	114	6%	
Aleitamento	AMC	168	29%	161	52%	329	37%	262	54%	207	46%	798	44%
	NA	88	15%	96	31%	184	21%	215	44%	245	54%	644	35%
Total	576	100%	310	100%	886	100%	487	100%	454	100%	1827	100%	

* Base: Total amostra = 1827

Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora

Na Tabela 1, observa-se que o município de Araraquara apresentava prevalência, no ano 2009, de 30% das crianças menores de seis meses em AME. Essa prevalência apresentava um valor muito próximo ao do município de Serrana-SP, que obteve um índice de 29,8% de crianças em AME em 2009 (QUELUZ et al., 2012). Outros municípios como Botucatu, Bauru e Ribeirão Preto também obtiveram

¹ WHO. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**. Geneva: World Health Organization, mar. 2001.

índices próximos de prevalência em AME alcançando, na última década, respectivamente 21,3% (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007), 24,2% (PARIZOTO et al., 2009) e 29,6% (PEREIRA et al., 2004). O município de Alfenas-MG superou o município de Araraquara, obtendo uma prevalência em AME de 37,3% no ano 2008 (ARANTES et al., 2011).

A prevalência do AME em menores de quatro meses no município de Araraquara, no ano 2009, foi de 41%, enquanto a prevalência do conjunto das capitais brasileiras e do DF estavam em 51,2% em 2008, para essa mesma faixa etária (BRASIL, 2009b).

A tabela a seguir apresenta os valores das prevalências de AME, AMP, AMC e em não aleitamento (NA) no grupo de crianças estudadas, por faixa etária em meses, Araraquara-SP, 2009.

TABELA – 2 - Prevalência dos diferentes tipos de AM, por faixa etária das crianças (meses). Araraquara-SP, 2009.

Faixa etária (meses)	Aleitamento								Total	
	AME		AMP		AMC		NA			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 1 mês	62	51%	24	20%	30	25%	6	5%	122	100%
+1 a 2 meses	74	43%	24	14%	51	30%	23	13%	172	100%
+2 a 3 meses	60	42%	16	11%	44	31%	24	17%	144	100%
+3 a 4 meses	41	29%	21	15%	45	31%	36	25%	143	100%
+4 a 5 meses	24	15%	12	8%	74	46%	50	31%	160	100%
+5 a 6 meses	6	4%	9	6%	85	59%	45	31%	145	100%
Total	267	30%	106	12%	329	37%	184	21%	886	100%

* Base: Total amostra = 886

Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora

Observamos, na Tabela 2, que 71% das crianças de zero a um mês de vida estavam em AME e AMP e que, já no segundo mês de vida, essa proporção caiu para 57%. Verificamos também que um quarto das crianças estava totalmente desmamado antes do quarto mês de vida e que somente 29% das crianças aos três meses estavam em AME.

Comparativamente com o município de Alfenas-MG, o percentual de crianças em AME na faixa etária entre um e dois meses de vida estava em torno de 63,6% em 2008, enquanto o mesmo indicador no município de Araraquara estava

em torno de 43% em 2009. A percentagem de AME somada à de AMP entre bebês de um a dois meses de idade chegou a 100% no município de Alfenas-MG, em 2008, e o índice de AME no terceiro mês de vida era de 48,5% nesse mesmo município (ARANTES et al., 2011).

Com relação aos resultados obtidos neste estudo para indicadores de AME, pode-se destacar que, apesar de o município de Araraquara ter apresentado resultados acima ou próximos aos encontrados em outros municípios paulistas, tais indicadores ainda encontravam-se abaixo dos de outras localidades do Brasil e ainda muito aquém das recomendações preconizadas pela OMS e Ministério da Saúde (WHO, 2001; BRASIL, 2009b).

Observando-se esses dados mês a mês (Tabela 2), verifica-se que há um decréscimo paulatino nas prevalências de AME, mais acentuado a partir do quarto mês de vida, e que no sexto mês de vida esse índice cai para 4% de crianças em AME. Relativamente o mesmo decréscimo pode ser observado com as prevalências de AMP. E inversamente a essas situações apresentadas com o AME e com o AMP, pode-se verificar, nessa mesma tabela, uma ascensão linear das prevalências de AMC com o passar dos meses.

A observação de uma queda, mais significativa, na prevalência do AME a partir do terceiro mês de vida e, inversamente, da ascensão do AMC nesse período, sugere a associação à volta ao trabalho das mulheres em processo de aleitamento materno devido ao término da licença maternidade, fato este que precisaria ser mais investigado em outro estudo.

A tabela apresentada abaixo apresenta as medianas dos diferentes tipos de AM obtidas no município de Araraquara no ano 2009.

TABELA – 3 - Valores das medianas por tipos de AM no município de Araraquara- SP, 2009.

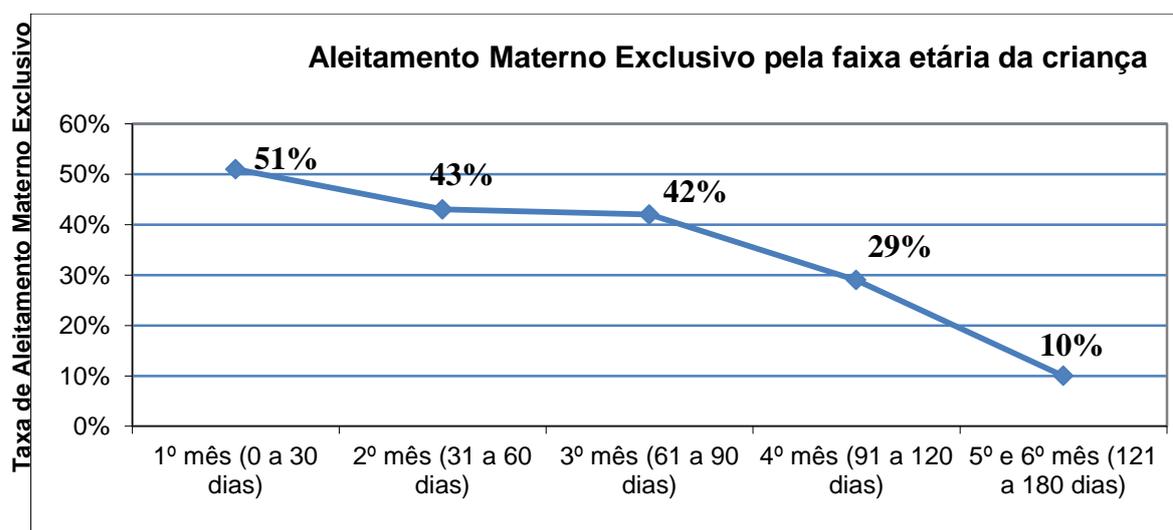
	Aleitamento	Percentis						
		5	10	25	50	75	90	95
Idade em Dias	AME	8,40	13,00	32,00	58,00	93,00	123,20	138,00
	AMP	10,00	14,70	33,75	68,50	113,50	143,00	167,95
	AMC	19,00	31,00	61,50	117,00	151,50	169,00	174,00
	NA	35,25	47,50	82,25	123,50	149,75	170,00	176,00

Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora

Com relação à mediana de AME, o resultado encontrado no município de Araraquara (58 dias) foi superior ao da pesquisa nacional de prevalência de AM, cujo valor foi de 54,1 dias no ano 2008 (BRASIL, 2009b). Observa-se que a mediana também está acima do resultado obtido no município de Serrana, o qual, no ano 2009, foi de 47,5 dias (QUELUZ et al., 2012), mas está abaixo da mediana de AME apresentada pelo município de Campinas nos anos 2004 e 2005, que foi de 90 dias (BERNARDI; JORDÃO; BARROS, 2009).

O Gráfico 1 apresenta as prevalências do AME, segundo a idade em dias das crianças menores de seis meses de vida em Araraquara, no ano 2009.

GRÁFICO 1 - Valores das prevalências do AME, segundo idade em dias das crianças menores de seis meses de vida. Araraquara-SP, 2009.



Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora

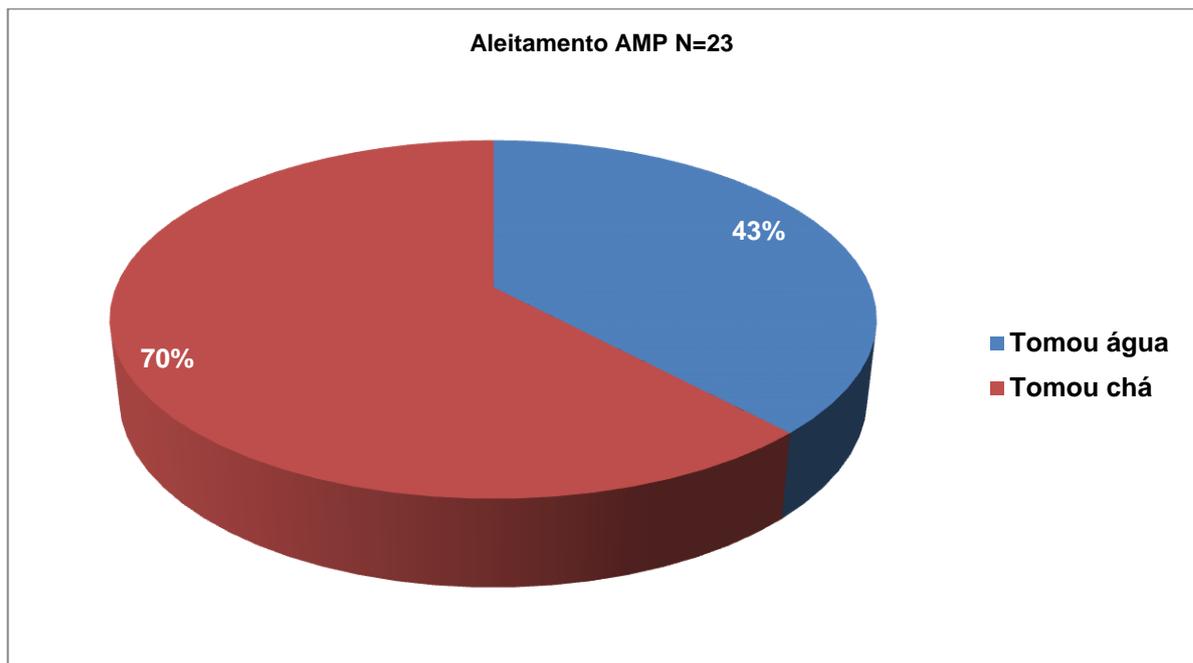
Observa-se no gráfico acima um decréscimo nas percentagens de AME com o passar dos dias de vida das crianças apontando para a necessidade de propostas para a melhoria desses indicadores, que poderiam ser operacionalizadas por meio da APS, estratégia que pode ser eficaz para operar mudanças na prática assistencial em AM e local propício para que as mulheres possam ser vistas em sua integralidade (RAMOS et al., 2008).

Para o município de Serrana-SP, em 2009, aos 30 dias havia 56,8% de crianças em AME, valor próximo ao encontrado no município de Araraquara-SP, em 2009. O município de Serrana-SP apresentou também o mesmo declive detectado

neste estudo em relação à prevalência de AME nos primeiros dias de vida das crianças (QUELUZ et al., 2012).

O Gráfico 2 representa a porcentagem de AMP em menores de um mês por tipo de líquidos que receberam (água e chá). Araraquara-SP, 2009.

GRÁFICO 2 - Percentual de crianças menores de um mês em AMP por tipo de líquidos que receberam (água, chá). Araraquara- SP.



Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora

O índice de recém-nascidos utilizando água (43%) e chá (70%) no primeiro mês de vida no município de Araraquara-SP, no ano 2009, foi superior ao encontrado na II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, de 2008, o que revela que a introdução precoce de água e chá já no primeiro mês de vida chega a 13,8% e 15,3% respectivamente (BRASIL, 2009b). Presume-se que a escolha do chá pode estar relacionada às crenças populares em relação às propriedades terapêuticas do mesmo (calmante e laxativa) para combater às cólicas do lactente. Algumas vezes, essas práticas são costumes antigos construídos dentro do ambiente familiar que tendem a ser conservadas e praticadas pelos seus membros, em certos casos tornando-se rotineiramente usado e/ou indicado na família. Essa atitude representa uma prática enraizada em nossa cultura, mesmo em

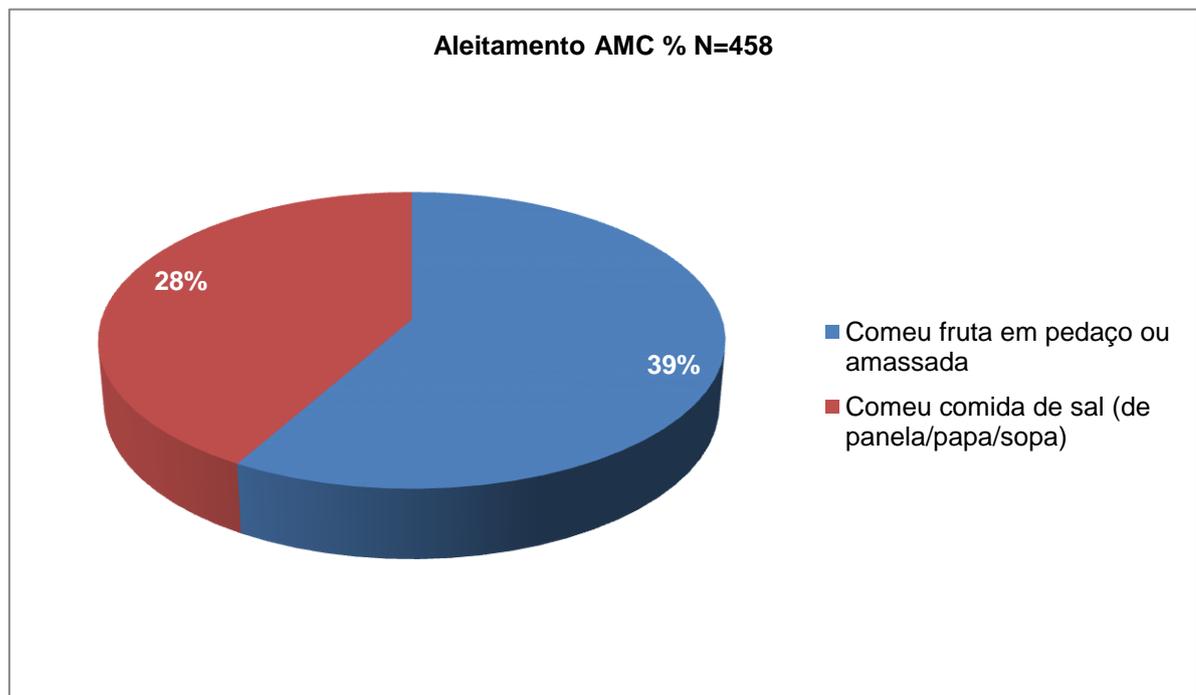
populações orientadas a não utilizar. Tal fato evidencia a potencialidade da cultura construída nas pessoas (MASCARENHAS et al., 2006).

As mulheres em AM, embora informadas sobre condutas recomendadas na amamentação e das contraindicações, agem de acordo com a situação vivida, adotando as práticas de seu grupo cultural. Neste contexto, o chá é culturalmente aceito como remédio para alívio das cólicas abdominais nos primeiros meses de vida. “Usado como estratégia para acalmar a criança, ganha espaço frente à realidade apresentada às mulheres e, à medida que mostra resultados satisfatórios, firma-se como prática” (NAKANO et al., 2007, p.5).

O entendimento da forma de utilização do chá e da água quanto ao preparo e à administração, além da escolha do melhor momento para a sua oferta durante a amamentação, precisaria ser mais investigado em outro estudo.

O Gráfico 3, apresentado abaixo, mostra a proporção de crianças, na faixa etária de 90 a 180 dias, que já recebiam comida salgada e frutas no município de Araraquara, no ano 2009.

Gráfico 3- Percentual das crianças entre 90 e 180 dias em AM que receberam comida salgada e frutas. Araraquara-SP, 2009.



Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais e no DF, em 2009, identificou também que cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses em AM já consumiam comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%), enquanto para o município de Araraquara essa percentagem foi de 28% em relação à comida salgada e 39% em relação a frutas.

