

**PATRICIA HELENA BRENO QUEIROZ**

**ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE  
E A AMAMENTAÇÃO**

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2008**

**PATRICIA HELENA BRENO QUEIROZ**

**ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE  
E A AMAMENTAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração em Enfermagem e Trabalho

**Orientadora:** Professora Doutora Márcia Regina Nozawa

**Co-orientadora:** Professora Doutora Antonieta K K Shimo

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Q32e Queiroz, Patrícia Helena Breno  
Enfermeiras na atenção básica de saúde e a amamentação / Patrícia  
Helena Breno Queiroz. Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientadores : Márcia Regina Nozawa, Antonieta Keiko Kakuda  
Shimo

Tese ( Doutorado ) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas.

1. Aleitamento materno. 2. Papel do profissional de  
enfermagem. 3. Saúde pública. I. Nozawa, Márcia Regina. II.  
Shimo, Antonieta Keiko Kakuda. III. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em inglês : “Nurses from the basic health service and breastfeeding”**

**Keywords:** • Breastfeeding  
• Nurse’s role  
• Public health

**Titulação: Mestre em Enfermagem**

**Área de concentração: Enfermagem e Trabalho**

**Banca examinadora:**

**Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo**  
**Profa. Dra. Elisabet Pereira Lelo Nascimento**  
**Profa. Dra. Jané Nogueira do Vale**

**Data da defesa: 21- 07 - 2008**

---

**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

---

---

**CO-Orientador(a)** Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo

---

---

**Membros:**

---

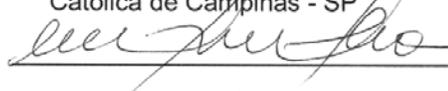
1.

- Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo – Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP (Co-Orientadora e Presidente)



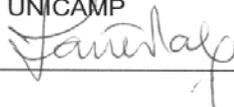
2.

- Profa. Dra. Elisabet Pereira Lelo Nascimento – Pontifícia Universidade Católica de Campinas - SP



3.

- Profa. Dra. Ianê Nogueira do Vale Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP



---

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas**

**Universidade Estadual de Campinas**

---

**Data: 21/07/2008**

---

***DEDICATÓRIA***

*Dedico este trabalho aos três filhos que amamentei  
Lucas, Raquel e Marília que seguem  
me alimentando por esta e outras vidas.*

## AGRADECIMENTOS

---

Aos meus pequenos pacientes recém nascidos e suas mães, motivo de minha escolha profissional e deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho em enfermagem, com quem aprendo sempre.

Aos meus professores e meus alunos de toda a vida pela oferta generosa e inclusiva de conhecimento.

À minha mãe Wanilda e meu pai Rubens, “ouro de mina, coração, desejo e sina”.

Às minhas irmãs Andréa e Claudia, ligação com o passado, corrimão no presente e estória futura.

À Débora, grande alma inquieta e flutuante.

À Mary Deyse e a família que me escolheu.

À Professora Dra. Márcia Regina Nozawa por me acolher sem reservas.

À Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo, por manter a nau em curso pela tempestade.

Às “meninas” do grupo de pesquisa Saúde da Mulher e Recém-Nascido, por estarem ali para toda obra.

Aos enfermeiros e coordenadores da Secretaria de Saúde de Americana pelo acolhimento e participação afetuosa.

À Antonieta, minha fada madrinha.

*“Um recém-nascido é a prova de que, apesar de tudo isso  
que vocês fazem com ela, a natureza ainda não  
desistiu do ser humano”.*

**Millôr Fernandes, 2008.**

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xxv</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxix</i>
<b>RESUMEN</b> .....	<i>xxxiii</i>
<b>1- APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA</b> .....	37
<b>2- INTRODUÇÃO</b> .....	43
<b>2.1- Aleitamento Materno e Políticas Públicas</b> .....	45
<b>2.2- Modelos de Atenção à Saúde e Aleitamento Materno</b> .....	49
<b>2.3- Aleitamento Materno sob diferentes olhares</b> .....	51
<b>3- JUSTIFICATIVA</b> .....	57
<b>4- OBJETIVOS</b> .....	61
<b>4.1- Geral</b> .....	63
<b>4.2- Específicos</b> .....	63
<b>5- SUJEITOS E MÉTODOS</b> .....	65
<b>5.1- Metodologia</b> .....	67
<b>5.2- Contexto em que se realizou o estudo</b> .....	67
<b>5.3- Sujeitos da pesquisa</b> .....	70
<b>5.4- Instrumento de coleta de dados</b> .....	70
<b>5.5- Coleta de dados</b> .....	71
<b>5.6- Análise de Resultados</b> .....	72
<b>5.7- Aspectos éticos</b> .....	73
<b>6- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	75
<b>6.1- Caracterização dos sujeitos</b> .....	77
<b>6.2- Análise temática</b> .....	90

<b>7- LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>103</b>
<b>8- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>107</b>
<b>9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>113</b>
<b>10- ANEXOS.....</b>	<b>127</b>
<b>11- APÊNDICES.....</b>	<b>133</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

AM	Aleitamento Materno
AMAMUNIC	Amamentação nos Municípios
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
DRS	Departamento Regional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IS	Instituto de Saúde
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe
MEDLINE	National Library of Medicine
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Substitutos ao Leite Materno
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNPH	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNIAM	Plano Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF	Programa Saúde da Família
RBBLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RNPT	Recém Nascido Pré Termo

SSA	Secretaria de Saúde de Americana
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI neo	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	World Health Organization

## LISTA DE TABELAS

---

	<b>PÁG.</b>
<b>Tabela 1-</b> Distribuição absoluta e percentual das funções exercidas pelas enfermeiras da atenção básica de saúde do município de Americana-SP, 2007.....	77
<b>Tabela 2-</b> Distribuição absoluta e percentual da idade (em anos) das enfermeiras que atuam na atenção básica de Americana, SP em 2007.....	78
<b>Tabela 3-</b> Distribuição absoluta e percentual do tempo de formação (em meses) das enfermeiras da rede básica de saúde do município de Americana-SP, 2007.....	78
<b>Tabela 4-</b> Tabela 04 – Distribuição absoluta e percentual do tempo de trabalho (em meses) das enfermeiras da rede básica de saúde do município de Americana-SP, 2007.....	79
<b>Tabela 5-</b> Tabela 05 – Distribuição absoluta e percentual do tempo de permanência das enfermeiras (em meses) na unidade onde estavam lotadas. Americana, SP em 2007.....	81
<b>Tabela 6-</b> Distribuição absoluta e percentual das especializações das enfermeiras que atuam na atenção básica de Americana, SP em 2007.....	82
<b>Tabela 7-</b> Distribuição absoluta e percentual da idade (em semanas) em que o Rn é acolhido pela primeira vez na respectiva unidade de saúde, de acordo com as respondentes. Americana, SP em 2007..	83
<b>Tabela 8-</b> Distribuição absoluta e percentual sobre opiniões emitidas pelas entrevistadas sobre como evitar o desmame precoce e aumentar o período de AME, Americana, SP em 2007.....	88

## LISTA DE FIGURAS

---

	<b>PÁG.</b>
<b>Figura 1-</b> Distribuição das unidades de atenção primária em saúde do município de Americana, 2008.....	69

## **RESUMO**

Apesar da existência de programas de incentivo ao aleitamento materno e os estudos que comprovam a sua superioridade, ainda ocorre a manutenção de taxas de desmame precoce elevadas, levando a crer que as propostas oficiais de incentivo e apoio à amamentação talvez não estejam compatíveis com a realidade. Estudiosos afirmam que a capacitação de profissionais em aleitamento materno pode promover mudança sensível no aumento dos índices de amamentação. Assim o objetivo deste trabalho foi estudar a participação das enfermeiras da rede básica de atenção à saúde do município de Americana-SP, em atividades de promoção ao aleitamento materno, através de um estudo de caráter exploratório-descritivo de natureza quanti-qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com todas as enfermeiras das unidades atenção básica de saúde. Onde, 90,5% são do sexo feminino, todas concursadas e 61,9% residentes na cidade. Somente 19% têm filhos, dessas 100% amamentaram. A faixa etária predominante é de 22 a 30 anos de idade correspondendo à maioria absoluta (88,8%). A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo temático dos textos resultantes da transcrição das entrevistas. Após leituras exaustivas do texto, emergiram várias *unidades de registro* que foram agrupadas em *núcleos de sentido* resultando em duas categorias temáticas: “as enfermeiras e a amamentação” e “outras pessoas e a amamentação”. As falas demonstram que as enfermeiras realizam ações de promoção em aleitamento, poucas possuem vivência pessoal em amamentação e responsabiliza a situação sócio econômica do usuário e sua rede social como fatores desencadeantes do desmame precoce. Propõe-se para o município estudado a capacitação de profissionais de saúde para que ocorra maior envolvimento enquanto equipe; implantação de protocolos institucionais que abranjam todas as unidades para aproveitamento do potencial já existente nas atuais condições da rede básica gerando desta maneira um melhor desempenho da mesma na promoção, proteção e apoio à amamentação.

Descritores: Aleitamento materno; Papel do profissional de enfermagem; Saúde pública.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem

**ABSTRACT**

Despite the existence of programmes to encourage breastfeeding and studies that show its superiority, still occurs the maintenance of high rates of early weaning, leading to believe that the proposals of official encouragement and support of breastfeeding may not be compatible with reality . Scholars say that the training of professionals in promoting breastfeeding can change significantly in increasing rates of breastfeeding. Thus the objective of this study was the participation of nurses from the core network of health care from the council of Americana -SP, in activities to promote the breastfeeding, through an exploratory study of character-descriptive nature of quantitative and qualitative. Data collection was performed by means of semi-structured interviews, recorded, with all the nurses of basic health care units. Where, 90.5% are female, all concursadas and 61.9% residents in the city. Only 19% have children, these 100% breastfed. The predominant age group is 22 to 30 years of age corresponding to an absolute majority (88.8%). The analysis of data was done through analysis of the thematic content of texts from the transcript of the interviews. After extensive reading of the text, emerged several units of record that have been grouped in clusters of meaning resulting in two thematic categories: "the nurses and lactation" and "other people and breastfeeding." The words show that the nurses carry out actions to promote breast-feeding, few have personal experience with breastfeeding and socio economic situation liable to the user and their social network as factors triggering the early weaning. It is proposed to the council studied the training of health professionals to occur more involved as team; deployment of institutional protocol covering all units to exploit the potential existing in the current conditions of the core network thus creating a better performance of the same in the promotion, protection and support of breastfeeding.

Descriptors: Breastfeeding; role of professional nursing; Public Health. Line Research: Management of Health Services and Nursing

## **RESUMEN**

A pesar de la existencia de programas para fomentar la lactancia materna y los estudios que muestran su superioridad, aún se produce el mantenimiento de altas tasas de destete precoz, lo que consideramos que las propuestas oficiales de aliento y apoyo de la lactancia materna puede no ser compatible con la realidad . Los estudiosos dicen que la formación de profesionales en la promoción de la lactancia materna puede cambiar significativamente en el aumento de las tasas de lactancia materna. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue la participación de enfermeras de la red básica de la atención de la salud de la Municipalidad de Americana- SP, en las actividades para promover la lactancia materna, a través de un estudio exploratorio de carácter descriptivo de carácter cuantitativo y cualitativo. La recogida de datos se realizó por medio de entrevistas semi-estructuradas, grabado, con todas las enfermeras de la atención básica de salud de unidades. En caso de que, el 90,5% son mujeres, todas concursadas y el 61,9% de los residentes en la ciudad. Sólo el 19% tiene hijos, estos 100% amamantados. El grupo de edad predominante es de 22 a 30 años de edad que corresponde a una mayoría absoluta (88,8%). El análisis de los datos se realizó mediante el análisis del contenido temático de los textos de la transcripción de las entrevistas. Tras una amplia lectura del texto, surgieron varias unidades de disco que se han reunido en grupos de sentido resultante en dos categorías temáticas: "las enfermeras y la lactancia" y "otras personas y la lactancia." Las palabras muestran que las enfermeras llevan a cabo acciones para promover la lactancia materna, algunos tienen experiencia personal con la lactancia materna y la situación socio económica responsable para el usuario y su red social como factores desencadenantes el destete temprano. Se propone que el consejo estudió la formación de los profesionales de la salud que se produzca una mayor participación como equipo; despliegue institucional de protocolos que cubren todas las unidades para explotar el potencial existente en las condiciones actuales de la red básica creando así un mejor rendimiento de la misma en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Descriptores: lactancia materna; papel de los profesionales de enfermería; Salud Pública.  
Línea de Investigación: Gestión de Servicios de Salud y Enfermería

## **1- APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA**

Meu interesse sobre as questões que envolvem o aleitamento materno é bastante antigo. Em 1986, durante o estágio em neonatologia do curso de especialização em pediatria e puericultura no Departamento de Enfermagem da atual Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), conheci efetivamente uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI neo) e o empenho de seus profissionais junto às mães para que mantivessem a produção do leite para seus recém nascidos ali internados.

Nos anos que se seguiram, minha experiência pessoal foi enriquecida com a amamentação de meus três filhos. Com cada um deles a experiência de amamentar mostrou-se diferente. Por ocasião do nascimento de meu primeiro filho acredito que o obstetra considerou equivocadamente que o fato de eu ser enfermeira me fizesse especialista no assunto. O bebê teve muita cólica, chorava muito e eu sofri uma série de interferências familiares e médicas, nem sempre positivas, quanto à manutenção do aleitamento. Quando voltei ao trabalho, quatro meses depois, deixei de amamentá-lo. Minha segunda filha foi amamentada por nove meses. Mais experiente e segura, consegui vivenciar com ela a amamentação que eu acreditava: uma ação tão natural como a gestação e o parto. Já a terceira manifestou sintomas de refluxo gastro-esofágico nos primeiros dias de vida e por orientação dos pediatras foram introduzidos outros alimentos em sua dieta que a fizeram se desinteressar pela amamentação.

Ter vivenciado a amamentação, com suas alegrias e dificuldades (ingurgitamento mamário, fissura de mamilo, mastite, ducto bloqueado) foi muito importante porque só reforçou minha certeza sobre sua importância para a saúde física e emocional das mães e bebês e me preparou para defender sua prática junto às mulheres que encontrei pelo caminho.

Em 2001 o hospital municipal de Americana-SP, onde eu trabalhava, começou a mobilizar-se na tentativa de implantar um banco de leite humano (BLH). Como enfermeira da UTI-neo, empenhada nas questões da lactação e relactação, fui convidada a planejar esse serviço.

Após visitar unidades de BLH no estado de São Paulo, como o Banco Dr. Olindo de Luca no município de Limeira-SP, o Banco do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e o Banco do

Hospital Leonor Mendes de Barros na capital, compreendi que havia algo maior a ser feito antes da implantação: a disponibilidade do leite humano. Como conseguir leite humano excedente para o banco sem um programa, instituído no município, que visasse o incentivo à prática de Aleitamento Materno (AM)?

A resposta veio com a perspectiva de implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (OMS, 1989).

Ao apresentar à administração do hospital a abrangência das ações necessárias para a implantação do BLH, recebi a anuência para iniciar as atividades. O ponto de partida foi o esclarecimento dos principais objetivos à equipe administrativa, aos médicos pediatras, obstetras, anestesistas e às enfermeiras do hospital e da rede básica. Frente a nossa realidade, a IHAC representava um grande desafio, insuperável à primeira vista, mas a adesão pareceu ser imediata.