Estudos apontam que a introdução dos alimentos complementares antes do tempo recomendado pode induzir o desmame precoce, podendo este associar-se a múltiplos fatores, nos quais as ESF necessitariam investir, como a atuação dos serviços de saúde, a escolaridade materna, a classe socioeconômica, o retorno precoce das puérperas ao trabalho, o uso da chupeta, a ausência do pai, a gravidez precoce, as crenças culturais, entre outros (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; SALDIVA et al., 2007).

A percentagem aumentada de crianças que receberam alimentação complementar entre 90 e 180 dias no município de Araraquara, em 2009, reflete a exposição ao desmame precoce em que essas crianças se encontravam e indica a necessidade de outros estudos para uma maior investigação dessa prática no município.

A Tabela 4 relaciona o consumo de água, chás, sucos, frutas, papas salgadas, comida da família e o uso de chupetas com as categorias de AM e de não aleitamento materno (NA) em crianças menores de seis meses, em Araraquara, no ano 2009. O teste de *Student* foi aplicado às variáveis indicando existir associação significativa entre os grupos com 95% de certeza.

TABELA 4 - Consumo de água, chás, sucos, frutas, papas salgadas, comida da família e uso de chupeta por menores de seis meses em AM e em não AM. Araraquara-SP,2009.

Líquidos/Alimentos/Mamadeira/Chupeta Recebidos	Total	Aleitamento		T de Student
	N=886	AM N=702	NA N=184	
Tomou água	48%	39%	82%	-12,444 S
Tomou chá	21%	18%	34%	-4,292 S
Tomou outro leite	42%	27%	97%	-33,959 S
Tomou mingau doce ou salgado	7%	4%	18%	-4,771 S
Comeu fruta em pedaço ou amassada	21%	16%	37%	-5,422 S
Comeu comida de sal (de panela/papa/sopa)	14%	10	28%	-5,084 S
Tomou suco de fruta natural ou água de coco	22%	16%	45%	-7,266 S
Tomou suco industrializado ou água de coco em caixinha	2%	2%	4%	-1,103
Tomou refrigerante	1%	1%	1%	-0,634
Tomou café	1%	1%	1%	0,483
Recebeu alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante.	12%	9%	25%	-4,710 S
Comeu bolacha, biscoito ou salgadinho.	7%	5%	12%	-2,636 S
Tomou ou comeu outros alimentos	5%	4%	8%	-1,877
Usou mamadeira ou chuquinha	53%	41%	96%	-22,773 S
Usou chupeta	52%	43%	83%	-11,910 S

Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora

A tabela acima nos mostra que houve associação significativa entre o AM e as variáveis sensíveis ao teste t de *Student*, assinaladas com s na última coluna da direita da tabela. Em relação a essas variáveis, podemos perceber que as maiores prevalências – 39%, 43% e 41% – foram respectivamente em relação à administração de água, ao uso de chupeta e de mamadeira em crianças em aleitamento materno menores de seis meses. Esses valores apontam, portanto, os fatores mais significativos encontrados nesta população em estudo, para o desmame precoce, no ano 2009.

TABELA 5 - Associação entre AME ou não e variáveis maternas e relativas à criança e ao parto, Araraquara-SP, 2009.

Variáveis		n	Aleitamento Materno exclusivo (%)
Escolaridade da Mãe (S)	Sem escolaridade	8	0%
	Ensino Fundamental	209	25%
	Ensino Médio	448	35%
	Ensino Superior	135	34%
Faixa Etária-Mãe (S)	<20 anos	116	28%
	20 – 35 anos	592	33%
	>=35 anos	87	31%
Trabalho da Mãe (S)	Está sob Licença Maternidade	223	47%
	Está trabalhando fora	127	18%
	Não está trabalhando fora	438	29%
Usou chupeta? (S)	Sim	458	21%
	Não	395	43%
Usou mamadeira ou chuquinha? (S)	Sim	466	2%
	Não	381	67%
Baixo Peso (S)	Sim	60	10%
	Não	791	32%
Tipo de Parto	Normal	224	31%
	Fórceps	3	33%
	Cesárea	657	30%

(S) – Existe diferença significativa (95%) entre os grupos

Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – Tabulações realizadas pela autora.

Neste estudo, observa-se que a escolaridade materna é um fator que influencia o AME – a maior prevalência de AME é de mulheres que possuem o ensino médio e superior, 35% e 34% respectivamente.

Em comparação com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e no DF, realizada em 2008, observamos resultados parecidos com os do município de Araraquara em 2009. Houve também no conjunto das capitais e DF uma tendência crescente da prevalência do AME com o aumento da escolaridade materna. O grau de instrução materna mais elevado parece ser um bom preditivo de sucesso da prática da amamentação exclusiva, pois as informações podem proteger as mulheres em AM de influências não científicas que poderiam prejudicar esse processo (FRANÇA et al., 2007).

Oliveira et al. (2005) afirmaram que a prática alimentar na infância está relacionada com as condições de vida e que, à medida que o índice de condições de vida se eleva, aumenta a escolaridade materna. Este estudo revelou também que a prática da interrupção precoce do AME ou do AMP aumentava à medida que as condições de vida se tornavam mais precárias, indicando forte associação entre as condições de vida e a prática alimentar nos dois primeiros anos de vida.

A faixa etária materna também é fator a ser considerado, entendendo-se que as mulheres que se encontram entre 20 e 35 anos apresentam maior prevalência de AME (33%) e as que possuem menos de 20 anos apresentam menor valor (28%). A maior prevalência de AME foi identificada entre as mulheres de 20 a 35 anos (BRASIL, 2009b). Estudos evidenciam que mulheres com idade superior a 20 anos amamentam exclusivamente por mais tempo (BRASIL, 2009b; FRANÇA et al., 2007), podendo este fato estar associado ao de terem maior experiência em amamentação por já serem mães de outros filhos ou por estarem mais maduras em relação aos cuidados com a alimentação de seus filhos (QUELUZ et al., 2012).

Em relação ao trabalho materno, os resultados obtidos apontam que mulheres trabalhando sem licença maternidade e mulheres que não estão trabalhando fora de casa constituem categorias associadas à maior chance de desmame precoce. A categoria que compreende o trabalho materno sem licença maternidade detém o maior indicador de abandono do AME. O fato de a mãe exercer atividades remuneradas fora de casa dificulta e interrompe a continuidade do AME aos seis meses, demonstrando a necessidade real de ações de apoio à mãe trabalhadora. A licença maternidade, por sua vez, contribui para o aumento da prevalência do AME (QUELUZ et al., 2012; VIANNA et al., 2007), evidenciando também que a prática do AM tem relação com as condições de vida da mulher (QUELUZ et al., 2012). Mulheres que trabalham fora de casa sem licença-

maternidade e mulheres que não trabalham fora apresentam maiores chances para a interrupção do AME provavelmente por não possuírem condições financeiras que lhes permitam essa prática nesse período e serem direcionadas ao trabalho por necessidade financeira antes dos 120 ou 180 dias pós-parto (QUELUZ et al., 2012). Além da ausência da licença maternidade, fatores como a sobrecarga do trabalho doméstico e do cuidado com os outros filhos podem ser considerados associados ao desmame precoce (FUJIMORI et al., 2010).

Quanto ao uso da chupeta, os resultados apresentados evidenciam associação do seu uso com a interrupção do AME. Alguns estudos transversais apontam o uso da chupeta como principal fator de risco para o abandono do AME em menores de seis meses (PARIZOTO et al., 2009; FRANÇA et al., 2007) e ressaltam que o possível mecanismo do desmame precoce seria a diminuição da frequência das mamadas, reduzindo-se assim a estimulação mamária, podendo diminuir a produção do leite, o que leva ao desmame precoce (PEDRAS; PINTO; MEZZACAPPA, 2008). Seu uso é comum entre as mães para o alívio do choro dos bebês (SERTÓRIO; SILVA, 2005) ou na ausência materna, facilitando o trabalho do cuidador (GONÇALVES, 2001). Há necessidade de se encontrar novas estratégias de orientação das mulheres para acalmar o choro do bebê, em vez de apenas se contraindicar do uso de chupetas (QUELUZ et al., 2012).

A baixa prevalência do AME em crianças menores de seis meses usando mamadeiras ou chuquinhas, neste estudo, pode estar relacionada ao fato de que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando são colocadas para mamar no peito materno. Esta dificuldade é conhecida entre os profissionais de saúde e denominada por alguns autores como “confusão de bicos”. Ela é gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira (BRASIL, 2009a).

O baixo peso ao nascer apresentou associação significativa com a prevalência do AME em menores de seis meses e observa-se que 10% das crianças com baixo peso ao nascer estavam em AME. Para Nascimento e Issler (2004), especialmente em casos de prematuridade e baixo peso ao nascer, a amamentação ainda é percebida como um desafio para os profissionais envolvidos, para as mães e para os bebês pré-termo. Estudo realizado por Pacheco e Cabral (2011) revelou que a família de bebês de baixo peso precisa aprender a manejar sua alimentação e receber mais apoio dos profissionais de saúde por apresentarem condições

especiais de saúde, com demanda de cuidados habituais modificados relacionados à nutrição. Há neste manejo do cuidado habitual modificado outro desafio que se pauta no encontro com os saberes e práticas locais, determinados pelo contexto social e cultural da família, o qual está associado à indisponibilidade de profissionais para ensinar, auxiliar e ajudar na superação das barreiras socioculturais da amamentação exclusiva no domicílio, levando à introdução dos mais variados alimentos e ao desmame precoce. Victora et al. (2008) reafirmaram isso demonstrando que, em estudo na região sul do Brasil, o baixo peso ao nascer está associado à menor duração da amamentação.

Outro dado a ser observado é a percentagem dos bebês com peso adequado para a idade gestacional em AME. Neste estudo, esses bebês não apresentaram um valor muito expressivo, sendo de apenas 32%. Este dado nos faz refletir novamente sobre a importância deste trabalho no sentido de subsidiar novos modos de agir, de apoiar e de promover o AM no município de Araraquara-SP.

Neste estudo não foi levado em conta o critério prematuridade, apenas o critério peso ao nascer.

4.1.1 A situação dos diferentes tipos de AM nas unidades de saúde do município

A tabela abaixo apresenta as percentagens de AME, AMP, AMC e em não aleitamento (NA), em menores de seis meses no grupo de crianças estudadas, por Unidades de Saúde, Araraquara-SP, 2009.

TABELA 6 - Prevalência de AME, AMP, AMC e em não aleitamento (NA), em menores de seis meses no grupo de crianças estudadas, por Unidades de Saúde, Araraquara-SP, 2009.

Local de Vacinação	Aleitamento									
	AME		AMP		AMC		NA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CMS Cecap	2	13%	5	33%	4	27%	4	27%	15	100%
CMS Iguatemi	6	20%	4	13%	14	47%	6	20%	30	100%
CMS Jardim América	12	24%	3	6%	22	44%	13	26%	50	100%
CMS Jardim Santa Lúcia	11	35%	3	10%	9	29%	8	26%	31	100%
CMS Melhado	5	19%	3	11%	12	44%	7	26%	27	100%
Laranjeiras	12	52%	1	4%	7	30%	3	13%	23	100%
CMS Parque São Paulo	24	29%	20	24%	29	35%	10	12%	83	100%
CMS Santa Angelina	13	25%	9	18%	24	47%	5	10%	51	100%
CMS Selmi Dei IV	17	40%	5	12%	14	33%	7	16%	43	100%
CMS Selmi Dei I	15	37%	3	7%	15	37%	8	20%	41	100%
CMS Vila Xavier	10	36%	2	7%	8	29%	8	29%	28	100%
CMS Yolanda Ópice	13	24%	9	17%	21	39%	11	20%	54	100%
Jardim Paulistano	31	44%	7	10%	18	26%	14	20%	70	100%
PSF Bela Vista	1	14%	1	14%	5	71%	0	0%	7	100%
PSF Bueno de Andrada	4	44%	1	11%	3	33%	1	11%	9	100%
PSF Cruzeiro do Sul	4	19%	1	5%	9	43%	7	33%	21	100%
PSF Hortênsias	10	27%	4	11%	11	30%	12	32%	37	100%
PSF Iedda	7	18%	2	5%	20	53%	9	24%	38	100%
PSF Jardim Brasil	0	0%	0	0%	21	81%	5	19%	26	100%
PSF Jardim Pinheiros	10	34%	6	21%	11	38%	2	7%	29	100%
PSF Maria Luiza	15	54%	3	11%	6	21%	4	14%	28	100%
PSF Marivan	8	29%	2	7%	8	29%	10	36%	28	100%
PSF Vale do Sol	14	32%	4	9%	14	32%	12	27%	44	100%
SESA	23	32%	8	11%	23	52%	17	24%	71	100%
Zona Rural	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
Total	267	30%	106	12%	329	37%	184	21%	886	100%

Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora.

Observa-se que as percentagens de crianças menores de seis meses em AME obtidas pelas Unidades de Saúde do município de Araraquara variaram de 0% e 54%.

Esses índices de prevalência nos fazem pensar que as Unidades de Saúde da Família não contribuíram da forma esperada em relação à promoção, proteção e apoio ao AM no município, considerando-se a relação entre os índices

obtidos e o relevante papel dessa categoria de serviços na atenção materno-infantil, citados por Ciconi, Venâncio e Escuder (2004).

A Tabela 7 apresenta, separadamente, os resultados obtidos pelas USF.

TABELA 7 - Prevalência dos diferentes tipos de AM, por USF. Araraquara-SP, 2009.

Local de Vacinação	Aleitamento								Total	
	AME		AMP		AMC		NA			
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
PSF Bela Vista	1	14%	1	14%	5	71%	0	0%	7	100%
PSF Bueno de Andrada	4	44%	1	11%	3	33%	1	11%	9	100%
PSF Cruzeiro do Sul	4	19%	1	5%	9	43%	7	33%	21	100%
PSF Hortênsias	10	27%	4	11%	11	30%	12	32%	37	100%
PSF Iedda	7	18%	2	5%	20	53%	9	24%	38	100%
PSF Jardim Brasil	0	0%	0	0%	21	81%	5	19%	26	100%
PSF Jardim Pinheiros	10	34%	6	21%	11	38%	2	7%	29	100%
PSF Maria Luiza	15	54%	3	11%	6	21%	4	14%	28	100%
PSF Marivan	8	29%	2	7%	8	29%	10	36%	28	100%
PSF Vale do Sol	14	32%	4	9%	14	32%	12	27%	44	100%
Total	73	27%	24	9%	108	40%	62	23%	267	100%

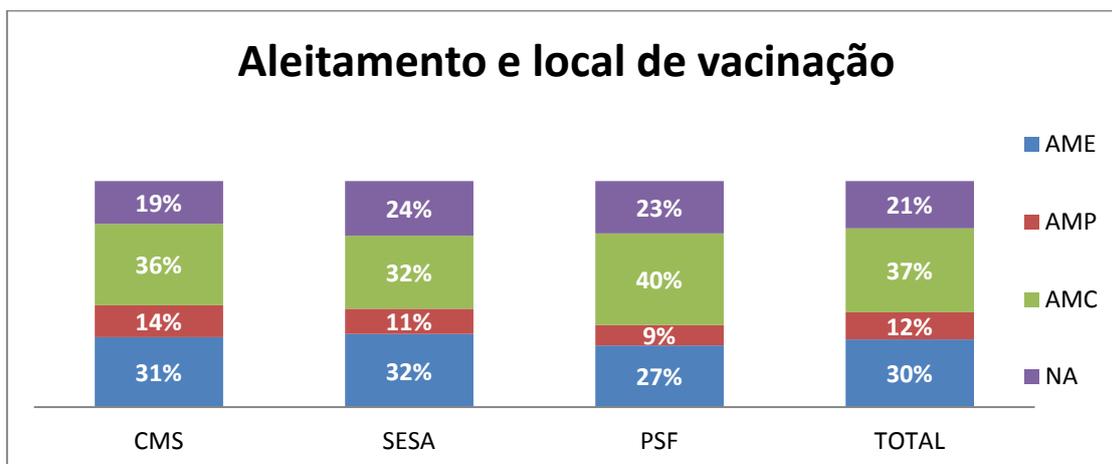
Base: Total amostra = 267

Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora

Essa tabela apresenta as percentagens das USF em relação às diferentes categorias de AM, podendo-se observar as USF que obtiveram as maiores prevalências e as que obtiveram as menores prevalências em AME.