Entretanto, tomando contato com as puérperas em alojamento conjunto para observar como estava se iniciando a amamentação em nosso serviço, percebi que poucas mães recordavam-se de orientações sobre amamentação durante o pré-natal, o que eu supunha estar sendo desenvolvido em sua completude, especialmente na rede de atenção básica de saúde.

Minha experiência, até esse momento, indicava que o sucesso para o estabelecimento e manutenção do aleitamento por essas mulheres estaria fundamentado nas orientações recebidas nos meses que antecedem ao parto, bem como na rede de apoio destinada a este fim, em implantação no nosso serviço público de saúde.

Por motivos profissionais deixei o serviço no final de 2002. O processo de credenciamento do hospital como “Amigo da Criança” segue em andamento e o BHL ainda não foi implantado no município.

Quando da elaboração do projeto inicial de pesquisa para minha dissertação de mestrado em 2005, soube que a Secretaria de Saúde de Americana (SSA) havia participado do projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), da Secretaria de Estado da Saúde

(SES), concebido para a pesquisa de hábitos alimentares e aleitamento materno nos municípios. Ao contatar o pediatra responsável pelos trabalhos em Americana e solicitar acesso aos dados da pesquisa, soube que estes ainda não haviam sido digitados e inseridos no programa então imediatamente me dispus a fazê-lo.

Os questionários foram digitados sobre uma máscara fornecida pelo AMAMUNIC entre novembro de 2005 e fevereiro de 2006. Como a SSA ainda teria que remeter esses dados à responsável pelo projeto em São Paulo, solicitei sua autorização para uso dos mesmos, com a devida referência da fonte.

## **2- INTRODUÇÃO**

## 2.1- Aleitamento Materno e Políticas Públicas

Segundo a preconização da OMS, do Ministério da Saúde (MS) e do UNICEF, o Aleitamento Materno (AM) deve ser exclusivo até o sexto mês de vida ou mais e mantido associado a outros alimentos até o segundo ano de vida ou mais (WHO, 2001).

Para assegurar que todas as expectativas maternas e as necessidades do recém-nascido quanto ao aleitamento sejam atendidas, Giugliani (1994) afirma que, os profissionais de saúde, além de compreenderem a amamentação como uma prática biológico-social-cultural, devem se apoiar em conhecimentos técnico-científicos atualizados.

Políticas públicas que tratam a questão do aleitamento têm sido propostas e implementadas há bastante tempo. Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata no ano de 1978, quando a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi eleita como um dos mais importantes indicadores de saúde, o AM foi indicado como uma das quatro ações de tecnologia simples e acessível a ser implantada em países periféricos para atender assim ao compromisso de "*Saúde para todos no ano 2000*" (Bezerra-Filho, 2007).

No mesmo ano, em reunião conjunta da OMS e do UNICEF, o Brasil se comprometeu a participar de programas executados por ambas as agências com o objetivo de promover o AM e melhorar o estado nutricional de crianças menores de cinco anos (OMS/UNICEF, 1981).

Na esfera estadual o resgate da prática do AM tem seu início na década de 70 quando a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), através da Portaria 28 de 28/03/1979, constituiu um grupo de trabalho para a elaboração do Projeto de Incentivo ao Aleitamento Materno (São Paulo, 1979). O projeto foi implantado em todo o estado com o objetivo de estimular o aleitamento materno até a idade de um ano, como parte do Programa Materno Infantil já estabelecido nas unidades estaduais de assistência à saúde.

Nos anos oitenta, a questão da saúde da mulher passou a ganhar importância na agenda política brasileira, materializada pela elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O princípio básico do PAISM transcendia os limites

do ciclo reprodutivo e abrangia a atenção à saúde da mulher em todas as fases de sua vida. Assim, dentro das suas ações programáticas, inseria-se o controle de patologias específicas, como o câncer uterino e de mama e o planejamento familiar amplo incluindo-se orientações sobre: o aleitamento materno, a importância das consultas puerperais, os cuidados com o recém-nascido, a importância do crescimento e desenvolvimento da criança e adoção de medidas de promoção e prevenção de doenças, inclusive a vacinação e os cuidados de higiene pessoal e do ambiente doméstico (Martins, 1991).

Uma década depois, o MS lança o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) para articular *“ações governamentais e da sociedade civil nas áreas da saúde, nutrição, educação, comunicação, legislação e trabalho, visando o estímulo ao aleitamento materno no Brasil”* (Brasil, 2003 p.66). A estratégia do programa baseava-se em intervenções nas causas identificadas como obstáculos à amamentação, tais como a desinformação do público em geral e dos profissionais de saúde, o trabalho assalariado da mulher e a propaganda indiscriminada dos produtos alimentícios para lactentes (BRASIL, 1990a).

Através de ampla campanha publicitária para incentivar a prática de amamentar em todo o país (Brasil, 1991b), foram abordados inúmeros mecanismos de intervenção sobre o desmame precoce. Diferentes comitês foram criados com o objetivo de trabalhar áreas programáticas atinentes a:

- Atividades educativas para que fossem incluídas informações atualizadas sobre amamentação nos currículos de todos os níveis de ensino;
- Atuação de agentes da comunidade, visando estímulo próximo e contínuo às gestantes e nutrizes, uma vez que a prática do aleitamento é muitas vezes condicionada ao ambiente social;
- Na esfera trabalhista para garantir o direito legal e a legislação de proteção às gestantes e nutrizes trabalhadoras;
- Incentivo à rede de saúde para treinamento e sensibilização de profissionais em todos os níveis de atenção materno-infantil, visando a implantação de medidas como o parto humanizado e o alojamento conjunto;

- Banco de Leite Humano para atender ao recém nascido pré-termo (RNPT), a relactação e à lactação adotiva;
- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) estabelecendo critérios de regulação na produção, comercialização e propaganda de alimentos destinados aos lactentes como mamadeiras, bicos e chupetas;
- Atenção alimentar e nutricional para gestantes e nutrizes desnutridas;
- Comunicação de massa para divulgação de informações atualizadas sobre as vantagens do AM;
- Estudo sobre os aspectos psico-sociais das questões de vínculo e apego entre mãe e filho, potencialmente fortalecidas através da amamentação, uma vez que seus primeiros encontros freqüentemente determinam a natureza da relação futura.

O estabelecimento do PNIAM reforçou as políticas estaduais e tornou possível o avanço da reorganização dos serviços de saúde que naquele momento viviam a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), determinado pela constituição cidadã para a promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990b).

No decorrer dessa década, recursos federais são destinados gradativamente aos estados e municípios, consolidando a tendência para descentralização da gestão, com incentivo aos programas dirigidos à população mais carente. Entre outras ações, destacam-se o incentivo à Atenção Pré-Natal, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1991a), a adoção da prática do Alojamento Conjunto (Brasil, 1993) e a IHAC (Brasil, 1994).

A IHAC, foi uma estratégia idealizada durante o encontro promovido pela OMS/UNICEF em 1990 em Florença-Itália para a proteção, promoção e apoio ao AM. Com a mobilização dos funcionários de estabelecimentos de saúde na mudança das condutas e rotinas vigentes, o objetivo é aumentar as taxas de AM e reduzir o desmame precoce.

Basicamente, os procedimentos que se mostraram efetivos na extensão da duração do AM foram organizados em “dez passos” (Anexo II), que consistem em um elenco de medidas para informar a todas as gestantes os benefícios e o correto manejo do AM. As mães seriam informadas das vantagens do aleitamento e das desvantagens em vários aspectos do uso de substitutos do leite materno, além de terem acesso às noções sobre a lactação, estímulos para a produção de leite, esclarecimentos sobre as dificuldades esperadas – fissuras nos mamilos, ingurgitamento mamário, mastite, ducto bloqueado - e a adoção de soluções para os problemas de amamentação (Lamounier, 1996).

Dados da Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, de 1999, indicaram que, na região sudeste do Brasil, menos de 45% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) ao completar 30 dias de vida. Aos seis meses, somente 9,7% destas permaneciam sendo exclusivamente amamentadas por suas mães. No interior do estado de São Paulo, na região de Campinas, que engloba o município de Americana, a frequência de AME aos seis meses foi de 15,9% (São Paulo, 2003).

Embora muito distantes das metas recomendadas, tal pesquisa reconhecia um aumento nas taxas de amamentação quando comparados com estudos regionalizados feitos em anos anteriores (Brasil, 2001a).

Em 2000, o governo brasileiro lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), para responder às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, buscando a redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, pela garantia ao acesso aos serviços, melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e período neonatal (Brasil, 2002).

No estado de São Paulo, o projeto AMAMUNIC da SES, concebido pelo Instituto de Saúde (IS), pesquisa os hábitos alimentares de menores de um ano, inclusive a prática do aleitamento materno nos municípios. As taxas de AME em menores de seis meses referentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS)VII de Campinas, foram de 24,9% em 2003 (São Paulo, 2003), indicando um progressivo aumento em relação aos dados de 1999.

A partir de março de 2005, através da resolução SES no. 2673 a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro institui oficialmente a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação - IUBAAM (Rio de Janeiro, 2005), que vinha sendo desenvolvida de forma pioneira desde 1999, visando estimular e instrumentalizar a rede básica de saúde para a implantação dos dez passos para o sucesso da amamentação (Anexo I).

Essa proposta carioca vem sendo gradativamente disseminada pelo Brasil, existindo programas semelhantes nos estados de Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo, Alagoas (Almeida, 2008).

Uma das ações que merece registro como parte da política pública de saúde de apoio à amamentação no país é a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBBLH). O banco se caracteriza por ser um centro especializado, vinculado a um hospital materno-infantil, responsável pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição do médico ou de nutricionista (Almeida, 1994). O Brasil conta hoje com mais de 170 unidades distribuídas em território nacional (Monteiro, 2006). A Rede BLH tem por missão promover a saúde da mulher e da criança, mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, a iniciativa privada e a sociedade (Brasil, 2005).

Atualmente o Brasil é considerado um país de destaque internacional na proteção e promoção do aleitamento materno, por possuir programas envolvendo todos os níveis de decisão e execução de políticas públicas, a sociedade civil organizada e os meios de comunicação social (Siqueira, 2005).

## **2.2- Modelos de Atenção à Saúde e Aleitamento Materno**

A saúde está garantida na Constituição Federal como um direito de todos, como afirma o artigo 196 onde diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1990b).

Segundo Camelo e colaboradores (2000), no final de 1990, a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), teve este princípio norteador aliado à universalidade e equidade do acesso, a integralidade na assistência ao indivíduo e a descentralização com gestor único em cada esfera de governo.

Imprime-se, legalmente, um novo modelo de atenção à saúde que para Paim (1999), é a forma de reorganização das relações entre profissionais de saúde e usuários, mediadas por tecnologias utilizadas no processo e trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde.

O atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes propostas, ao sugerir ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais, quanto de vigilância em saúde.

A atenção primária à saúde, também denominada atenção básica, foi definida pela OMS em 1978 como “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde, as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (OMS/UNICEF, 1979).

Como uma possível resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção no espaço político-operacional, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que em 1998 passa a ser chamado Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser considerado um modelo coletivo de atenção primária dentro de um sistema de saúde público e universal ( Scherer, 2005).

Nesse contexto, a ESF, é um cenário pertinente para realização das ações de promoção ao AM, visto serem estas consideradas como uma das ações mínimas para a Atenção Básica à Saúde da Criança e a Mulher. O grande diferencial dessa proposta é a visita domiciliar às puérperas e suas famílias, o que permite avaliar a amamentação em seu início e a intervenção precoce de fatores intervenientes, garantindo o apoio nesta fase crítica, que é o estabelecimento da lactação. É importante registrar que dentro das ações regulamentadoras e normatizadas do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), divididas em Assistência Clínico-Ginecológica e Assistência Obstétrica, esta última contempla, entre outras ações, o aleitamento materno.

Reforçando a estratégia de promoção ao aleitamento materno na atenção básica, foram definidos em 1999 os 10 passos para a IUBAAM. Essa iniciativa reforça o importante papel de suporte das unidades básicas de saúde a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e bem estar dos bebês, suas mães, família e comunidade local. Os determinantes do desmame precoce, como as dificuldades de manejo na apojadura, crises lactacionais e pressões de contexto familiar e social são questões prioritárias na iniciativa (Oliveira e Camacho, 2005).

Neste contexto, parece muito importante ressaltar o trabalho das Organizações Não Governamentais (ONGs) nacionais e internacionais que não somente apoiam mas protegem e defendem a amamentação. A exemplo, no Brasil, temos o Grupo de Mães Amigas do Peito surgiu em 1980, por iniciativa da atriz BÍbi Vogel, junto com outras mulheres que perceberam a importância de compartilhar dificuldades, expectativas e sucessos vividos com a amamentação. Hoje as “Amigas do Peito”, são uma ONG, sem fins lucrativos formada por pessoas que acreditam na importância da amamentação, e que trabalham de forma voluntária no apoio à amamentação (Amigas do Peito, 2008).

### **2.3- Aleitamento Materno sob diferentes olhares**

Muitos autores estudaram as questões relativas ao AM, sob diferentes aspectos e modalidade de olhares. Rattner (1991), utilizando um referencial advindo da epidemiologia e de uma perspectiva de integralidade do ciclo gravídico-puerperal, propôs dez variáveis potenciais indicadoras da qualidade da assistência ao parto ao estudar histórias clínicas perinatais de doze hospitais da Grande São Paulo sendo uma delas, a proporção de altas com prescrição de aleitamento materno exclusivo, que foi de 80% nos serviços avaliados.

Barros e colaboradores (1995) em um estudo de coorte prospectivo, de base populacional com 655 crianças, compararam a incidência de amamentação conforme o tipo de parto, no sul do Brasil, e encontraram que os nascidos por cesariana eletiva apresentaram um risco três vezes maior de interromper a lactação no primeiro mês de vida. A fim de evitar a interrupção precoce da amamentação os autores recomendam atenção especial dos serviços de saúde a esses recém-nascidos.

Entre os fatores sociais, culturais, históricos e políticos que têm influenciado a prática do aleitamento, o impacto do trabalho da enfermeira comunitária no atendimento às gestantes e lactantes em Bogotá, Colômbia, foi descrito por Talero (1993) que observou uma mudança favorável entre os dados de 1990 e 1992 em relação às taxas de baixo peso ao nascer. O aleitamento materno foi identificado em 48,1 % das crianças assistidas e com maior efetividade no cumprimento das normas no programa de controle pré-natal.

O estudo de Venâncio e Monteiro (1998), que caracterizou a trajetória do AM no Brasil em diferentes estratos populacionais, mostrou tendência de aumento geral da prática da amamentação, com diferenças mais acentuadas na área urbana, da região Centro-Sul do país, e entre as mulheres de maior poder aquisitivo e escolaridade.

Araújo (2001) também reconhece que, embora o Brasil ainda esteja distante dos índices de aleitamento almejados pelo MS, existe tendência de aumento nas taxas de amamentação. A autora cita dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 1989 e os compara com o estudo de prevalência do AM nas capitais brasileiras feito em 1999, registrando um aumento das taxas de AME ou predominante de 61% para 69% em crianças com seis meses de vida. Os avanços foram atribuídos aos esforços do governo federal, secretarias estaduais e municipais de saúde, organismos internacionais, organizações não governamentais e outros segmentos da sociedade civil. Se nesses dez anos ocorreu um aumento na taxa de amamentação, infere-se que nos últimos dez (1999 – 2008), poderá ter ocorrido um aumento significativo, visto o incremento de mobilizações diversas, eventos, publicações com manutenção de programas, entretanto, não se encontrou nenhum estudo atual sobre índices de amamentação no Brasil.