O gráfico seguinte mostra comparativamente as percentagens das diferentes categorias de AM nas três diferentes modalidades de Unidades de Saúde no município de Araraquara, conforme dados do ano 2009. São eles: CMS, Serviço Especial de Saúde/USP e Unidades de Saúde da Família, na época denominadas PSF.

GRÁFICO 4 - Prevalência dos diferentes tipos de AM, em menores de um ano, por tipos de Unidades de Saúde. Araraquara- SP, 2009.



* Base: Total amostra = 886

Fonte: Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) – tabulações realizadas pela autora

Observa-se no gráfico acima que os valores de AME entre as três modalidades de assistência à saúde materno infantil no município de Araraquara, no ano 2009, estão muito próximos e não puderam ser comparados entre si, pois o valor do teste de Qui-quadrado foi de 0,296. Para este valor, os testes apontam que não há indícios de diferença estatística nos níveis de confiança considerados (a partir de 90%) entre os locais de vacinação apresentados neste gráfico.

4.2 Etapa qualitativa: o AM na perspectiva das equipes de saúde da família

Na análise qualitativa dos relatos das discussões com as quatro equipes de saúde da família, foi possível construir quatro categorias temáticas: as justificativas para o perfil da prevalência do AM, os determinantes da situação do AM, a atuação da ESF na promoção, proteção e apoio ao AM, propostas para promoção, proteção e apoio ao AM na saúde da família.

QUADRO 1 - Categorização das Unidades Temáticas.

UNIDADES TEMÁTICAS			
As justificativas para o perfil da prevalência do AM	Os determinantes da situação do AM	A atuação da ESF na promoção, proteção e apoio ao AM.	Propostas para promoção e apoio ao AM na saúde da família

Fonte: Pesquisa realizada pela autora.

4.2.1 As justificativas para o perfil da prevalência do AM

Nas discussões dos trabalhadores das equipes de saúde da família, evidenciaram-se várias opiniões de discordância em relação aos resultados apresentados no estudo de prevalência em três grupos focais, havendo questionamentos sobre o rigor da metodologia de coleta de dados utilizada pelo Projeto Amamunic em 2009, além da necessidade de as equipes de duas unidades que obtiveram as menores prevalências em AME se justificarem, afirmando que hoje possuem uma maior prevalência de bebês neste tipo de AM. A equipe da USF 3, que obteve índice elevado de AME, refere, ao contrário, que, hoje, muito provavelmente sua prevalência em AME não se encontra elevada como foi apresentada no estudo. A única equipe que não fez qualquer questionamento à metodologia utilizada para condução do estudo foi a USF 4, que obteve o melhor índice de prevalência em AME.

Abaixo são apresentados alguns relatos questionando a metodologia de coleta de dados utilizada no estudo:

“Mas eu acho que não foi assim uma avaliação verdadeira” (E-1-1)

“Eu acho, na minha opinião, eu não queria falar isso, mas eu acho que a metodologia desse AMAMUNIC está errada. Ela tá errada, a metodologia tá errada. Porque você não pode pegar numa campanha e aplicar isso daí. Você tem que ir em loco, não adianta. (D-1-2).

Apesar de a metodologia do estudo de prevalência ter sido apresentada às equipes de USF em momento anterior, houve a necessidade de retomá-la e discuti-la durante a constituição do grupo focal na USF 2. De certa forma, os profissionais dessa equipe não concordaram que a amostra de sua USF fosse representativa, afirmando, inclusive, que as entrevistas deveriam ter sido realizadas nas casas das pessoas e não na USF. As discussões do grupo focal realizadas na USF2 consideraram os dados de prevalência do município, porém permaneceram discordando dos resultados referentes à sua USF. Vejamos algumas falas:

“Não, eu não acho não, eu tenho certeza. Eu acho que a gente não tá na 14, a gente tá nos 30, com certeza, tá. Eu achei que por pegar o dia da vacinação, acabou pegando mãe só daqui, da vila, e não refletiu o assentamento como um todo. Eu acho que falhou essa amostragem justamente aí.” (D-1-2).

Houve também, como já descrita anteriormente, a necessidade de as equipes das USF 1 e 2 expressarem algumas justificativas, referindo que atualmente possuem um percentual maior de crianças em AME. As equipes citadas demonstraram se sentir avaliadas em seu desempenho e levaram um tempo maior para conseguir refletir sobre as outras questões norteadoras do grupo focal:

“Bom, então no caso, de bebês aqui, nós estamos com 1, 2, 3, 4, 5,7. Pelo que elas tão me falando. Cinco estão em aleitamento exclusivo e duas são as gêmeas que devem tá com quantos meses agora, X, que elas tão?... Tá e essas desde o começo foi complicado, entendeu? Tá certo que a gente tem pouco, mas dentro dessas sete olha, se eu tenho cinco em aleitamento exclusivo, e duas não, então é o que o Y falou, eu acho que hoje já não é aquela coisa tão ruim que tava. Apesar de ser um número pequeno, mas a proporção tá aí, não é? 7,50% era 3,5 eu tenho cinco é quantos por cento? 60, 70?”(E-1-2)

“Praticamente tinha uma prevalência baixa porque muita gente fez o pré-natal, né, já veio de fora trabalhada de forma diferente. A partir do momento que a gente assumiu o contato do pré-natal e iniciou, aí mudou. A equipe mudou” (M-2-1).

A equipe da USF 3, surpreendentemente, apresentou relatos que afirmavam que a prevalência elevada da sua Unidade, no ano 2009, já não refletia mais o perfil do AME entre as crianças de sua unidade, apontando que atualmente tal prevalência estaria bem abaixo da apresentada no estudo.

“Por mais que tenha orientação, não tá sendo tão bom quanto parece, não. As mães não estão aderindo ao aleitamento, apesar de participar dos grupos, elas começam a fazer o aleitamento, em

seguida por conta própria já tão dando leite de caixinha, leite NAN I, leite do sítio” (AS-1-3).

“Eu acho que as meninas já falaram tudo. Falaram o que eu penso que apesar de estar bem em Araraquara, a gente tá muito baixo, né. E tenho percebido que tem piorado, ao invés de melhorar, tem piorado. As nossas gestantes participam de grupos, são orientadas e não amamentam, simplesmente não amamentam.” (E-1-3).

As justificativas para o desmame que aparecem nas falas acima nos remetem à ideia de que as orientações prescritivas não estejam sendo mais suficientes, sinalizando que há necessidade de mudança nas práticas dos profissionais. Segundo Campos (1997), para ampliar a eficácia das ações de saúde e favorecer a participação do usuário durante o atendimento de saúde é necessária a formação de vínculo com os mesmos. Para este autor, a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, não pode existir se não houver a construção de vínculo no qual, inevitavelmente, o usuário é reconhecido em sua condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Ao se conceber o usuário enquanto sujeito, ele pode ser autônomo e julgar as orientações que há de respeitar (CAMPOS, 1997). A perspectiva prescritiva evidenciada nas falas possibilita interpretar que há necessidade de se ampliar o olhar da equipe para a organização do seu processo de trabalho, para a sua relação com os usuários nessa construção e, principalmente, para o desafio de se trabalhar com equilíbrio entre autonomia e responsabilidade (CAMPOS, 1997).

O relato da equipe da USF 4, abaixo expresso, revela que apenas esta Unidade, que obteve a maior prevalência em AME, sustentou argumentação condizente com o resultado apresentado. Em sua fala, o profissional reconhece o seu trabalho e o de sua equipe, considerando-a responsável e envolvida com as ações de AM:

“... mas esse mérito é da equipe. Uma equipe muito empenhada, uma equipe que se esforça, uma equipe muito responsável pelo seu trabalho... Todos da equipe sem exceção acreditam no aleitamento materno, incentivam esse aleitamento materno. Eu acho que quando

o profissional ele tem esse olhar, então todo mundo falando a mesma linguagem, então eu acho que é um fator que favorece né?” (E-1-4).

Essa equipe sinalizou nas discussões o resultado do envolvimento e da responsabilidade que possuem por seu trabalho. Os trabalhadores relataram ações da ESF como estratégia, mobilizando e articulando recursos que vão além das ações rotineiras dos serviços de saúde. Merhy (1998) apontou a necessidade, nos serviços de saúde, de se acolher os usuários, de se produzir responsabilização entre os profissionais e os usuários em um movimento que os levem à busca da singularização da atenção, de modo a modificar a forma de operar as relações entre trabalhadores e usuários. E ressaltou ainda que experiências observadas no sentido de modificar as práticas de acolhimento e de produção de vínculos têm provocado impactos positivos, mesmo em situações não totalmente assumidas politicamente pelos gestores dos serviços de saúde.

As quatro Unidades de Saúde da Família estudadas tiveram seu quadro de profissionais alterados após a realização do Projeto Amamunic em 2009. As UFS 1, 2 e 4 expressaram verbalmente sua condição atual em relação à prevalência do AME de forma positiva, ou seja, evidenciando resultados atualmente favorecedores ao atendimento realizado pela Unidade. E apenas a USF 3 revelou não estar atualmente conseguindo manter a prevalência obtida pela Unidade no ano 2009.

Na análise das discussões das equipes, foi possível apreender que os profissionais das USF 1 e 2 expressaram em suas falas uma discordância em relação aos resultados apresentados, referentes às respectivas USF. Puderam ser observadas certas manifestações agressivas por parte de alguns profissionais destas equipes, as quais, por um lado, poderiam ser interpretadas como resistência ao resultado e, por outro lado, como manifestações de responsabilidade e envolvimento com a situação de sua USF.

“Não ficou bem representado, porque na realidade o número foi pequeno, não deu pra fazer uma avaliação realmente do que é. Pode ser que realmente tenha uma baixa prevalência, mas que não seja zero” (E-1-1).

“Não bate o número de crianças, não bate! ... Eu particularmente acho que a amostra é muito baixa... Pelo número de bebês visitados, que a gente visita de sexta-feira. Pelo número de bebês visitados...”(D-1-2)

“Assim, quando eu vi esse resultado, eu fiquei assim, até bem chateada, porque é muito ruim, né, e... Eu tinha chegado aqui em abril de 2009. Então eu até sinceramente pensei assim, em tá... é que eu não tive tempo pra isso, mas por uma curiosidade minha, eu pensei em tá vendo, hoje, por exemplo, de quantas crianças que a gente tem, né, quantas mães tiveram nenê, dentro de um período aí, o que que tá acontecendo. Porque é duro eu responder por alguma coisa que eu não sei como tava.”(E-2)

“Não é zero!” (E-2-1)

“Pra ter uma prevalência baixa a gente nem sabe por que não tava aqui.” (M-2-1)

As falas expressas acima sugerem que alguns profissionais podem ter se sentido avaliados em seu desempenho profissional, não conseguindo transcender esse sentimento e prosseguir para uma reflexão da situação de forma mais ampla, que não abrangesse apenas a sua prática profissional.

4.2.2 Os determinantes da situação do AM

As equipes das USF citam mais especificamente a instituição que atende as usuárias do SUS, no momento do parto, como corresponsável pela situação do AM apresentada pelo estudo de prevalência, às vezes até transferindo a responsabilidade a esta instituição pelos resultados obtidos. Os profissionais de uma das unidades com baixa prevalência citaram a Maternidade Gota de Leite, fechada no ano 2006, que foi referência para o município e apresentou um trabalho focado no AM por muitos anos nesta especialidade. Nessa instituição, as ações realizadas buscavam sincronia com as ações da ABS do município. As equipes das USF 1, 2, 3 e 4 relacionam, portanto, o fechamento da maternidade com as prevalências obtidas

em 2009. Nas falas abaixo, ao reconhecerem a relevância do trabalho realizado na referida maternidade, as quatro equipes corresponsabilizam-na pela ausência, atualmente, de parceria com as USF nas ações de apoio e promoção do AM no município.

“Essa fase vem bem a calhar com o fechamento da Maternidade Gota de Leite”... (AS-1-1)

“Essa paciente que ela ta falando, ela já saiu da maternidade com a receita de NAN. Porque ela falou que não tinha leite, tal.” (E-1-3).

“A hora que sai da maternidade que a gente vai ler a primeira receita, na primeira consulta o pediatra coloca, “não sei o que... leite se necessário”. (AS-1-2)

“Tirando isso que as meninas já falaram eu acho que tem que sair da maternidade, agora com a Gota de Leite que se diz amigo da mãe, amigo da criança, tem que sair com incentivo dobrado de lá. Tem que ser, porque não estimulando lá, a gente já quebra as nossas pernas aqui.” (ACS-1-4)

“Muitos médicos já no 1º, 2º mês já pedem para entrar com o aleitamento misto. Então a gente tem uma fonte assim contra a unidade, né, que é do próprio município infelizmente. Em menor de seis meses, entendeu. Saiu da maternidade... Eu tô numa fase da minha vida profissional que eu explico né e não faço nada que não esteja de acordo com a indicação correta entendeu. Mas a maioria dos médicos já ta cansado de ficar explicando pro paciente que é melhor dar de mamar, etc., etc., então o que ele faz? Pra ele não ter stress, não brigar com ninguém, porque a paciente, se ela não levar a cartinha do leite ela sai direto lá na ouvidoria, então o médico dá (M-1-4).

A manifestação acima descrita, evidenciada junto à equipe da unidade de maior prevalência, reflete ainda uma ação de responsabilização desta equipe pela resposta ofertada em outros pontos de atenção da rede de forma inapropriada e prescritiva.

Compreende-se, então, após a leitura acima, a importância da construção de redes como espaços de articulação, negociação e organização dos serviços para o estabelecimento de uma continuidade da assistência em todo o ciclo gravídico puerperal. Redes de atenção à saúde correspondem à articulação entre serviços e sistemas de saúde e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da Rede. Nessa Rede, os usuários do SUS buscam a atenção à sua saúde e dependem da eficácia dessa articulação para ter suas necessidades atendidas (MENDES, 2011). Evidencia-se, portanto, a necessidade de os serviços de saúde se comunicar de forma a operacionalizar um dos princípios da APS, que é a coordenação da atenção, a qual possui estreita relação com a continuidade da atenção. Souza (2006) apontou a importância de os serviços de atenção primária e secundária se corresponsabilizar por essas mulheres no sentido de passarem e de obterem informações, entendendo-se ser a referência e a contrarreferência ferramentas importantíssimas para o resgate da continuidade da assistência, ainda tão precária e, às vezes, até mesmo nula entre os serviços de saúde.

Nos relatos dos profissionais das USF 1, 2 e 3, foram apontadas várias dificuldades enfrentadas pelas mulheres para amamentar seus bebês. Entre outras que serão expostas a seguir, evidenciou-se a dificuldade de adesão das gestantes aos grupos educativos, a qual se dá, segundo os profissionais, por falta de vontade das mesmas:

“Mas aí não é nossa dificuldade das gestantes de aderirem aos grupos de pré-natal, Essa é uma”... (E-2-1).

“É, se elas não vêm se elas não tão abertas a fazer, não fazem...” (AS-2-1)

“NAN que é mais sossegado, né. Ta tendo muito isso.”... Embora tenham toda orientação, participa dos grupinhos, mas... Outro dia até brinquei com uma mãe, falei: mas cê participou tanto, cê veio tanto nos grupo, cê foi orientada! Ah não, o nenê chora tô dando... (AS-1-3)

“Eu acho que teoricamente as abordagens teriam que ta ajudando, mas o que você tem de dado aí, contrapõe exatamente o que a gente

tem feito. Cê entendeu? Porque elas recebem uma abordagem pela enfermeira aqui, que faz o grupo recebe uma abordagem da ACS né, e recebe uma abordagem pela odontologia, e sempre batendo a mesma coisa. Então a gente usa todos os meios que pode, até com audiovisual.” (D-1-2).

As causas da não adesão das gestantes aos grupos educativos de pré-natal com certeza podem estar relacionadas a vários motivos. Os relatos acima descritos nos remetem à reflexão que Merhy (1994) nos propõe sobre a necessidade de o profissional de saúde da USF agregar conhecimento científico, no caso em AM, e incorporar também, na sua prática, outros tipos de conhecimento como o cultural, o comunicacional, o relacional, as experiências vividas, a possibilidade de colocarem seus medos, inseguranças, dificuldades, etc... Essas manifestações de sentimentos, no caso, pelas mulheres, só ganham espaço para acontecerem a partir do momento em que elas estabelecem vínculo com os profissionais. Para o autor citado, o profissional como produtor de atos de saúde é sempre um operador de cuidados e, como tal, deve ser capacitado de modo a produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; levando em conta a especificidade, a singularidade e a complexidade de cada situação.

Em se tratando de adesão a grupos educativos, Perrenoud (2001) afirmou que o ensino é um sistema de ação, uma organização que transforma as pessoas, suas competências, suas atitudes, suas representações. É um sistema que pretende instruir, exercer uma influência. E para que possa mudar atitudes, é necessário que o conhecimento seja significativo. Conhecer significativamente implica em apropriar-se daquilo que é "abstrato" (uma informação, um conceito, um processo, um fato, um fenômeno, uma fórmula, etc.) de forma concreta. Envolve a possibilidade de compreender, de visualizar as relações com elementos da vida cotidiana. Segundo esse autor, para que haja uma aprendizagem significativa, o conhecimento precisa ser significativo. E é tarefa de quem educa realizar esta mediação: buscar elementos para contextualizar o conhecimento, construir percursos e itinerários (o que inclui o planejamento de ações conjuntas, de interações entre os sujeitos) para que haja aprendizagem. Nesse sentido, ambos, educador e educando, assumem papéis ativos na construção do conhecimento.

Outras expressões dos profissionais das USF 1, 2 e 3, citadas abaixo, evidenciam uma não conformidade dos mesmos, sinalizando que uma das causas da baixa prevalência obtida seria o não querer amamentar ou a in experiência materna:

“Nesse tempo que eu estou aqui tem poucas gestantes, pelo menos na minha equipe tem pouco, mas eu já vi dessas poucas, raras são as que amamentam. Elas não fazem nenhuma questão de amamentar.” (E-2-1).

“Não adianta sabe, ela não quer, não quer. Então é um direito dela.” (ACS-1-2)

“Por mais que você tente, fale, sabe, a gente fica numa angústia e não vira mesmo. Outras têm alguma dificuldade, conseguem superar, outras é porque trabalham queriam, e mesmo trabalhando tenta conciliar fazer o máximo que pode. A minha preocupação é nesses casos, o que que leva a pessoa a ser tão refratária? Será que isso é cultural, aquela coisa do leite Ninho de 300 anos atrás, ainda fica? Sabe, eu não sei o que que é, não entendo. Eu tenho essa preocupação”. (E-1-2)

“A in experiência interfere. Às vezes já teve experiência com um filho anterior, mas foi do mesmo jeito, assim, sem conhecimento técnico, sem físico, sem ver a importância...” (E-1-1).

Percebe-se, ainda hoje, a existência de preconceito em relação à mulher que manifesta desejo de não amamentar. A esta mulher, geralmente, é atribuída a culpa, não buscando, o profissional, o conhecimento das causas. O profissional assume, nesta questão, uma postura de fiscalizador do AM, julgando e rotulando a mulher, muitas vezes por uma opção que pode ser momentânea e ocultar as reais causas do desmame. Essa compreensão mais ampliada e acolhedora é necessária por parte dos profissionais de saúde quando abordada uma mulher em processo de amamentação, propiciando a ela oportunidade de expressar seus medos e inseguranças, entre outros obstáculos que possam estar impedindo o AM (QUELUZ, 2011). O não reconhecimento do protagonismo da mulher para amamentar, além do fato de não se considerar a amamentação como um ato

sócio-cultural, com significados e representações reguladas pela sociedade ou pela história de vida da própria mulher, podem ser causas do desmame precoce (QUELUZ et al., 2012). Para que essas situações não culminem para o desmame precoce é necessário que os profissionais de saúde se perguntem mais como estão abordando as mulheres, pois suas falas parecem estar caminhando, predominantemente, para a direção de condutas prescritivas. Miracle e Fredland (2007) afirmaram que é por meio do acesso e da disseminação dos conhecimentos dos profissionais de saúde que as mulheres em processo de AM se tornam empoderadas e podem tomar decisões conscientes baseadas em conhecimentos sólidos sobre como alimentar seus filhos. Para Silva (2001), quando a mulher encontra profissionais capazes de atuar junto a elas no sentido de identificar suas necessidades e oferecer resolutividade, no momento preciso, dificilmente ela deixa de amamentar seu filho.

Quanto à inexperiência materna da primípara, Queluz et al. (2012) afirmaram, em seu estudo, assim como Parizoto et al. (2009), ter evidenciado não haver associação entre o desmame e a primiparidade. Entretanto, a autora e seus colaboradores identificaram que as mães primíparas são as que menos amamentam exclusivamente ao peito, fazendo-se necessária uma atenção maior e mais qualificada da equipe de saúde para essas mulheres no pré-natal, embasada em uma escuta acolhedora, ressaltando ainda que essas ações podem capacitá-las e empoderá-las no sentido de que resistam às pressões sociais do desmame.

Outro determinante evidenciado nas discussões da situação do AM relacionado às mulheres é a interferência do trabalho materno.

“A questão não é nem ver saída. A questão, tipo assim, depende do serviço que ela faz, ela não tem opção.” (ACD-1-2).

“Mas elas trabalham, e a maioria não é de carteira assinada, então elas não têm aquele direito, né de ficar em casa...” (ACS-1-2)

“Que não pode amamentar por que... Pra trabalhar” (E-1-3).

“tem a questão que a mãe tem que cuidar da casa, a mãe tem que trabalhar, a mãe tem que fazer qualquer outra coisa menos, nessa concepção, dar o leite pra criança, por que o leite da criança é o do bezerro, então é uma coisa, quebrar...” (M-1-3).

“Eu percebo esse problema até mais precocemente tá. A criança vem no retorno de dois meses, a mãe já está em processo de desmame porque tá preocupada com o trabalho dali dois meses... Tudo começa na licença maternidade que elas antecipam.”... “E é alguma coisa que a gente também tem, talvez que trabalhar em cima disso, né. Porque às vezes é aquela mãe que ela não tem um trabalho formal, ela tem um trabalho informal, então ela não goza de licença maternidade.” (M-1-4)

Atualmente a mulher enfrenta muitos desafios para conciliar o AM com o seu trabalho doméstico e extradomiciliar. O profissional de saúde precisa estar capacitado para, junto com a mulher que está amamentando, encontrar soluções práticas que favoreçam o AM enquanto trabalha, pois nem sempre ela encontra-se assegurada pela licença maternidade em seu trabalho. Para Queluz et al.(2012), essa situação poderia ser minimizada caso houvesse um processo de conscientização por parte das empresas e instituições públicas e privadas quanto à licença-maternidade de 180 dias, garantindo-se assim o direito à criança da amamentação exclusiva por seis meses. Esse processo de conscientização se faz necessário também para os profissionais de saúde e principalmente às gestantes e puérperas, pois favorece a manutenção do AME por seis meses e pode evitar futuros problemas de saúde para as crianças, além de reduzir o absenteísmo das mulheres ao trabalho por problemas de saúde dos filhos.

A interferência das avós e de outros familiares foi um determinante muito referido pelas quatro equipes, denotando claramente que, na visão dos profissionais, a avó dificulta as ações de apoio ao AM. O motivo referido, na maioria das vezes, foi que, por estarem na convivência diária com a mulher que está amamentando, fazem colocações inapropriadas que remetem ao tempo de sua experiência com seus filhos:

“É tipo a vó, que fala que ela não amamentou daí ela vai passando pra filha, aí fica mais difícil da gente trabalhar”... “Mas a vó me atrapalhava em tudo que eu falava hoje” (ACS-1- 2).

“Eu já conheci mães que queriam amamentar né, única e exclusivamente, mas sofriam uma pressão muito grande por parte de

familiares e aí você... Quebrar isso, ou fazer com que ela vença esse obstáculo é muito difícil. Daí ela acaba desistindo.” (E-1-4).

“É verdade, vó atrapalha bastante, né.” (M-2-1)

“Mas isso que as meninas que viram e foi o que eu detectei até ali em sala de espera né, conversa de avós, elas dão chá sim porque sempre deram pras outras porque criou assim, porque as outras crianças não tinham cólicas, então vai tomar chá, vai tomar leite e até tem a questão que a mãe tem que cuidar da casa, a mãe tem que trabalhar, a mãe tem que fazer qualquer outra coisa menos, nessa concepção, dar o leite pra criança, por que o leite da criança é o do bezerro, então é uma coisa, quebrar... Essa coisa, que no final quem ajuda a puérpera é a avó, né. Então se você tem uma dependência, né, muitas vezes dependência econômica, você tem que... tá na casa daquela pessoa prevalece a lei de quem...”(M-1-3)

A mulher necessita de constante incentivo e suporte dos profissionais de saúde, da sua família e da comunidade, e a prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde ela está inserida (BRASIL, 2009a). A opinião e o incentivo das pessoas que a cercam, sobretudo os maridos, companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mulher que amamenta, são de extrema importância, sendo a figura da avó de muita relevância para essas mulheres, em especial entre as adolescentes, o que pode favorecer ou dificultar a amamentação. As avós podem transmitir as suas experiências em AM muitas vezes contrárias às recomendações atuais dessa prática.

Martins (2012), em seu estudo, pondera que muitas avós viveram em uma época em que o AM não era valorizado e que podem, por isso, desestimular suas filhas e noras à prática da amamentação; mas afirmou que não é possível generalizar essa afirmação sobre o poder de interferência negativo das avós no processo de amamentação e já partir do pressuposto que elas sempre atrapalham. Ao contrário, as avós também podem exercer uma interferência positiva sobre suas filhas e noras, incentivando-as a amamentarem, muitas vezes por não terem conseguido amamentar seus filhos e reconhecendo, portanto, o valor do AM. Ainda para a autora, há necessidade de os profissionais entenderem que as avós são

pessoas de referência para essas mulheres, consideradas por elas, muitas vezes, “como mais experientes” e procuradas pelas mesmas em situações de necessidade.

Nesse sentido é importante perceber que a aproximação com as avós é muito importante e que, para minimizar essa influência negativa, se faz necessário ouvi-las para entender suas experiências e compartilhar com elas tais saberes e práticas, incluindo-as no aconselhamento em amamentação (BRASIL, 2009a). Esse diálogo poderá promover uma reconstrução do seu conhecimento. As avós, tendo a possibilidade de expor suas experiências, crenças e sentimentos em relação à amamentação, podem exercer influência positiva em suas filhas e/ou noras contribuindo, assim, para uma amamentação bem-sucedida (BRASIL, 2009a).

A falta da participação do parceiro e do seu entendimento do significado da importância do AM para o núcleo familiar e de todos os seus benefícios para a puérpera e para o bebê é entendida por todas as equipes como um fator que interfere negativamente nas ações de apoio e promoção do AME:

“Tem que... de ficar a mãe só com a... Praticamente a mãe fica com aquela incumbência de alimentar a criança, que ela não pode dividir né, o pai não participa muito, né, nesses momentos iniciais, então se ela não tem um apoio... é difícil” (M-1-1).

“Tem uma pequena parte, mas o pai também interfere muito. A nossa população aqui é uma população mais... Pedreiro, servente, a maioria homem machista, então: - Dá mamadeira pra esse menino logo vê se fica quieto!... Tem até caso... da própria relação sexual, de atrapalhar a relação, né porque não pode... fazer mais nada” (ACS-1-4).

O ato de amamentar é uma tarefa difícil para muitas mulheres (RAMOS; ALMEIDA, 2003) pois, além de todas as dificuldades com o manejo clínico, ainda existe a ansiedade gerada pelo tempo que consideram "perder" ao amamentar (CARVALHAES; CORREA, 2003). Nessa situação, na vida da mulher, o apoio é imprescindível. Um estudo com mulheres entrevistadas no período puerperal revelou que os familiares e pessoas significativas devem agir como fontes de ajuda (acompanhando e ajudando) e os profissionais de saúde, como fontes de informação (GONÇALVES, 2001). Destacam-se como familiares mais próximos: a mãe da puérpera e o pai do recém-nascido. Os pais têm sido identificados como

importante fonte de apoio à amamentação. No entanto, muitos deles precisam ser informados disso, pois historicamente essa parceria não foi construída e, por conseguinte, não sabem a maneira de apoiarem suas companheiras. Alguns sentimentos negativos dos pais, comuns após o nascimento de um filho, como ciúmes, poderiam ser aliviados se eles soubessem da importância do seu papel nos cuidados com o bebê e também nos cuidados com a mulher (BRASIL, 2009a). Estudo de Brito e Oliveira (2006) concluiu que, na opinião do pai, a amamentação pode trazer benefícios tanto para o bebê quanto para a mãe. Neste sentido, o profissional de saúde deve dar atenção ao pai de modo que ele se sinta incluído no processo do AM e da paternidade, podendo apoiar e auxiliar a mulher nessa fase.

Além da importância referida ao papel paterno no AM, é necessário ainda entender que, durante a lactação, alguns homens identificam sua esposa como sua mãe, o que pode interferir na relação sexual. Além disso, as modificações corporais decorrentes da gravidez podem levar à diminuição do interesse sexual ou mesmo o afastamento do casal. Após o nascimento da criança, o marido deixa de ver o corpo da mulher como seu somente - a presença do leite materno serve de "sinal" de que o peito de sua mulher agora pertence ao seu filho (SUSIN, 2004). A respeito das mudanças ocorridas na vida conjugal, os pais consideram que o ato de amamentar demanda maior dedicação da mulher, porém podem compreender a sua importância e se comprometer a apoiar (BRITO; OLIVEIRA, 2006). Contudo, para alguns pais, o ato de amamentar ainda está vinculado, apenas, ao corpo da mulher, entendendo assim que esse ato pertence apenas a ela, preferindo apoiá-la não como pais auxiliares, mas como pais provedores do lar (PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2008). Para Silva, Santiago e Lamonier (2012), na realidade, a mulher que amamenta necessita de apoio familiar, profissional e social, e o pai é destacado como o mais importante aliado.

4.2.3 A atuação da ESF na promoção, proteção e no apoio ao AM.

As discussões com as equipes de saúde da família evidenciaram aspectos facilitadores e dificultadores para a atuação na promoção, proteção e apoio ao AM.

Como aspectos facilitadores, podem ser elencadas características do modo de trabalhar da equipe da USF 4, as quais pareceram condizentes com os resultados positivos obtidos no estudo de prevalência.

A equipe da USF 4, que obteve índice elevado de prevalência de AME, se diferenciou das outras equipes em sua forma de organização e apresentou, entre as ações de apoio e promoção ao AME realizadas, a facilidade de acesso das mulheres à referida Unidade, como reflete a fala abaixo:

“Eu acho que a facilidade de acesso que elas têm ao serviço também ajuda bastante, né. Qualquer coisinha que elas têm elas vêm aí e são atendidas né, não tem nenhum tipo de empecilho pro atendimento.” (M-1-4).

Percebe-se que a facilidade de acesso que essa USF vem proporcionando às mulheres em AM garante o apoio necessário em todas as fases do desenvolvimento do bebê.

O direito ao acesso está assegurado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que dispõe sobre as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, que permite ao usuário o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, seu acolhimento e a promoção do vínculo entre ele e os profissionais de saúde. Essa portaria pressupõe aos serviços de saúde uma lógica de organização e funcionamento que parte do princípio que a Unidade deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem exclusões. O acesso da mulher ao serviço é muito importante. Neste sentido, Starfield (2002) apontou que a ausência de um ponto de entrada ao serviço de saúde facilmente acessível à população faz com que a atenção adequada possa não ser obtida, ou seja, adiada, incorrendo em gastos adicionais para todos. Para Merhy (1998), o acesso deixa de ter seu caráter universal quando o profissional apresenta o entendimento simplista de que o problema trazido pela(o) usuária(o) é sempre de ordem biológica, sem perceber as dimensões psicológicas, sociais e culturais, e quando há o direcionamento dos atendimentos ao médico, negando-se todas as possíveis intervenções de uma equipe multiprofissional. O tipo de atendimento conduzido dessa forma contribui para práticas não humanizadas, não acolhedoras e ineficazes.