Tendo em vista o acúmulo de evidências científicas sobre o impacto positivo da adoção dos "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" para o aumento da frequência e da duração do aleitamento materno, Venâncio (2003) observou que não existe justificativa para a manutenção de práticas hospitalares comprovadamente prejudiciais ao início do aleitamento materno bem sucedido, tais como o atraso na primeira mamada, a separação desnecessária de mãe e filho, mamadas em horários pré-estabelecidos e o uso de mamadeiras e chupetas.

Almeida e colaboradores (2004), ao entrevistar 21 enfermeiras de três maternidades públicas de Goiânia-GO, concluíram que a atuação do enfermeiro na promoção, no incentivo e apoio ao aleitamento materno foi mais expressiva e efetiva em maternidades que apresentam filosofia, estrutura física e equipe multi-profissional de referência para atenção humanizada ao parto.

O significado do AM para mulheres e para mães foi explorado por Nakano (1996), que identificou a posição privilegiada da família em Ribeirão Preto-SP, como referência para as mulheres na transmissão de crenças, hábitos e condutas. Primo e Laise (1999), estudando o processo de decisão em amamentar de nutrizes da periferia de Belo Horizonte-MG, verificaram que este apresenta relação intrínseca com a tradição familiar, revelada pela assunção da função materna pelas mulheres, transmitidos de mãe para filha e mantida pelo discurso e pelo efetivo apoio que recebem.

Gusman (2005) buscou compreender os aspectos culturais sobre amamentação, identificar seus significados e analisar como os mesmos se manifestam na prática, na visão de um grupo de mulheres da cidade de Porto Nacional-TO. O estudo revelou que a amamentação é uma experiência única e particular para cada mulher e envolve diferentes significados em diferentes momentos do ato de amamentar. Aspectos relativos a momentos negativos vivenciados pelas mulheres foram ressaltados por elas, além de uma freqüente valorização do saber popular, muitas vezes em detrimento do científico, evidenciando uma visão singular do AM.

Diferentes análises sobre os conhecimentos e as práticas dos profissionais de saúde demonstram níveis teóricos muitas vezes satisfatórios, mas distantes da aplicabilidade frente à clientela atendida. Como observou Santos e colaboradores (2000), entre os procedimentos de rotina do pré-natal adotados pelo programa de saúde da rede pública em Pelotas-RS, incluindo a promoção do aleitamento materno, apenas a imunização anti-tetânica foi realizada mais freqüentemente nas unidades básicas de saúde. As autoras concluíram que, tendo em vista a expressiva utilização da rede pública para o acompanhamento pré-natal, seriam necessários investimentos em educação continuada dos profissionais, com ênfase no cumprimento de normas técnicas pré-estabelecidas para que o cuidado primário à saúde possa ser realizado com efetividade.

Percegoni (2002), reconhecendo o baixo nível de conhecimento por parte das puérperas de Viçosa-MG, sobre questões fundamentais para o sucesso da amamentação, reafirmou a importância do incentivo e da orientação para o aleitamento durante o pré-natal.

Albernaz e Victora (2003), ao realizarem uma revisão da literatura nas bases de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane Library no período de 1990 e 2001, sobre intervenções com aconselhamento face a face para a promoção do aleitamento exclusivo, verificaram que há mudanças significativas nos índices de aleitamento quando o apoio às mães continua após a alta hospitalar com inclusão de orientações acerca da técnica de amamentação e da resolução de problemas dela decorrentes.

Os autores são unânimes quanto às mudanças significativas a favor de práticas de amamentação ocorridas nos últimos 20 anos. Mas apesar dos benefícios do aleitamento materno, o Brasil ainda não atingiu as recomendações da OMS, embora tenha tido progressos nas últimas décadas. A duração mediana da amamentação materna foi de 2,5 meses em 1975, 5,5 meses em 1989 e 7 meses em 1996, porém a mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 33,7 dias em 1999, em nosso país (Brasil, 2001).

Os melhores índices de extensão foram atingidos quando as intervenções assumiam quatro frentes consecutivas: durante o pré-natal, na puericultura, no hospital ou local de nascimento e em visitas domiciliares (Oliveira; Camacho, 2001).

A promoção do aleitamento materno junto às gestantes e mães é especialmente importante no pré-natal, bem como na atenção ao parto e durante as duas primeiras semanas de vida do recém-nascido. Para Giugliani (2000), os primeiros 14 dias após o parto são cruciais para o AM bem sucedido, pois é nesse período que a lactação se estabelece, além de ser um período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê.

Durante a gestação, período de grandes mudanças na vida da mulher é que ocorre a decisão acerca da alimentação do seu filho (Araújo, 1997). As vantagens da amamentação, focadas sob o prisma da saúde infantil podem ser facilmente resumidas no

fato de o leite humano conter todos os nutrientes em qualidade e quantidade exatas para as necessidades da criança. Em se falando de vantagens, uma outra questão merece destaque: a relação positiva entre a amamentação e o desenvolvimento psico-cognitivo do bebê (Lucas *et al. apud* Almeida, 1992, p.74).

O AM, direito inato do recém nascido, é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança em seu primeiro ano de vida (Ichicato; Shimo, 2001, 2002).

Campos Junior (2007), em debate sobre o direito de amamentar e ser amamentado discorre sobre as necessidades específicas de maturação do cérebro humano que tem um desenvolvimento muito acelerado nos primeiros seis meses de vida, quando são fundamentais os nutrientes do leite materno e os estímulos proporcionados pelo contato com a mãe. Olhares e toques multiplicam as ligações entre neurônios, decisivas para o desenvolvimento físico, mental e intelectual da criança. O aconchego resultante de uma interação sensorial tão estreita dá ao bebê referência insubstituível para a estruturação de sua personalidade.

A construção do conhecimento da amamentação abrange muitos fatores, tais como as experiências de vida, a prática e a valorização da informação, denominada por Almeida e Novak (1998) como um “híbrido natureza cultura”, uma vez que a biologia e as ciências sociais apresentam concepções distintas sobre o que é inerente e o que seria cultural no comportamento humano. A amamentação vista como um processo aparentemente tão natural, tão carregado de afeto e emoção, em verdade congrega os mais agressivos interesses, muitas vezes mascarados de conhecimentos científicos e travestidos de dispositivos para a saúde.

“A abordagem compreensiva da amamentação permite perceber, por vezes, que um hábito cultural, para ser assimilado, foi tratado como instintivo natural e biológico, ao qual não cabe nenhum tipo de questionamento. Em outra oportunidade, particularmente no curso da última década, o tradicional reducionismo biológico vem observando uma progressiva tendência de substituição, cedendo lugar a interpretações culturais que não reduzem o ser humano à condição de

um mamífero qualquer. Focada sob este prisma, a amamentação, além de biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida.” (Almeida,2002,P.23)

Preparar e apoiar a mulher para o aleitamento requer mais que conhecimento técnico e metodológico, implica em mudanças de comportamento com vistas às especificidades desta prática para os seres humanos, dotados que são da capacidade singular de produzir e reproduzir cultura. O homem é única espécie que pode aprender e escolher racionalmente o que é melhor para si e para os seus descendentes. Reconhecer que podemos fazer escolhas e se preciso for alterá-las, pede constante revisão da prática nos serviços de atenção à saúde no sentido de atender as necessidades físicas, psíquicas e emocionais, demandadas pelos usuários.

Ao pesquisar o papel do profissional de saúde nos processos de desmame em unidades básicas de saúde de Campinas-SP, Panigassi (2000) constatou que a sensibilização profissional frente às questões do aleitamento é tão importante quanto à capacitação técnica para o seu manejo.

Tendo em vista todos os programas de incentivo, os estudos que comprovam a superioridade e adequação da prática de aleitamento materno, permanece a indagação acerca da manutenção de taxas relevantes de desmame precoce e de quais seriam as possibilidades reais do profissional de saúde desenvolver intervenções efetivas de incentivo e apoio à amamentação.