Queluz (2011) afirmou, também, que a forma de organização dos serviços de saúde implica em facilitar ou dificultar as relações acolhedoras e o estabelecimento de vínculo com as usuárias e pode, inclusive, estar associada à falta de recursos humanos, estrutura física inadequada e a própria forma de trabalhar com protocolos rígidos e/ou com normas e rotinas ultrapassadas.

O desenvolvimento de estratégias de trabalho direcionadas à criatividade e sensibilidade que busquem a interação com a mulher em processo de AM e sua família é ideal para promover o apoio necessário ao AM. Giugliani e Lamounier (2004) referiram que os profissionais de saúde necessitam desenvolver também habilidades na comunicação com as mulheres que impliquem em acolher, escutar e ajudá-las a tomar decisões com responsabilidade, autonomia e segurança.

O atendimento humanizado e contextualizado com prioridade de ações direcionadas à mulher e seu bebê em AM é ressaltado na discussão com a equipe da USF 4:

“Porque um cuidado que eu tenho é que eu incentivo e estímulo o aleitamento materno, mas eu sempre olho que por trás de uma mama tem um ser humano, e sempre levando o contexto que ele está” (E-1-4).

O AM constitui-se de uma prática complexa e que não deve simplesmente ser reduzida aos aspectos biológicos. Há necessidade de se rever o posicionamento do profissional diante da mulher que deseja amamentar. E torna-se preciso reconhecer que, por ser uma prática complexa, deve-se incluir a valorização dos fatores psicológicos e socioculturais. Além disso, é fundamental que o profissional permita que a mulher coloque suas vivências e experiências anteriores, uma vez que a decisão de amamentar está diretamente relacionada ao que ela já viveu (CAMANO et al., 2005). A ESF deve, portanto, lançar seu olhar para o indivíduo e para as relações que estabelece entre a família e extrafamiliarmente. Para Pereira (2008, p.9):

“a ESF, tem o compromisso de instituir uma prática de saúde que tome a família como o objeto precípua de sua atenção, considerando o seu entorno social, as relações estabelecidas entre seus integrantes e como esta família se organiza socialmente e culturalmente para “andar a vida” e buscar apreender como essas

interações repercutem no desenvolvimento do processo saúde doença.”

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), aponta que a ABS deve cumprir com algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, e entre essas funções destaca-se a singularidade, ressaltando que a programação dos serviços de saúde deve partir das necessidades de saúde dos usuários sob sua responsabilidade, as quais devem ter suas condutas ajustadas, quando necessário, evitando-se a perda de referências decorrentes do desconhecimento das histórias de vida das usuárias.

A parceria com representantes da comunidade, que atuam nos primeiros momentos de retorno da mulher e do bebê para casa, além da visita dos ACS fazendo o elo com a equipe de profissionais da USF e da visita domiciliar da enfermeira foram ações relatadas como facilitadoras do apoio ao AME e que, portanto, contribuíram com a atuação dos profissionais de saúde:

“Então, as representantes da comunidade, tem aqui a X, que ela trabalha nessa parte do incentivo ao aleitamento materno, e que ela também tem esse vínculo com a comunidade. Então às vezes vamos supor final de semana, então ela também é um elo...” (E-4).

É possível analisar que a prática da ESF propõe uma ampliação do espaço de intervenção em saúde, incorporando o domicílio e espaços comunitários, contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade local, encontrando nesse contexto as circunstâncias ideais para o seu desenvolvimento (CASTRO; OLIVEIRA; FRANÇA-BOTELHO, 2009).

A equipe de profissionais da USF 4 utiliza também o princípio da APS, continuidade da atenção, para garantia da atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde das usuárias, por meio das equipes e dos serviços de saúde onde as mesmas circulam. Dessa forma, torna-se um espaço fundamental de apoio e promoção do AM às mulheres de sua área de abrangência.

A elaboração de grupos educativos fixos, multiprofissionais, no caso de pré-natal, em parceria com a equipe da USF 4, além da participação das doulas, equipe do NASF e mulheres que já tiveram filhos e que tiveram sucesso no AM, constitui prática de apoio e promoção ao AM, desenvolvida por essa equipe:

“O próprio pessoal do NASF, as doulas, quem mais que vem... até as próprias mães que já tiveram nenê vêm dar o seu relato...” (ACS-1-4).

“É um dos nossos grupos fixos que nós temos aqui na unidade, é abordado muito a importância do aleitamento materno...” (ACS-2-4)

Observa-se nesses relatos a utilização de uma estratégia, muito interessante, que consiste na abordagem de assuntos relacionados ao tema do AM por quem já os viveu, ou seja, por pessoas que já passaram por essa experiência. Essa estratégia pedagógica torna-se, portanto, mais relevante que o fato isolado da realização dos grupos.

Neste sentido, entende-se que as atividades de grupo na ESF representam oportunidades coletivas para os trabalhadores e a população interagir e são asseguradas pela Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, que estabelece o desenvolvimento de ações voltadas a grupos de risco para intervir preventivamente no controle e aparecimento de doenças da comunidade local (BRASIL, 2007).

Essa perspectiva indica o estabelecimento de laços de confiança entre trabalhadores e usuários e é um fator relevante para o sucesso do trabalho em saúde.

O aproveitamento de oportunidades de apoio ao AM, como na realização das vacinas e do Teste do Pezinho, também ocorre nessa USF e consiste em uma prática com ações mais articuladas, com potência para caminhar na perspectiva da integralidade da atenção. Fica evidente também nessa equipe o compromisso, o comprometimento com as ações de AM e o conhecimento da importância do trabalho de cada profissional para a equipe:

“E quando vem fazer o teste do pezinho, antes de... Enquanto vai preenchendo a papelada, conversando, eu peço pra elas darem de mamar também, né que aí a gente vai observando o mamilo como é que tá, como é que tá essa pega, né” (E-1-4)

“A gente sempre pergunta quando vem na vacina, a gente pergunta também, entendeu? Incentiva a manter...” (AS-1-4)

“Da equipe né... como um todo né. É o que eu falo né, não necessariamente a equipe está toda no mesmo local, no mesmo tempo, mas a cada momento, cada um tá fazendo o seu trabalho né, então...” (E-1-4)

Os depoimentos acima evidenciam que a USF que obteve maior prevalência em AME executa ações preconizadas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004), fato observado quando realizadas ações de avaliação e observação da mamada, quando da presença da criança na unidade de saúde por qualquer motivo, para não haver perda de oportunidades na prevenção do desmame. É quando verbalizam seu compromisso e a consciência da importância do trabalho em equipe em relação ao AM na área de abrangência da USF.

Para Franco e Merhy (1999), a potencialização do conhecimento para a assistência à saúde é fundamental e isso só será possível se for permitido, por conquista ou por política institucional, que cada trabalhador utilize o máximo da sua potência para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários.

Observam-se, também, na equipe da USF 4, manifestações de repúdio às ações médico-centradas da população, as quais vêm ao encontro de alguns anseios culturais da sociedade em relação ao AM. E, ao contrário, nas equipes com indicadores menores de prevalência, a atenção médico-centrada é valorizada quando alguns profissionais se referem às orientações realizadas em AM pelo médico:

“E eu acho que a gente também tem a sorte de ter um excelente médico na unidade, que tem total disponibilidade de tempo e paciência, pra fazer o pré-natal... É muito bem realizado, a mãe sai muito bem orientada de lá”...

(AS-1-1)

O modelo de atenção ainda hoje está muito associado à figura do médico, pelo qual este desenvolve seu trabalho em caráter essencialmente curativo e detém a hegemonia na maioria dos serviços de saúde. Muitas dificuldades em AM que as mulheres trazem podem ser resolvidas pela equipe de enfermagem, não necessitando de atendimento médico para sua resolução. Desta forma, ao aparecerem dúvidas em relação ao AM, as puérperas podem ser atendidas

prontamente pela enfermagem, não necessitando de agendamento de consulta médica para a continuidade da amamentação.

Ainda sobre a organização e forma de trabalho da equipe, embora a iniciativa de trabalho esteja direcionada para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias da ESF que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada do modelo hegemônico. Não há dispositivos potentes para isso porque a ESF aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, no desenho sob o qual opera o serviço, o qual não opera de modo amplo nos fazeres do cotidiano de cada profissional, o que, em última instância, é o que define o perfil da assistência (FRANCO; MERHY, 1999). Para se operar nos fazeres do cotidiano de cada profissional, seria necessário um modelo de atenção à saúde usuário-centrada e não procedimento-centrada, segundo Merhy (1998), como ainda atualmente presenciamos. Nesse modelo desejado, o usuário está em busca da solução de seus problemas e, em seus encontros com os trabalhadores de saúde, busca relações de confiança e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar a sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde.

Assim, o trabalho dos profissionais de saúde nesse modelo deverá se pautar no compromisso permanente de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar o(a) usuário(a) em um movimento combinado de singularização da atenção, segundo Merhy (1998).

Outras ações rotineiras apresentadas por todas as equipes e referidas como facilitadoras da atuação dos profissionais das USF são elencadas a seguir: visitas domiciliares realizadas pelos ACS; enfermeiros, estudantes de odontologia e médicos; orientações de pré-natal realizadas pelo médico e pela equipe de enfermagem individualmente; padronização da agenda com dias reservados para gestantes e puericultura (que podem por um lado facilitar e por outro impedir o acesso das mulheres à USF); separação dos prontuários de gestante em pasta única e visitas para reconhecimento do local de parto, na maternidade local conveniada com o SUS.

Em relação aos aspectos dificultadores da atuação da ESF, nas duas USF que apresentaram índices baixos de prevalência em AME e em uma das Unidades que tiveram índice elevado de prevalência, as dificuldades apresentadas as mesmas e relacionam-se à formação de grupos educativos não estruturados

conforme o preconizado. Algumas equipes de USF reclamam da necessidade que sentem de terem grupos estruturados.

Quanto à formação de grupos de gestante, estes ficavam sob a responsabilidade da enfermeira apenas em uma USF que apresentou indicador menor de prevalência. Em outra USF com indicador baixo de prevalência, inexistia grupo de gestante e, em outra USF que obteve alto índice de prevalência, o grupo era formado de acordo com a possibilidade do profissional da equipe no dia, não tendo um planejamento prévio de quem o fará:

“Então assim, um grupo formal coletivo para a gestante ou para puérperas, nós não temos, mas assim, nós temos o apoio para a gestante” (E-1-1).

“... Apesar de a gente ter um cronograma mais... a gente adequar né, ao perfil do grupo, e de repente se eu não tô presente, a dentista complementa minhas informações, a dentista não tá presente as ACSs complementam as informações, e assim, e o grupo acontecer, seja com um componente, mas acontecer. Isso que é importante, firmar um compromisso, né?... Então dentro destes espaços de grupos a gente tem uma certa plasticidade também, em relação ao grupo, a composição do grupo e em relação até a quem ta com a melhor agenda”. (M-1--3)

“Não, eu sempre faço. A questão é que esses grupos eles são reduzidos porque eu tenho pouca gestante, às vezes eu tô com 3 com 2 hoje eu tô com 1. Mas não deixa de ser um espaço pra grupo de gestante”. (E-1-2)

“A primeira dificuldade que eu vejo é a gente estar aberto a formar um novo grupo de gestante continuado aí. Então ter a disponibilidade dos profissionais que se identificam com essa... Com esse cuidado pra gente tá desenvolvendo outro de pré-natal aí o segundo é conseguir captar essa gestante para o grupo.”(E-1-1).

Nos relatos das três equipes acima, as ações existentes são as realizadas de forma individualizada, nem sempre planejadas anteriormente, as quais deveriam estar pautadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da

Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004). Ressalta-se a necessidade de se estabelecer um trabalho integrado nessas equipes que priorize as suas ações no sentido de atender da melhor forma possível a saúde materno-infantil, traçando estratégias junto aos gestores municipais com o objetivo de aperfeiçoar a assistência e de não perder oportunidades de atuação. A forma de organização das equipes parece ter influência nos dados das prevalências obtidas, podendo, inclusive, dificultar o processo de trabalho e, junto com ele, o estabelecimento de vínculo com as mulheres em AM.

Dificuldades de acesso físico à unidade foram manifestadas por uma das equipes cuja Unidade obteve baixo indicador de prevalência em AME e, segundo os integrantes dessa equipe, parecem, também, se relacionar com os baixos resultados obtidos e a necessidade de reestruturação de uma logística que facilite um contato mais frequente do profissional com as mulheres:

“Eu acho que às vezes o que dificulta um pouco é a distância, sem falar em assentamento, porque é tudo muito longe, né? Para se formar este grupo a equipe tem que se deslocar buscar essa gestante porque se não, elas não participam. Tem esse detalhe.”
(AS-1-3)

“A gente tem que ter tempo pra pensar numa logística que envolve o acontecimento aqui...” (D-1-3).

Starfield (2002) referiu que o princípio do acesso na APS pressupõe um conceito mais amplo de acessibilidade aos serviços de saúde, indicando que as barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais podem contribuir ou, senão, impossibilitar, totalmente, a utilização dos serviços de saúde por parte das usuárias a cada nova demanda dela.

A falta de planejamento familiar influenciando, também, no desmame precoce é citada como fator dificultador nas quatro USF estudadas, e, entendido apenas pela USF 4, que obteve a maior prevalência, como uma falha a ser corrigida nos grupos educativos no sentido de ampliar a oferta a todas as mulheres que estão no período reprodutivo e não somente às gestantes. São citadas a situação de dependência econômica que as mulheres em AM se encontram e a dificuldade em atender as solicitações dos filhos menores ao mesmo tempo, como fatores dificultadores do AME:

“É porque a falta de planejamento leva exatamente a você ter filho sem condições, né. Então você vai depender... Da rede social, né e aí você se vê numa situação de dependência mesmo, que o outro vai decidir a sua vida, né? Parece que existe em algumas famílias uma distância, não existe aquele querer cuidar, às vezes a gravidez aconteceu numa hora que não foi apropriada, então às vezes... (M-1-3)”.

“Vocês me corrijam, por favor, cês conhecem mais do que eu aqui a população. Então assim, é... Às vezes a diferença é de um ano e meio né. Então cê imagina uma mulher que tem 3, 4 filhos, aí vai amamentar aí o outro também quer aí um chora daqui, outro chora dali...”. (E-1-4)

“Que é um dos itens que a gente trabalha no grupo de gestantes, inclusive, eu que faço né! Risos... Acho que vai ter que fazer não só no grupo, não só com a gestante, como pra outra faixa etária, né gente, o planejamento familiar.” (E-1-4).

Considerando que cada nascimento se dá em contextos não necessariamente iguais, ou seja, diferenças de idade, de condições socioeconômicas ou de situação conjugal da mãe, o simples fato de ter uma experiência prévia talvez não seja suficiente como estímulo para a amamentação dos filhos subsequentes. Portanto, a dificuldade de análise da influência desse aspecto se deve a múltiplos fatores e às mudanças na dinâmica familiar ocorridas com o passar do tempo (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

4.2.4 Propostas para promoção, proteção e apoio ao AM na saúde da família.

Nesta categoria, foram enfocadas as propostas de atuação que os trabalhadores das USF apontaram como perspectivas para a melhoria da atenção primária às mulheres e aos bebês em processo de AM.