### **3- JUSTIFICATIVA**

Ao realizar um estudo de revisão bibliográfica das últimas três décadas nas bases de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane Library, sobre os aspectos axiológicos da amamentação revelados pelos usuários e profissionais dos serviços de saúde encontrou-se a necessidade de valorar o agir e ampliar a compreensão da natureza humana, para efetivamente qualificar a assistência em AM.

Conscientes desta responsabilidade, através da orientação baseada em conhecimentos técnico-científicos permeados pela sensibilidade quanto ao momento de vida singular da mulher, os enfermeiros que assumem ações de incentivo ao aleitamento materno também estão contribuindo para o pleno exercício dos direitos reprodutivos da mulher.

A decisão pelo aleitamento é multifacetada, influenciada pela cultura, pela condição sócio econômica, pelo grau de escolaridade, estado de saúde da mãe e pela infra-estrutura familiar. Nela incluem-se a quantidade de filhos, a presença de agregados à família, o apoio à mulher na realização dos trabalhos domésticos, que podem interferir no tempo disponível e nas condições físicas ou emocionais necessárias à amamentação. Destaca-se também, o papel fundamental do companheiro na facilitação desse processo.

Nos serviços de saúde o maior contingente de profissionais atuantes junto à população SUS dependente, é o da enfermagem. Prestando assistência à pessoa, às famílias e aos grupos, a enfermagem assume diversas atribuições no campo de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, durante todo o período de funcionamento dos serviços, sejam eles hospitalares ou ambulatoriais. Empiricamente, a atuação de enfermagem estaria, assim, incluída em todos os programas e prestando atendimento integral à clientela, especialmente na atenção materno-infantil, adotando medidas de avaliação sistemática dos resultados obtidos e provendo cuidados de enfermagem. Nesse sentido, sua prática poderia ser entendida como um dos eixos principais de sustentação de políticas públicas de saúde.

Muito além do que está estabelecido pelas políticas públicas ou da aplicação de técnicas e conhecimentos teóricos sobre AM, olhar a amamentação sob a óptica de quem poderia incentivá-lo pode revelar caminhos que ampliem e prolonguem a amamentação.

Este estudo se justifica pela possibilidade de trazer contribuições para a discussão do papel das enfermeiras na atenção básica de saúde em relação ao AM e para a formulação de uma política pública municipal de estímulo e apoio contínuo a amamentação.

## **4- OBJETIVOS**

#### **4.1- Geral**

Estudar a participação de enfermeiras em atividades de promoção ao Aleitamento Materno na rede básica de atenção à saúde do município de Americana-SP.

#### **4.2- Específicos**

Descrever as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras para a promoção do Aleitamento Materno;

Descrever as características sócio-demográficas das enfermeiras que atuam na atenção básica de saúde do município de Americana-SP;

## **5- SUJEITOS E MÉTODOS**

## 5.1- Metodologia

Este é um estudo de caráter exploratório-descritivo de natureza quanti-qualitativa, que investigou as atividades de enfermeiras da atenção básica de saúde na promoção do Aleitamento Materno.

Ao pretender executar um estudo exploratório, que para Triviños (1992, p.109) “*permitem ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema*”, buscou-se na aproximação da realidade das enfermeiras da rede básica de saúde de Americana- SP, conhecer suas contribuições na promoção do aleitamento materno, durante todo o ciclo gravídico-puerperal ampliando aquelas já conhecidas da realidade hospitalar.

## 5.2- Contexto em que se realizou o estudo

O município de Americana situa-se na região leste do estado de São Paulo, distante 129 km da capital. Com um território de 134 km<sup>2</sup>, teve em 2007 uma população estimada de 199.094 habitantes (Brasil, 2007), sendo 99,76% urbana. A principal atividade econômica é a de serviços, que emprega cerca de 60% da população, seguidas pelo comércio, com 31,2% e a indústria com 7,59% (Americana, 2005).

O Índice de desenvolvimento Humano (IDH) do município em 2000 foi de 0,84, consideravelmente elevado e o melhor da região metropolitana de Campinas–SP (Americana, 2005). Este índice reflete as condições de três variáveis básicas para uma boa qualidade de vida: a expectativa de vida ao nascer, a escolaridade e o Produto Interno Bruto per capita. Usado em relatórios divulgados pela OMS desde 1990, permite realizar comparações sobre a qualidade de vida das populações em diversos municípios.

O coeficiente de mortalidade infantil em 2004, segundo dados da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município foi de 11,54/1.000 nascidos vivos, sendo o coeficiente de mortalidade infantil pós-natal foi de 1,54/1.000 nascidos vivos (Americana, 2005). No estado de São Paulo, no mesmo período, a taxa de mortalidade

infantil foi de 14,3/1.000 nascidos vivos (São Paulo, 2005). Cerca de 18,9% dos recém-nascidos são filhos de mães adolescentes no município, percentual que se revela inferior à média nacional de 23,3%, contida no relatório Saúde Brasil de 2004 (Brasil, 2004).

Desde 1998, Americana integra o conjunto de municípios que assumem o sistema de Gestão Plena em Saúde. Assim, o município é responsável pelo atendimento à saúde segundo as normas do SUS, de forma hierarquizada (unidade básica, ambulatório de especialidades e hospital municipal) e com controle social da população através do Conselho Municipal e Conferências Municipais de Saúde (Ciol, 2001).

A Secretaria de Saúde de Americana (SSA) iniciou a partir de 2005 a regulamentação das contratações na área de saúde através de concursos públicos municipais e aumentou o quantitativo de enfermeiras na atenção básica de cinco para 40 profissionais, segundo fonte da Coordenadoria de Enfermagem.

O SUS municipal é integrado por 20 unidades de atenção primária à saúde - que no momento da pesquisa passavam por mudanças no modelo de atenção - sendo seis de PSF e quatorze Unidades Básicas de Saúde – UBS (Figura 1). Também integram a rede assistencial um pronto-socorro, quatro serviços de pronto-atendimento, um hospital geral, um hospital infantil e um núcleo de especialidades. A assistência à saúde aos munícipes também é prestada por uma rede de cinco hospitais privados, que atendem usuários de convênios médicos empresariais ou individuais.

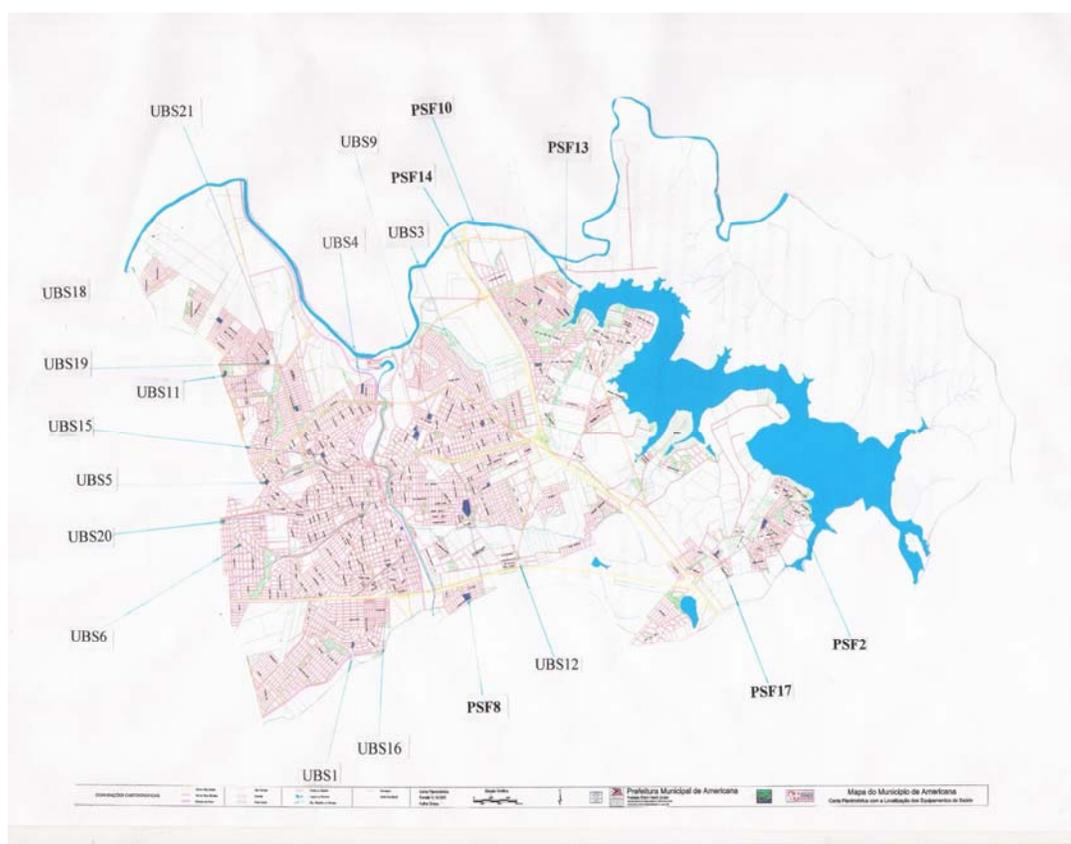
Em 2006, 3349 crianças nasceram na cidade, sendo que 1393 partos ou 40,9%, ocorreram no Hospital Municipal “Dr. Waldemar Tebaldi”, único hospital geral de médio porte do município conveniado ao SUS. Este serviço atende em média 140 partos por mês (Americana, 2006).

As unidades de atenção primária à saúde prestam assistência pré-natal a cerca de 150 gestantes por mês, através de seis consultas realizadas antes do parto e necessariamente mais dois atendimentos no período puerperal, em torno do 15º e 40º dia pós-parto. O primeiro retorno pós-parto tem o objetivo de avaliar o estado de saúde da

mulher e do recém-nascido (Rn) e o segundo abrange o planejamento familiar. Também é feita na unidade a coleta para exames que detectam erros inatos no metabolismo do bebê (Americana, 2006).

Dados obtidos através do projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) de agosto de 2005, indicaram que das 779 crianças menores de seis meses, cujas mães responderam ao inquérito alimentar durante campanha de vacinação no município de Americana, somente 9% estavam em AME (São Paulo, 2005).

Até a conclusão deste estudo, o município de Americana não possuía política pública municipal específica de incentivo à amamentação.



Fonte: Secretaria de Planejamento e Controladoria. Unidade de Geoprocessamento da Prefeitura Municipal de Americana, SP. Disponível em : < [http://devel.americana.sp.gov.br/americanaV5/americanaEsmv5\\_Index.php?it=20&a=downloads](http://devel.americana.sp.gov.br/americanaV5/americanaEsmv5_Index.php?it=20&a=downloads) > . Acesso em 07 abr 2008.

**Figura 1-** Distribuição das unidades de atenção primária em saúde do município de Americana - SP, 2008.

### 5.3- Sujeitos da pesquisa

As 21 enfermeiras que trabalhavam nas 20 unidades que compõem a rede básica de atenção à saúde de Americana constituíram-se os sujeitos do estudo e foram convidadas a conceder entrevistas orientadas por um roteiro semi-estruturado (Apêndice I).

### 5.4- Instrumento de coleta de dados

A entrevista, no sentido amplo de comunicação verbal, é uma das técnicas mais usadas no processo de trabalho de campo. Traduz-se também em fonte de informações, referentes “*a fatos, idéias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos*” (Minayo, 2006 p. 108).

Para Triviños (1992), a entrevista orientada por um roteiro semi-estruturado, “*parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa*” (p.142), e ao mesmo tempo possibilita ao informante liberdade para expressar-se, o que torna a investigação mais interessante frente à variabilidade de pontos de vista.

O roteiro de entrevista foi elaborado considerando os objetivos estabelecidos para a pesquisa contendo perguntas, com o propósito de levar os sujeitos a expressar o seu ponto de vista sobre os questionamentos feitos, em uma aproximação ao que Triviños (1992) considera: “*as perguntas avaliativas perseguem estabelecer juízos de valor sobre os fenômenos sociais*” (p.149).

Do aprofundamento na literatura sobre o AM surgiram perguntas formuladas buscando caracterizar o perfil dos profissionais, sua formação técnica, treinamentos e atividades desenvolvidas em AM, sabendo-se que os melhores índices de extensão na amamentação são atingidos quando ações conjuntas ocorrem durante o pré-natal, na puericultura, no local de nascimento e em visitas domiciliárias. Também foram incluídas perguntas sobre a participação de outros membros da equipe de saúde da unidade na promoção da amamentação.

## 5.5- Coleta de dados

As enfermeiras foram informadas sobre as características e objetivos do estudo em reunião ordinária da coordenadoria de enfermagem da SSA, em 11/10/2007, quando uma cópia do resumo do projeto lhes foi oferecida. Nesse encontro, uma planilha foi disponibilizada para que cada enfermeira ali apontasse a forma de contato para a marcação das entrevistas. As enfermeiras ausentes foram contatadas no próprio local de trabalho, por via telefônica com pleno acesso à informação e a devida anuência da SSA.

As entrevistas individuais foram agendadas, obedecendo a conveniência de horário e local indicados pelas entrevistadas, no período compreendido entre 31 de outubro e 27 de novembro de 2007, sem a ocorrência de qualquer obstáculo ou dificuldade. Nessa ocasião, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II) foi apresentado para formalizar a anuência de inclusão das enfermeiras no estudo, no tocante à livre decisão de participar ou não desta, como também de desistir a qualquer momento. Em conformidade com as exigências éticas para a realização de pesquisas, foi garantida a preservação do sigilo de identidade às participantes que receberam uma identificação alfa-numérica aleatória.

Este roteiro foi então pré-testado com enfermeiras das unidades básicas de saúde do município de Nova Odessa - SP, cidade vizinha de Americana. As opiniões das entrevistadas foram analisadas quanto às dificuldades encontradas, à extensão, forma, consistência do instrumento de pesquisa. Aflorou também na ocasião a necessidade de serem incluídos outros parâmetros, como a pergunta aberta sobre o que cada enfermeira acreditava serem as causas do desmame precoce e dos baixos índices de AME em nossa população.

As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de trabalho das enfermeiras e direcionadas pelo esforço de se estabelecer uma comunicação empática, agradável, respeitosa e livre de preconceito. Todas foram gravadas e cada uma delas imediatamente transcrita, com a intenção de capturar mais que palavras, como sugere Bourdieu (1998), de alguma forma este registro apresenta os silêncios, os gestos, os risos, a entonação de voz do informante durante a entrevista. Essas “sensações” que não são apreendidas pelo gravador são muito importantes para a análise, elas mostram muito do

informante. Assim sendo, utilizou-se o recurso do diário de campo, que também serviu para recolher e registrar informalmente as observações sobre a realidade das unidades visitadas e as ocorrências anteriores e posteriores às entrevistas.

No decorrer das entrevistas houve a oportunidade de participação de um grupo educativo para gestantes, descrito por todas as entrevistadas como uma ação educativa a favor do AM. A observação desse grupo possibilitou uma melhor compreensão da realidade, uma vez que muitas situações ou fenômenos não são percebidos por meio de perguntas e uma vez em contato direto, os sujeitos segundo Minayo (2006) transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real. Entende-se que esta observação favoreça, inclusive, uma melhor compreensão das contradições vividas pelos sujeitos no seu cotidiano.

## **5.6- Análise de Resultados**

Para Minayo (2006), entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade. Sua análise e interpretação, ou o tratamento dos dados levantados junto aos sujeitos da pesquisa, são *“referentes às reflexões do entrevistado sobre a realidade que vivencia constituem uma representação da realidade de suas condutas, atitudes e comportamentos”* (p.9).