Uma primeira proposta evidenciada foi direcionada ao Gestor Municipal de Saúde pela USF 4, que obteve maior índice de prevalência em AME, no sentido de a prefeitura exigir um laudo médico com histórico do paciente e justificativa da

prescrição do leite artificial para os bebês que realmente necessitem. Além dessa proposta, foi sugerido que se forneça licença maternidade do dia do parto em diante, como tentativa de se assegurar o AME e de se capacitar os profissionais envolvidos:

“Porque se a prefeitura tivesse interessada em manter o aleitamento ela ia exigir no mínimo um laudo médico, laudo mesmo como é pro medicamento de alto custo que vem do estado, com justificativa, com histórico do paciente. Agora não justifica fazer uma cartinha de leite pra uma criança sem doença que tá ganhando peso normalmente. Então precisaria no mínimo auditar essas cartinhas dos médicos, tipo: Cê tá prescrevendo NAN, por quê? Perdeu peso, tá dando de mamar, tem alguma coisa que contra indique a amamentação, tem refluxo, tem HIV, tá fazendo tratamento de câncer, alguma coisa? Aí tudo bem. Se não, cancela a carta.” (M-4).

“Que o ideal seria a licença maternidade do dia do parto em diante”.
(M-4).

“Tem que trabalhar com esses profissionais.” (ACS-2-4).

A necessidade de se estabelecer políticas municipais de apoio e promoção ao AM que sejam pactuadas entre os serviços hospitalares e da atenção básica também ficam evidentes nos comentários acima. As falas refletem ainda a necessidade, tanto no espaço hospitalar quanto nos serviços da Atenção Básica e domiciliar, de se colocar em prática o sistema de referência e contrarreferência há muito preconizado, mas não realizado no dia a dia pelos serviços de saúde do município em questão. De acordo com este raciocínio, a Atenção Básica deve estabelecer também a articulação dos dois serviços garantindo a continuidade de assistência à criança após a alta hospitalar por meio de comunicação, no caso, com a equipe de saúde da família, para o seguimento do cuidado da criança que apresenta maior risco de morbimortalidade, principalmente no primeiro ano de vida e priorizar a linha de cuidado promoção do AM e alimentação saudável nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança (BRASIL, 2004). A promoção do AM tem sido, todavia, colocada como uma prioridade no contexto das políticas voltadas à saúde materno-infantil (CICONI; VENÂNCIO; ESCUDER, 2004).

Os diálogos apresentados anteriormente, manifestados pela equipe da USF 4, evidenciam o desconhecimento por parte do profissional de que os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde não podem legislar, função esta que só pode ser exercida pela Câmara de Vereadores.

A associação da obtenção do benefício do Projeto Bolsa Família à prática do AME pelas mulheres e o apoio da promoção social foram duas propostas feitas pela equipe de uma das USF, que obteve elevado indicador de prevalência em AME, e a proposta de que o incentivo fornecido pela Rede Cegonha às gestantes ficasse atrelado à participação destas e de seus parceiros nos atendimentos de pré-natal e grupos educativos foi sugerido por uma das USF que obtiveram menores indicadores de prevalência em AME. Abaixo as expressões retiradas das discussões:

“É porque lá, na verdade tem um campo no Bolsa Família pra ver se a criança tá em aleitamento exclusivo ou não, né e aí da gente tá orientando e gente vai tá escrevendo aqui, você pode perder o Bolsa por isso, né”. (E-1-3).

“Até então não, mas aí a gente começou a falar ó, aí vai perder se não tiver com as consultas em dia, com as vacinas em dia, com o estudo, né, frequência escolar, então elas e tão vindo certinho, nas pesagens nas consultas, eu acho que essa seria uma boa maneira.” (ACS-1-3)

“Então tem que trabalhar, tanto a promoção social, quanto essa parte de autoestima. Mas acho que trabalhando a questão social, a gente melhora a autoestima também.” (M-1-3)

“... Eu nem imaginava que tinha esse negócio de Bolsa Cegonha, que começou agora? Aí, porque também não colocar: Olha cê vai ter um incentivo. Olha, engravidou? Que bom! Só que esse incentivo mediante a um atendimento, amarrado. Você, teu esposo, assim, um...” (E-2).

O aspecto da vulnerabilidade social é evidenciado nos relatos acima relacionados ao AM. Os profissionais de saúde percebem como oportunidade de aumento da prevalência em AME a vinculação dessa prática à obtenção dos

benefícios recebidos pelas mulheres do Bolsa Família e do Bolsa Cegonha. E intencionam, de uma forma coercitiva, obter delas seu comprometimento com a prática do AM e uma corresponsabilização no processo de vigilância da saúde de seus filhos.

Os profissionais, em todos os seus relatos referidos acima, evidenciam a necessidade de um apoio maior e contínuo da Secretaria Municipal de Saúde no sentido de garantir que as políticas públicas de apoio e promoção ao AM se façam presentes e atuantes no município de Araraquara, facilitando assim o cumprimento de suas determinações pelos profissionais vinculados à ESF.

Visualizaram-se, também, manifestações de perspectivas de modificação no processo de trabalho, que foram apontadas por todas as equipes e referem-se à elaboração de um horário estendido de trabalho dos profissionais para o atendimento ao grupo de gestantes, com vistas a aumentar a adesão das mulheres que trabalham e a participação dos pais dos bebês:

“Que já foi cogitado de em algum dia da semana a unidade ter um atendimento estendido, que pudesse pegar os homens.” (E-2)

“Muitas trabalham, teria que ter um horário mais flexível, muito mais flexível. Aí com certeza a adesão ia ser... Por que tem muitos que têm muitas dúvidas, mas assim eu não posso sanar as dificuldades, às vezes precisa da orientação de um médico de uma enfermeira se tão todos aqui num horário mais acessível, com certeza o resultado ia ser bem melhor” (ACS-2-1).

“Eu acho que nessa unidade, não sei, uma vez na semana, por exemplo, na quarta- feira, em vez da unidade fechar às quatro e meia, ela ficaria até tipo umas 7 horas, que de tempo da pessoa que chegou do serviço, ir e fazer suas consultas.” (E-2).

A proposta de realização de um horário estendido para ampliar o atendimento às gestantes que trabalham e possibilitar a participação dos pais dos bebês é interessante, mas não pode ficar desvinculada da percepção de que, para que a adesão dessas usuárias e de seus parceiros ocorra, é necessário estreitar o vínculo dessas pessoas com os profissionais. Merhy (1998) ressaltou que, para se construir uma nova maneira de produzir saúde em um modelo centrado no usuário,

é necessário enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde, tentando um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva. Nesse processo de acolhimento, ocorre a produção de uma acolhida ou não das intenções que os usuários colocam, devendo haver a produção de uma responsabilização do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. Este raciocínio se faz necessário para que se possa produzir qualidade no sistema, expresso em resultados, como uma maior defesa possível da vida do usuário, um maior controle dos seus riscos de adoecer ou de agravar seus problemas e uma maior produção de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

Outra proposta de ação apontada pelos profissionais foi a de formarem grupos educativos e de, nesses grupos, utilizarem a metodologia da “Roda de Conversa” contribuindo, assim, para que sejam mais atrativos aos participantes e mais dinâmicos em seu período de duração:

“Eu acho que tinha que ser um grupo único pras duas equipes.” (E-2-1)

“Eu acho que esses grupos eles poderiam mudar. Na verdade acho que eles se tornavam um pouco maçantes. Eram grupo não sei se semanais ou mensais durante toda a gestação. Eu acho que podia se focar em dois ou no máximo três encontros, pra discussão de ideias mesmo, e ser uma coisa mais intensa num período médio” (AS-1-1).

“Fazer uma roda de conversa”. (E-2-1)

O profissional capacitado em AM deve estar trabalhando junto à população, não somente prestando assistência, mas também na promoção e educação em saúde da sua comunidade, sendo este o papel principal da ESF para prevenir agravos.

Alves (2005), no que diz respeito às práticas de educação em saúde, referiu que elas estão baseadas no modelo hegemônico que utiliza, como estratégias, informações verticalizadas para ditar comportamentos a serem seguidos para a manutenção da saúde. Assim, os usuários são indivíduos carentes de informação em saúde, e os profissionais de saúde são os detentores de um saber

técnico-científico, com status de verdade, que ali estão para informar devidamente o usuário. Esse tipo de estratégia, além de ser estímulo apenas temporário para a população, não muda o comportamento na organização da comunidade para o desenvolvimento de cidadania e participação nas atividades desenvolvidas pela unidade.

A proposta de Roda de Conversa remete ao discurso de que não basta apenas se adotar essa estratégia pedagógica se não for para modificar as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais.

Ao pensar na ESF como estratégia de reorientação do modelo assistencial, Alves (2005) sinalizou a adoção de novas tecnologias de trabalho que nos remete ao modelo dialógico de educação em saúde. Este modelo favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida, se tornando, portanto, mais coerente com o princípio do SUS, da integralidade, incorporado pela ESF.

A ESF prevê, contudo, o desenvolvimento de práticas de educação em saúde a serem desenvolvidas por todos os profissionais em seus contatos com indivíduos sadios ou doentes, conforme definição de suas atribuições básicas, e adverte-os de que devem oportunizar seus contatos com os usuários para “abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária” (BRASIL, 1997, p.15). Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da ESF pode significar espaços convencionais (grupos educativos) ou informais (na consulta médica ou durante a visita domiciliar) e expressar a compreensão do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família. Este modelo contribui para um entendimento mais humanizado da ação educativa, tornando-a mais sensível a seus sujeitos, além de mais abrangente, segundo Alves (2005).

Evidencia-se, também, que algumas equipes de USF estão criando grupos educativos elaborados e coordenados por um profissional apenas, ao contrário do preconizado que seria realizado pela equipe de profissionais.

“Não, eu tenho feito, mas assim, claro que eu acho que todo mundo tá apto entende?” (E-2).

“... mas a gente quer um grupo. Uma equipe que tem que funcionar o trabalho. Que tem que ter as ACS, as técnicas, todo mundo tem que

trabalhar com o mesmo compromisso, embora tenham funções diferentes, mas tem que ter o mesmo compromisso.” (ACS-3-2).

“Então é uma sugestão pra esse grupo seu, um dia, por exemplo, você me chama...” (M-2)

Observa-se, pelas falas acima, que as equipes parecem não estar organizadas de modo a cumprir a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Entre as ações necessárias a serem desenvolvidas por essas equipes está a realização de grupos educativos com a participação dos profissionais das outras áreas e não apenas pelo enfermeiro. Na maioria das vezes, quem desenvolve as atividades educativas nas Unidades é o enfermeiro e este, muitas vezes, não percebe a necessidade e a importância de uma abordagem multiprofissional.

A realização de reuniões de equipe para discussão de casos e para melhoria no próprio processo de trabalho foi proposta pelas equipes que apresentaram indicadores menores de prevalência em AME e é expressa nos discursos abaixo:

“... eu sinto que essa reunião... que poderia ser utilizada para um processo de trabalho, pra você aprender, pra você melhorar, pra você aprimorar como atuar e essa sua atuação ser efetiva eficaz... Vamos estudar esse caso? Vamos destrinchar? Porque que não deu certo? Cada detalhe, aqui, lá na maternidade, aonde foi o ponto PA? Mas precisa mais, pra chegar no que a Y falou, sabe, uma Unidade, nem sempre é uma Unidade!”. (E-1-2)

“É isso, né, são esses cursos pra capacitar as ações, e as reuniões de equipe pra afinar essas ações. Porque tem que tá capacitado, mas também tem que ter ações dirigidas no mesmo sentido, pra reforçar essas ações todo mundo tem que ta apoiando essas ações, né. E pra isso a reunião de equipe é muito importante”. (M-1-2)

“Eu acho que a equipe tem que falar um pouco mais a mesma língua, né. Começar desde todos.” (AS-1-2).

“às vezes nem é falar o contrário, é só falar uma palavra que favoreçam que ele quer ouvir, acabou. Ele acata aquilo!”. (AS-2-2).

“De alguma forma esse suporte, essa ajuda, as nossas trocas, nossas conversas, mas acho que tem muito que ser de cada um, tipo assim, vestir mesmo a camisa, eu tô aqui, minha função é essa, eu tô pra isso, e eu não posso esmorecer, né, ainda que às vezes isso não dê muito certo, ficar... Persistente né”. (E-2)

É possível evidenciar nas discussões a necessidade de se estabelecer o trabalho em equipe como forma de melhorar os resultados que os profissionais estão obtendo com seu trabalho. Para Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe surge da necessidade do homem de somar esforços para alcançar objetivos de forma mais fácil a atender às exigências de produção e reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns.

Na ESF, o trabalho em equipe está proposto como uma das prerrogativas estratégicas para a mudança do modelo hegemônico em saúde (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000). Neste tipo de trabalho, segundo Araújo e Rocha (2007), é necessário que as relações entre os profissionais aconteçam de forma horizontalizada e integrada, que busque consenso entre os profissionais, traduzindo-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da população. Ainda, para estes mesmos autores, a importância do trabalho em equipe está relacionada, principalmente, ao aspecto da integralidade do cuidado na saúde e se constitui em uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do seu trabalho cotidiano, no qual se opera a articulação das intervenções, traduzindo-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da população. Assim, a abordagem integral dos indivíduos e famílias é facilitada pela soma dos olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes. Não havendo interação e comunicação entre os profissionais, o risco da prática fragmentada, desumana e centrada no biológico, se torna ameaça aos objetivos primordiais da ESF e também dificulta em muito o trabalho dos profissionais.

Fortuna et al. (2005) afirmaram que uma equipe não se faz apenas pela convivência dos trabalhadores em um mesmo local de trabalho e que precisa ser construída e entendida como estando em permanente desestruturação e reestruturação. Na equipe, as relações de poder devem ser complementares e deve haver disponibilidade para trabalhar os processos grupais, ou seja, pensar conjuntamente: a tarefa, a finalidade do trabalho, a forma como os profissionais têm

se comunicado, a articulação dos saberes e dos fazeres para a execução das tarefas, o compromisso da equipe em relação às tarefas e o clima que o profissional pode estar sentindo durante as reuniões e encontros.

Conclui-se, portanto, ser essencial o trabalho em equipe nas ESF para que os profissionais juntos estabeleçam interação e comunicação, possibilitando assim a construção de um novo modelo de saúde e, na perspectiva deste estudo, uma nova forma de promover e apoiar o AM.

Pode-se apontar também como proposta a valorização da capacitação dos profissionais, que foi evidenciada na discussão com a equipe de uma das USF que obtiveram elevada prevalência em AME em 2008, mas que atualmente se considera com menor índice de prevalência:

“... SENAC, então o que a gente aprendeu lá a gente pode passar pra elas né, acho assim, uma capacitação pra gente, ajuda a gente mais ainda.” (ACS-2-3).

Os profissionais de uma das USF que apresentaram indicador baixo de prevalência em AME manifestam a necessidade de participar de capacitação em AM. Pesquisa avaliativa sobre a implantação do PSF realizada em um município do Estado de São Paulo, desenvolvida pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, verificou que o tempo de atuação dos profissionais no PSF não mostrou influência significativa sobre os conhecimentos em AM, o que sugere que somente a prática das equipes não é suficiente para a capacitação nesse tema, sendo necessário definir uma proposta formal para o treinamento desses profissionais. Os autores acreditam que um maior investimento na capacitação das ESF em AM poderia levar ao melhor aproveitamento do potencial do PSF para a promoção do AM nas comunidades em que é implantado (CICONI; VENÂNCIO; ESCUDER, 2004).

Um dos objetivos da capacitação é melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção. E, além da ação educacional propriamente dita, espera-se que os componentes da capacitação sejam parte essencial da estratégia de mudança institucional. Entretanto, poucas vezes instala-se uma estratégia global e sustentável que dê lugar à conquista progressiva e sistemática desses propósitos. (ROSCHKE; BRITO; PALACIOS, 2002; BRASIL, 2009d)

Sendo assim, para Araújo e Almeida (2007), a necessidade de capacitação dos profissionais para atuar na assistência em AM se faz urgente e essa capacitação deve envolver tanto os aspectos biológicos quanto os aspectos que contemplam a mulher em sua totalidade. Para Réa e Venancio (1999), os profissionais devem estar capacitados para abordar a mulher no sentido de aumentar a confiança em sua decisão e capacidade de amamentar. Já foi demonstrado que capacitações da equipe de saúde em AM resultam em maior duração do AM (CALDEIRA; FAGUNDES; AGUIAR, 2008) e na diminuição de consultas motivadas pelo adoecimento de lactentes menores de um ano de vida (CARDOSO et al., 2008).

A ESF possui o caráter interdisciplinar e multiprofissional, estando, portanto, responsável por uma atenção integral e contínua à população. Entre as áreas temáticas de atuação está o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, cujo objetivo é a redução da morbimortalidade infantil e, dentro deste, a promoção da assistência ao recém-nascido, à amamentação e a orientação alimentar adequada à idade (SILVEIRA, 2009).

A necessidade de adesão da mídia para o sucesso nas ações de apoio e promoção do AME ficou evidente nas afirmações das quatro equipes:

“É... então assim, é... como é que fala, é... precisa continuar incentivando dando espaço é... pra acolher, pra respeitar a linha de cuidado tudo, acho que essas medidas nesse sentido. Fazer algumas campanhas né, evidenciando...” (M-1-1)

“Eu acho que tá faltando mais divulgação na mídia, sabe, por mais que a gente fale esses postinhos, os grupos” (ACS-1-3)

“E eu acho que cartazes também. Se a gente colocasse aqui na unidade alguns cartazes também incentivando... Não precisa ser muitos, coloca um aqui na recepção, aqui na frente, eu acho que seria também uma forma de tá incentivando, né.” (ACS-2-4)

“Da própria Secretaria da Saúde mesmo, divulgar o trabalho das vantagens da amamentação.” (ACS-1-4)

“E a divulgação em massa da mídia também devia ter um pouquinho, né.” (ACS-1-4).

Estes depoimentos refletem a necessidade de recursos materiais de apoio. Mães que têm acesso à informação através dos meios de comunicação sobre o aleitamento materno, dependendo do grau de compreensão, passam a conhecer bem sua importância (CICONI; VENÂNCIO; ESCUDER, 2004). O autor ressaltou, ainda, não serem estas medidas suficientes e que, se não houver um acompanhamento e o apoio dos profissionais de saúde e da família, normalmente as nutrizes não conseguirão superar as dificuldades, ocorrendo o desmame precoce.

A necessidade de ações de formação de grupos educativos, com a inclusão da avó, do parceiro e de outras pessoas significativas para as gestantes e puérperas no atendimento e nestes grupos educativos, foi relevante nos discursos das equipes e essa constatação pode ser apresentada como proposta para a melhoria da atuação na APS. Algumas falas ilustram essa perspectiva:

“Participação da vó... E que a gente faça esse trabalho de busca ativa quem faltou quem não faltou essas coisas, nada impede a gente de nos primeiros 15 minutos 30 minutos, conversar, marcar todas, de repente todas no mesmo horário, conversar, né, e aí um pouquinho trocar todas as dúvidas e depois vai pra aquela consulta individual, né.” (E-1-1)

“Quem vem no grupo é a gestante, e eu vi uma estratégia interessante, que é o curso de atualização pra avós”. (M-1-3)

“É, uma estratégia, a gente tá chamando pros grupos de gestante os familiares. Pra que eles recebam a orientação, entendam o porquê daquela orientação”. (D-1-3)

“Já que tem uma história de pai muito presente, pelo menos conseguir abordar uma ou duas vezes durante esse pré-natal. Uma abordagem lá no Dr. X, uma abordagem na casa, uma abordagem logo em seguida depois do parto, acho que seria interessante. A gente tentar trazer mais um pouco o núcleo da família, talvez a gente possa mudar um pouco esses resultados aí também né”. (D-2)

“mas muitas vezes eu acho que falta o envolvimento do parceiro, e abordar o parceiro”. (D-1-2)

A presença das avós como pessoas eleitas a acompanhar e apoiar as mulheres em AM é frequente em nossa cultura. O diálogo, a informação adequada e a possibilidade de permitir às avós que exponham suas experiências, crenças e sentimentos em relação à amamentação podem exercer influência positiva das avós sobre suas filhas e noras na prática do AM. Há necessidade, premente, de se mediar o saber das avós e das demais pessoas significativas para a mulher, que a apoiarão durante todo o desenvolvimento do seu bebê, com o dos profissionais para que, desta forma, essas familiares continuem exercendo seu papel fundamental de apoiá-las no AM. Entre as ações a serem desenvolvidas com o intuito de resgatar a prática da amamentação, há duas atitudes a serem assumidas pela sociedade, que são “o reconhecimento de que as avós são importantes fontes de apoio e incentivo a essa prática e a necessidade de que as mulheres tenham acesso a informações sobre todos os aspectos relacionados ao AM para que possam tomar suas próprias decisões” (MARTINS, 2012, p.127).

Além da importante participação das avós no AM estão as experiências anteriores, o estado emocional da mulher, a família e os profissionais de saúde, tanto como transmissores de mitos e crenças, quanto como fonte de incentivo/apoio (BARREIRA; MACHADO, 2004). Segundo estudo de Marques et al. (2010) quanto ao apoio paterno, sua participação em programas de incentivo ao AM, seu apoio e sua aprovação ao AM influenciaram positivamente a nutriz em amamentar. Faleiros, Trezza e Carandina (2006) afirmaram que é necessário que os pais conheçam as vantagens do AM e seu verdadeiro significado e que este processo de aprendizagem se inicie na infância, para que eles possam auxiliar suas companheiras nesse processo para alcançar o sucesso e a manutenção do AM.

Susin (2004) referiu ser imprescindível também permitir que o homem, pela paternidade, perceba a necessidade de cuidados que o bebê inspira e, desta forma, compreenda a dedicação materna que testemunha cotidianamente, reduzindo assim seus sentimentos de exclusão, ciúme e competitividade que muitas vezes sente em relação ao seu filho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões relacionadas à prática do AM vêm se configurando ao longo da história como grande desafio para os serviços de saúde, no sentido de instituí-lo como prática de saúde estabelecida de maneira mais abrangente entre as comunidades.

A metodologia utilizada neste estudo possibilitou atingir os objetivos propostos e permitiu a visualização de um diagnóstico da situação dos diferentes tipos de AM em que se encontravam as crianças menores de seis meses do município de Araraquara, no ano 2009, além de identificar alguns de seus determinantes e de possibilitar ampliar o conhecimento das necessidades de ações de promoção, proteção e apoio ao AM na APS, na perspectiva das equipes de saúde da família.

Apesar de ter-se evidenciado que os resultados de alguns indicadores de aleitamento materno do município estudado encontravam-se próximos ou um pouco superiores aos achados em estudos de outras localidades, pode-se afirmar que Araraquara, assim como grande parte dos municípios brasileiros, necessita de que se busquem formas de melhorar a prevalência do AME. Há, portanto, um grande desafio para os serviços de saúde em aumentar a prevalência do AM no município de Araraquara, o qual se relaciona com o estabelecimento de políticas municipais mais direcionadas a esse êxito e que objetivem a integralidade da assistência prestada à mulher e aos seus bebês em AM.

Os determinantes da situação do AM revelados pelos profissionais de saúde das USF evidenciaram a necessidade de se programarem ações de promoção, proteção e apoio ao AM, logo nos primeiros dias de vida das crianças, relacionadas à introdução precoce de líquidos e com a alimentação complementar por volta do terceiro mês de vida, momento em que as mulheres estão retornando às atividades de trabalho. Ações que visem o aumento do grau de escolaridade das mulheres, que garantam às mulheres seus direitos trabalhistas e que ampliem o olhar dos profissionais de saúde às gestantes adolescentes no município também podem contribuir para melhorar seus indicadores de AME. A necessidade do uso de chupetas e mamadeiras/chuquinhas, assim como a operacionalização dos cuidados com recém-nascido baixo peso também precisam ser mais investigadas antes dos seis meses de vida dos bebês.

Identifica-se neste estudo, ainda, uma descontinuidade da assistência à mulher que amamenta, caracterizada pela desarticulação dos serviços municipais. Na concepção dos trabalhadores, há necessidade de se estabelecer um sistema de referência e contrarreferência no município, que seja atuante e que consiga coordenar o cuidado de forma que as instituições se responsabilizem pela assistência prestada as mulheres em AM e aos seus bebês.

A construção de espaços de articulação e negociação para o funcionamento de uma rede regionalizada e hierarquizada direcionada à continuidade do cuidado necessário à mulher e ao bebê em processo de aleitamento materno, em que a promoção da amamentação seja ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias, poderia contribuir para melhorar a situação do AM no município estudado.

A não uniformização dos valores obtidos das prevalências em AME pelas equipes das USF observadas neste estudo evidenciou a necessidade de se estabelecer uma política de promoção, proteção e apoio ao AM, contínua, com ações direcionadas aos determinantes identificados que possam estar contribuindo para o risco do desmame precoce, quer seja de natureza objetiva ou subjetiva. As diferentes prevalências obtidas pelas USF sinalizam a necessidade de um trabalho individualizado, humanizado e contextualizado com essas equipes que estimule e identifique suas necessidades e prioridades para uma assistência materno-infantil mais eficaz. Alguns profissionais das USF evidenciaram em suas falas falta de estímulo. Outros apresentam propostas interessantes que envolvem a participação de todos, desde a gestão municipal até a atuação do profissional ante a mulher que está amamentando. E outros, ainda, apresentaram propostas que refletem, na realidade, suas dificuldades em executar ações inerentes ao seu próprio trabalho nas unidades de saúde. Todas estas demandas, na análise dos trabalhadores, necessitam ser avaliadas contextualmente e trabalhadas por meio de estratégias pedagógicas que contribuam para um processo de ensino-aprendizagem significativo ao trabalhador de saúde.

A relação entre os resultados das prevalências apresentados e as ações de promoção, proteção e apoio ao AM desenvolvidas pelas equipes de USF ficou evidenciada. As práticas realizadas para promoção e apoio ao AM por algumas USF confirmam os altos índices de prevalência obtidos pelo município, enquanto a ausência dessas práticas em USF com os índices menores de prevalência evidencia

uma assistência ainda muito centrada no modelo hegemônico, verticalizado, fragmentado, desarticulado, prescritivo e coercitivo; o que mostrou a necessidade de mudança no modo de a equipe operar as ações de apoio e a promoção do AME até o sexto mês de idade da criança. A mudança de certas práticas de saúde que envolve a interação entre os serviços, os profissionais e os usuários também se mostrou importante para a produção de um cuidado mais humanizado, com vistas a considerar as diversas representações que constituem a singularidade da mulher em processo de AM.

A capacitação dos profissionais das USF, apontada pelos mesmos e compreendida como necessária, deve acontecer com o objetivo de prepará-los para uma atuação direcionada a um modelo de assistência centrado nas usuárias e em suas famílias, que exercem a grande função de apoiadoras desse processo. Essa demanda compreende a necessidade de auxiliar os profissionais a lidarem com as várias situações inerentes à prática de amamentação: a implementação de grupos educativos com mulheres gestantes e em processo de AM; as dificuldades em lidar com mulheres que não desejam amamentar; o efetivo auxílio às mulheres que trabalham, dentro ou fora de casa, com ou sem licença maternidade, para continuarem a amamentar seus filhos até pelo menos os seis meses de idade; a reflexão sobre formas mais produtivas de lidar com as avós e com os pais no sentido de alcançar o sucesso no AME e a utilização dos recursos das USF como estratégia de reorganização da APS. Aspectos de formação de vínculo entre profissionais e mulheres em processo de AM, de acolhimento, bem como de um cuidado singular e integral a essa população fazem parte, também, dos temas a serem discutidos na educação permanente.

Há, entretanto, a necessidade de se chamar a atenção para o aspecto conteudista das capacitações, que permite oferecer o conhecimento técnico, mas que não é suficiente para promover mudança na prática profissional. Esta somente se tornará possível por meio do desenvolvimento de um processo de conscientização dos profissionais de saúde sobre a compreensão do AM em seus aspectos socioculturais e biológicos.

Práticas pedagógicas que direcionem o processo ensino-aprendizagem para um ensino significativo, com metodologia problematizadora, podem contribuir na construção de novas competências para os profissionais de saúde, possibilitando uma reflexão mais crítica e construtiva da realidade da amamentação, onde, de

forma coletiva, possam promover uma mudança de paradigma, possibilitando assim uma compreensão do AM em sua dimensão subjetiva, integral e contextualizada.

Acredita-se que o estabelecimento de uma escuta ampliada, que permita a valorização da mulher, decodificada e que possibilite que essa mulher exponha suas dúvidas, seus medos, suas crenças, suas inseguranças por meio do diálogo em um ambiente acolhedor, com o envolvimento de familiares, poderá propiciar condições favoráveis para a construção de uma nova forma de lidar com o AM, permitindo que a mulher possa ser apoiada em seu papel de mãe.

Espera-se que os resultados apresentados neste estudo possam subsidiar os profissionais e gestores da saúde no planejamento e na adoção de novas ações de promoção, proteção e apoio ao AM. Recomenda-se que estudos semelhantes a este sejam realizados nos próximos anos com o intuito de se construir parâmetros para análise da tendência do AM no município e na região e, dessa forma, avaliar e reelaborar políticas públicas de saúde voltadas a essa importante prática que é amamentação.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev. Interface-comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.39-52, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2012.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.804.
- ARANTES, C. I. S. et al. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2012.
- ARARAQUARA (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Programa Amamentação e Municípios - Amamunic - Avaliação das práticas alimentares no primeiro ano de vida nos dias nacionais de vacinação**. Araraquara (SP), 2009a. 33p.
- _____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara. **Plano municipal de saúde do município de Araraquara - S.P.** Araraquara (SP), 2009b. 163p.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: Um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2012.
- ARAUJO, M. F. M. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas a prática profissional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 269-281.
- ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 4, p.431-438, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de jan.2013.
- BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/14.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2012.

BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, M. F. A. S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Sci Health Sci**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.11-20, 2004. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.uem.br%2Fojos%2Findex.php%2FActaSciHealthSci%2Farticle%2Fdownload%2F1606%2F1052&ei=RuYBUZD5Gef90gGkvoHwDA&usg=AFQjCNHE_-X2dsX-iJqtY4ZWS4zcgIC5bA&sig2=9CwiFQXbfSNb5R-LpuCs6Q&bvm=bv.41524429,d.eWU>. Acesso em: 24 jan. 2013

BERNARDI, J. L. D.; JORDÃO, R. E.; BARROS FILHO, A. A. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do Estado de São Paulo. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 6, p.78-867, nov./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600008>. Acesso em: 16 jan. 2013.

BERNARDI, J. R.; GAMA, C. M.; VITOLO, M. R. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 42p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simple/Manual%20para%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica/1030>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**: relatório preliminar. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia Alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 152. (Serie Normas e Manuais Técnicos, n.107). Disponível em: <http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/guia_crianças.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2012.

_____. 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. 80p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso: 07 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/GM**, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e nutrição complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília: 2009c. p.195-212. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 d. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 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 o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus**: informações de saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRITO, R. S.; OLIVEIRA, E. M. F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p.193-202, jun. 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/rt/context/4596/0/13025?defineTerm=>>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C.; AGUIAR, G. N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 9, p.1027-1233, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/6980.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2012.

CAMANO, L. et al. **Obstetrícia**: guia de medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri (SP): Manole, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CARDOSO, L. O. et al. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica. **J. Pediatr.** v. 84, p.147-153, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan.2013.

CARVALHAES, M. A.; CORRÊA, C. R. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno por meio de aplicação do protocolo. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, p.13-20, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n1/v79n1a05.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2003.

_____; PARADA, C. M.; COSTA, M. P. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu - SP, Brasil. **Rev. Latino Am Enferm**, v. 15, n. 1, p.9-62, jan./fev. 2007.

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.

CASTRO, R. A.; OLIVEIRA, E. M.; FRANÇA-BOTELHO, A. C. Aleitamento materno em área de abrangência do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40811729006>>. Acesso em: 07 de out. de 2012.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília (DF), n. 53, p.7-143, dez. 2000.

CICONI, R. C. V.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 2, p.193-202, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/21006.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2012.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte3 - métodos mistos e múltiplos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200700050025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2012.

DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2012.

FONSECA-MACHADO, M. O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Rev. Esc. Enferm. Usp**, São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2012.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2012.

FRANÇA, G. V. A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p.8-711, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições e novos desafios. In: **Conferência Nacional de Saúde on-line**. Tribuna Livre, 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudec/letiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2012.

FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface Comum Saúde Educ**, Botucatu, v. 14, n. 33, p.27-315, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2012.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2012.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

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

_____; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para uma prática profissional de saúde fazer. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2013.

GONÇALVES, A. C. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. 2001. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2001. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1682>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. Usp**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.21-115, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

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 Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl 1, jun.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700049&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 dez. 2012.

MARQUES, F. S.; LOPES, F.A.; BRAGA, J. A. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. **J Pediatr (Rio J)**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p.99-105, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2/v80n2a05.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

MARTINS, R. M. C. **Mulheres aprendem com mulheres: diálogo intergeracional sobre as práticas de amamentar e os cuidados com o bebê**. 2012. 155 f. Tese (Doutorado em Educação: Processos de Ensino e Aprendizagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 82, n. 4, jul./ago. 2006.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 28 de março de 2013.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xama, 1998. p. 20-103.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar os processos de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999a. p. 9-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 1999b. p. 208-211.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

_____.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.62-239, jul./set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2012.

MIRACLE, D. J.; FRELAND, V. Provider encouragement of breastfeeding: efficacy and ethics. **J. Midwifery Womens Health**, v. 52, n. 6, p.8-545, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2007.08.013/abstract>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

MONTEIRO, C. A. **O panorama da nutrição infantil nos anos 90**. Brasília: UNICEF, 1997. 1 v. (Cadernos de Políticas Sociais, Série Documentos para Discussão).

MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1988.

MORIN, E. **A cabeça feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

NAKANO, A. M. S. et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2012.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno los prematuros: manejo clínico hospitalar. **J. Pediatr. (rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2013.

OLIVEIRA, L. P. M. et al. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2012.

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.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Renovación de la Atención Primaria de salud en las Américas: valores esenciales, principios y elementos de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2005.

PACHECO, S. T. A.; CABRAL, I. E. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2012.

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.14-407, mai./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2012.

PARIZOTO, G. M. et al. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p.8-201, mai./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2012.

PEDRAS, C. T. P. A.; PINTO, E. A. L. C.; MEZZACAPA, M. A. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros a termo: uma revisão sistemática. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 8, n. 2, p. 69-163, 2008.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

_____. et al. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 7, n. 1, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n1/05.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2012.

PEREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success of story?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 1, p.S119-S127, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700013&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 08 jan. 2012.

PERRENOUD, P. **A pedagogia na escola das diferenças – fragmentos de uma sociologia do fracasso**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, C. M.; ALEXANDRINO, A. C.; OSORIO, M. M. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 9, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2013.

QUELUZ, M. C. **Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana**. 2011. 193 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

_____. 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, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2012.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 3, n. 3, set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2012.

_____. et al. Diagnóstico da Situação do Aleitamento Materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.62-1753, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2013.

RÉA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. S37-45, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a05v19s1.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2012.

_____; VENANCIO, S. I. Avaliação do curso do curso de aconselhamento em amamentação OMS/UNICEF. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 75, n. 5, p. 8-112, 1999. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-02-112/port.pdf>>. Acesso em 13 jan. 2013.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. Aleitamento materno. In: R. G. RICCO. **Puericultura princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança e do adolescente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 65-76.

ROSCHKE, M. A.; BRITO, P.; PALACIOS, M. A. **Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de saúde: manual do educador**. Washington: OPS/OMS, 2002.(Série Paltex, n.44)

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 83, n. 1, p.8-53, fev. 2007.

SANTOS, L. M. P. et al. Uso de losDíasNacionales de Inmunización como estrategia para vigilar los indicadores sanitarios y nutricionales. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 86, n. 6, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862008000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. **Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação**. Manual do coordenador municipal, 2011. Disponível em: <[http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/Treinamento%20AMAM UNIC%202009/MANUAL%20SUPERVISOR%202011%20\(oficial\).pdf](http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/Treinamento%20AMAM UNIC%202009/MANUAL%20SUPERVISOR%202011%20(oficial).pdf)>. Acesso em: 02 fev.2012.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.92-187, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2012.

SERTÓRIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.62-156, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200003>. Acesso em: 16 jan. 2013.

SILVA, A. C. B.; ATHAYDE, M. O programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, São Paulo, v. 33, p.23-35, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1005/100515167004.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev. Paul. Pediatr**, São Paulo, v. 30, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2013.

SILVA, I. A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev. Esc. Enf. Usp**, São Paulo, v. 34, n. 4, p.9-362, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a07.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2012.

_____. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.3, n.1, p.7-14, jan./jun. 2001.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2012.

SILVEIRA, M. M. M. **Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na estratégia saúde da família**. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) - Departamento de Pós Graduação, Centro Universitário Unievangélica, Anápolis, 2009. Disponível em: <<http://www.unievangelica.edu.br/files/images/curso/mestrado.mstma/2009/marluce%20martins%20-%20aleitamento%20materno.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SOUZA, 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: 19 jan. 2012.

SOUZA, L. A. **Promoção - apoio ao aleitamento materno: binômio ou antítese?** Uma caracterização das práticas do profissional de saúde na perspectiva da mulher no processo do aleitamento materno. 2006. 188 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07012008-110009/>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SUSIN, L. R. O. **Influência do pai e das avós no aleitamento materno**. 2004. 141 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Pediatria) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5448/000426489.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 09 out. 2012.

TERUYA, K.; COUTINHO, S. B. Sobrevivência infantil e aleitamento materno. In: REGO, J. D.. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 5-19.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.14-507, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2012.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2012.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p.99-105, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2012.

VENÂNCIO, S. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.8-313, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n3/10493.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2012.

_____. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 4, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2012.

_____.; MONTEIRO, C. A. A. Tendência da prática da amamentação não NAS Brasil Décadas de 70 e 80. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n. 1, abr. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2013.

VIANNA, R. P. T. et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p.2403-2409, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001000015&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 jan. 2012.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação e padrões alimentares em três coortes de nascimento no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.24, 409-416, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500006>. Acesso em: 05 out. 2012.

WENZEL, D. **Aleitamento materno**: estudo nacional da prevalência e determinantes no Brasil, nas macro- regiões e áreas urbanas e rurais. 2008. 141 f. Tese (Doutorado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-04072008-104832/>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A - RELATÓRIO DE RESULTADOS QUANTITATIVOS DO ESTUDO

Projeto de Pesquisa: Prevalência do aleitamento materno e ações de promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde: estudo com equipes de saúde da família.

Em resposta às necessidades de informações referentes às práticas de amamentação e com vistas ao planejamento de saúde, foi realizada, em setembro de 2009, uma pesquisa com o objetivo de conhecer a realidade do Aleitamento Materno nas crianças menores de um ano de idade no município de Araraquara-SP, através do Projeto Amamentação e Municípios – AMAMUNIC. Foram analisadas as práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram à Campanha de Vacinação no município de Araraquara, e os dados levantados demonstraram que a prevalência de crianças menores de seis meses em aleitamento materno exclusivo foi de 31,49 % e de crianças menores de seis meses em aleitamento materno predominante foi de 19% (ARARAQUARA, 2009a). Diante das estatísticas apresentadas pelos indicadores do Amamunic 2009 para o município de Araraquara-SP, pretende-se, com este estudo, analisar as concepções das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre a prevalência e os determinantes do aleitamento materno no referido município. E fornecer informações para subsidiar novas ações da equipe de saúde, objetivando a melhoria na prevalência de aleitamento materno exclusivo identificado.

Para determinar-se a prevalência do aleitamento materno neste estudo, foram selecionadas apenas as crianças residentes no município de Araraquara que possuíam fichas com todos os dados relevantes para a pesquisa preenchidos e obtivemos, então, uma amostra de 1.827 crianças, dentro de um universo de dados secundários obtidos pelo projeto Amamunic em 2009, constituído por 1.883 crianças. Foi realizada, também, uma análise dos indicadores de prevalência do aleitamento materno em menores de seis meses, estabelecendo seu perfil nas diferentes Unidades de Saúde do município de Araraquara-SP. Entre as 10 Unidades de Saúde da Família que participaram do Projeto Amamunic em Araraquara no ano 2009, foram selecionadas quatro, sendo duas que obtiveram as maiores prevalências em aleitamento materno exclusivo e duas que obtiveram as menores prevalências.

Em relação à interpretação dos indicadores de AME segundo parâmetros da OMS, podemos afirmar que o município de Araraquara estava em situação ruim no ano 2009, pois obtivemos o escore de 30% de crianças menores de seis meses em AME, ou seja, valor entre 12-49% pelo escore da Organização Mundial de Saúde (OMS). Constatamos também que 70% das crianças de 0 a 1 mês de vida estavam em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e Aleitamento Materno Predominante (AMP), tendo, já no segundo mês de vida, essa prevalência caído para 57%. E que $\frac{1}{4}$ das crianças encontravam-se totalmente desmamadas antes do 4º mês de vida, estando somente 29% das crianças aos três meses de vida em AME.

A porcentagem das crianças menores de seis meses que estavam em AME, AMP, Aleitamento Materno Complementar (AMC) e em não aleitamento agrupadas por tipo de Unidades de Saúde de Araraquara-SP (Estratégia Saúde da Família, Centros Municipais de Saúde e Serviço Especial de Saúde de Araraquara), segundo dados do Amamunic-2009, não revelam indícios de diferença estatística nos níveis de confiança considerados (a partir de 90%) entre os tipos de locais de vacinação.

A mediana do AME obtida pelo município de Araraquara em 2009 foi de 58 dias e apresentou-se superior aos dados da II Pesquisa das Capitais Brasileiras e Distrito Federal, a qual foi de 54,1% no ano 2008.

Constata-se também a introdução precoce de água e chás em menores de um mês, observando-se o índice de 43% recebendo água e de 70% recebendo chás, nessa faixa etária. Em crianças de três a cinco meses em aleitamento materno, observou-se que, no município, 28% consumiram comida salgada (de panela, papa ou sopa) e que 39% consumiram frutas, valores superiores aos da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal em 2008, que demonstraram, respectivamente, 20,7% para comida salgada e 24,4% de frutas.

Em vista da necessidade de se entender a situação do aleitamento materno na Rede Básica do Município de Araraquara e também reconhecendo a necessidade de melhorar os indicadores de aleitamento materno exclusivo, entre outros indicadores apresentados pelo Amamunic de 2009, entendemos que seja de grande importância analisar as concepções dos trabalhadores das Equipes de Estratégia da Família sobre a prevalência do aleitamento materno e de seus determinantes no município de Araraquara-SP.

Sérgia Cristina Haddad Mota

Pesquisadora responsável

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

- 1- O moderador faz uma breve autoapresentação e registra como gostaria de ser chamado (nome ou apelido).
- 2- Proporciona uma breve autoapresentação dos integrantes. Solicita nessa apresentação que cada um manifeste como gostaria de ser chamado (nome ou apelido).
- 3- Providencia material de identificação para que todos os presentes tenham seu nome e apelido registrados e possibilite o diálogo, sendo tratado pela identificação escolhida.
- 4- Agradece o aceite ao convite feito para estarem no grupo focal.
- 5- Expõe porque os integrantes foram escolhidos /convidados.
- 6- Abre para esclarecimentos sobre a pesquisa.
- 7- Apresenta o cronograma da reunião.
- 8- Expõe sobre o uso do gravador e solicita a autorização do mesmo.
- 9- Expõe o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como sua assinatura.
- 10- Enfatiza que não há certo ou errado, mas sim diferentes pontos de vista, e que não se está buscando um consenso.

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1- Como vocês analisam a prevalência do aleitamento materno em Araraquara? E na região na qual atua? Quais seriam os determinantes de tal situação do aleitamento materno?
- 2- Com relação às ações voltadas ao aleitamento materno, o que tem sido desenvolvido pelos trabalhadores desta Unidade? O que se faz e quem faz?
- 3- O que tem ajudado ou facilitado a execução das ações em aleitamento materno pela Equipe de Saúde da Família?
- 4- O que tem dificultado a execução das ações em aleitamento materno pela Equipe de Saúde da Família?
- 5- Na opinião de vocês, o que poderia ser feito para que a prevalência do aleitamento materno em sua Unidade se eleve?

APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado/a Sr/a. _____

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Prevalência do aleitamento materno e ações de promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde: estudo com equipes de saúde da família.
2. Você foi selecionado/a por atuar como profissional de saúde em uma Unidade de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara. Sua participação não é obrigatória e não implica em qualquer gasto financeiro.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, instituição na qual trabalha.
5. O objetivo geral deste estudo é analisar a prevalência do aleitamento materno e a necessidade de ações para promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde na perspectiva de equipes de saúde da família do município de Araraquara-SP.
6. Sua participação nesta pesquisa será por meio do seguinte procedimento: concessão de uma conversa em grupo, com os demais colegas de trabalho da sua Unidade, sobre a prevalência do aleitamento materno em Araraquara, a qual será gravada e transcrita para posterior análise.
7. Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos. Você poderá vir a sentir cansaço, algum desconforto e/ou constrangimento. No entanto, caso isso aconteça, você poderá desistir a qualquer tempo, sendo a conversa imediatamente suspensa e permitindo que você saia do local. Por isso, caso haja algum desconforto durante a conversa, pedimos que, se for de sua vontade, você nos explique o que ocorreu para que possamos corrigir qualquer erro que, em seu julgamento, tenhamos cometido. Você tem inteira liberdade para suspender a conversa em qualquer momento, sem acarretar prejuízos pessoais ou profissionais.
8. Sua participação contribuirá para a ampliação dos conhecimentos sobre promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde e, desta maneira, visualizar caminhos para subsidiar novas ações das equipes de saúde que venham a contribuir para o aumento da prevalência do aleitamento materno no município.
9. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre o conteúdo de sua participação. Asseguramos, também, que você não será identificado.
10. Você receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sérgia Cristina Haddad Mota

Pesquisadora responsável

End: Rodovia Washington Luis, Km. 235;

Departamento de Enfermagem da UFSCar.

Tel. (16)-8112-0865 ou (16) 3351-8334/ 9435; e-mail: sergiahaddad@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró- Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada da Rodovia Washington Luís, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Araraquara, ____/____/____

Sujeito da pesquisa

ANEXO

ANEXO A – RELATÓRIO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

PROJETO DE PESQUISA

Pesquisador: Sérgia Cristina Haddad Mota

Título: Prevalência do aleitamento materno e ações de promoção, proteção e apoio   amamentação na atenção primária   saúde: estudo com equipes de saúde da família.

Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Instituição: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Versão:1

CAAE: 00945412.4.0000.5504

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 8554

Data da Relatoria: 13/03/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa sobre a prevalência da amamentação e seus determinantes e sobre promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária   saúde na cidade de Araraquara (SP), trabalho este realizado com profissionais de saúde da rede pública.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo Principal é analisar a prevalência do aleitamento materno e a necessidade de ações para promoção, proteção e apoio   amamentação na atenção primária   saúde na perspectiva de equipes de saúde da família do município de Araraquara-SP. Como objetivos secundários, pretende-se: descrever e analisar os indicadores de prevalência do aleitamento materno em menores de seis meses, estabelecendo seu perfil nas diferentes regiões do município de Araraquara-SP; apreender as concep es dos trabalhadores de diferentes equipes de saúde da família sobre a prevalência do aleitamento materno e seus determinantes no município como um todo e na região onde ocorre sua atuação; identificar como os trabalhadores das equipes operam as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; identificar necessidades e propostas de atuação das equipes de saúde da família com vistas ao aumento da prevalência do aleitamento materno;

apontar perspectivas de atuação na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária à saúde do município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram ponderados e como riscos são citados o desconforto e o cansaço e a pesquisadora refere que fará o máximo para minimizá-los. Como benefícios cita a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem desenhada e tem relevância científica e social. Trata-se de um trabalho bem elaborado e respeita as normas da Resolução CNS 196/96 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: É relatado que o trabalho poderá servir como fonte para outros trabalhos vindouros.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho é relevante e respeita os preceitos éticos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares

Sao Carlos, 25 de março de 2012.

Daniel Vendruscolo