Optou-se pelo método de análise de conteúdo temático, segundo Minayo (2006), porque este método possibilita uma descrição objetiva dos discursos para sua posterior investigação. O discurso, presente nas temáticas analisadas é entendido como a produção da verdade, sendo definida pelos mecanismos e pelas instâncias que permitem a valorização de procedimentos e técnicas para a sua obtenção (Minayo, 2006).

Após a transcrição das entrevistas gravadas, iniciou-se a leitura de primeiro plano das falas, buscando-se aprofundamento nos conceitos expressos pelas enfermeiras sobre seu trabalho e suas atitudes frente à amamentação. Identificados os aspectos significativos da experiência de cada profissional, buscou-se captar o aspecto global, ou seja, a marca comum em todos os depoimentos, de modo a atingir os objetivos da pesquisa.

As falas das enfermeiras foram lidas “de forma exaustiva e impregnante” até ter-se a sensação de distanciamento pessoal, para a seguir, serem organizadas de forma “representativa, homogênea e pertinente” (Minayo, 2006).

A partir daí o material produzido foi explorado, interpretado e classificado em unidades de significado, em categorias temáticas, como sugere Bardin (1997), para se “descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p.105).

Paralelamente, foi elaborado um banco de dados formulado a partir do *software* Epi Info 3.4.3, uma série de programas para Microsoft Windows, disponibilizado pelo *Center for Disease Control and Prevation* (CDC) para uso de profissionais de saúde, que permitiu a descrição absoluta/percentual das variáveis quantitativas e gerou as tabelas acerca da caracterização do trabalho nas unidades de saúde, o perfil das enfermeiras, sua formação técnica, atendimentos realizados e condutas em relação ao AM.

## **5.7- Aspectos éticos**

A pesquisa em questão foi desenvolvida respeitando-se os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (Brasil, 1998). Para tanto, o respectivo projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e aprovado em 23/10/2007, mediante parecer nº 733/2007 (Anexo I).

O projeto de pesquisa foi apresentado aos responsáveis pelas diferentes áreas da SSA, como requisito para a autorização da coleta de dados. Uma apresentação do então projeto de pesquisa foi feita aos responsáveis por diferentes áreas da secretaria em reunião ordinária da coordenadoria da Atenção Básica, quando o Secretário de Saúde do município afiançou a colaboração de todos na execução deste trabalho.

## **6- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## 6.1- Caracterização dos sujeitos

Os sujeitos deste estudo são 90,5% mulheres. Como sugerido por Silva e colaboradores (2001), justifica-se o uso do coletivo feminino “enfermeiras” uma vez que a profissão é composta por uma expressiva parcela de mulheres, sem desconsiderar, no entanto, a participação de profissionais homens.

A predominância feminina da amostra espelha a realidade histórica da Enfermagem e de demais profissões que envolvem o cuidado humano. As particularidades das enfermeiras estão registradas no apêndice III, conforme apontamentos no diário de campo.

A tabela 1 mostra as respostas das enfermeiras sobre a função que estas exercem em suas unidades. Em resposta à questão sobre suas atribuições na unidade, as enfermeiras declararam: coordenação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (ACS), assistência e consulta de enfermagem, orientação de grupos e visita domiciliar, dentre outras.

Todas as enfermeiras são concursadas e 61,9% residem no próprio município. Nenhuma é natural de Americana. Somente 19% têm filhos, dessas 100% relatam que os amamentaram.

**Tabela 1-** Distribuição absoluta e percentual das funções exercidas pelas enfermeiras da atenção básica de saúde do município de Americana-SP, 2007.

<b>Função exercida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Responsável Técnico de Enfermagem	08	38,0
Enfermeiro assistencial	08	38,0
Enfermeiro PSF	04	19,2
Coordenador de Enfermagem	01	4,8
Total	21	100

A tabela 2 apresenta que a faixa etária predominante é 22 a 30 anos de idade correspondendo à maioria absoluta (88,8%). Mostrando que os sujeitos da pesquisa são adultos jovens, característica que predomina em profissionais de nível superior nos estudos sobre a implantação de Programas de Saúde da Família (Escorel, 2002).

**Tabela 2-** Distribuição absoluta e percentual da idade (em anos) das enfermeiras que atuam na atenção básica de Americana, SP em 2007.

Faixa etária (anos)	N	%
22 a 25	09	42,8
26 a 30	08	38,0
31 a 35	01	4,8
36 a 40	01	4,9
41 +	02	9,6
Total	21	100

Com tempo de formação de até 24 meses, perfazem 62% da amostra, como indica a tabela 3. A enfermeira com mais tempo de trabalho na rede (07 anos) é também a que tem o maior tempo de formada, 17 anos. O tempo de trabalho das enfermeiras na atenção básica é apontado na tabela 04.

**Tabela 3-** Distribuição absoluta e percentual do tempo de formação (em meses) das enfermeiras da rede básica de saúde do município de Americana-SP, 2007.

Tempo formação (meses)	N	%
Até 12	02	9,6
12,1 a 24	11	52,4
24,1 a 36	02	9,6
36,1 a 48	03	14,2
48,1 +	03	14,2
Total	21	100

**Tabela 4-** Distribuição absoluta e percentual do tempo de trabalho (em meses) das enfermeiras da rede básica de saúde do município de Americana-SP, 2007.

Tempo de rede (meses)	N	%
Até 06	04	19,2
6,1 a 12	05	23,7
12,1 a 18	10	47,5
18 +	02	9,6
Total	21	100

A maioria das enfermeiras relatou ser esta a sua primeira experiência profissional e que a opção pelo concurso público se deu principalmente pela exigência generalizada de experiência na função feita por empresas privadas. O pouco tempo de formada pode ser um indicativo de pouca experiência no mercado de trabalho e de uma maturidade profissional relativa.

As atribuições relatadas são relativas à assistência de enfermagem individual, ações educativas e ações relativas ao gerenciamento da unidade. Como funções foram relatadas: a distribuição de tarefas para os funcionários, supervisão da equipe de enfermagem e das atividades realizadas, a previsão e provisão de material e equipamentos necessários às ações de enfermagem. Todas são enfermeiras responsáveis técnicas por suas unidades e um terço delas atuam em equipes do PSF.

Marques (2008) analisando a percepção de enfermeiras sobre a relação entre gênero e trabalho na atenção básica em Campinas - SP, refere que as práticas de enfermagem na atenção básica oscilam entre a gerência e a assistência, mantendo-se parcelar e complementar ao trabalho médico, ainda coerente com um modelo assistencial típico dos anos 90, centrado na figura do médico.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde afirmam que a formação de seus profissionais deve contemplar o sistema vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (Feuerwerker; Lima, 2002). Na profissão de enfermeiros consta que o atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado

pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento. No entanto tem-se constatado que o perfil dos profissionais formados ultimamente não é adequado o suficiente para prepará-los para a atuação na perspectiva da atenção integral a saúde e das práticas que contemplem as ações propostas nas políticas da atenção básica (Gil, 2005).

Atualmente, muitos cursos de graduação de enfermagem programam seus estágios somente após a conclusão do conteúdo teórico, distanciando a teoria da prática. Em algumas escolas da região de Americana é comum esses estágios serem feitos no período noturno, dificultando a vivência nas unidades de atenção básica à saúde, visto o horário diurno de seu funcionamento.

As enfermeiras entrevistadas consideraram viver um excesso de práticas e solicitações diárias, dificultando a realização de ações consideradas importantes, como a condução de grupos educativos com os usuários dos serviços.

Elas são um exemplo do que a filósofa Hannah Arendt chamou de “Teoria do Dente de Engrenagem”, na qual o indivíduo é apenas uma peça de um sistema completo e ao mesmo tempo, faz parte dessa engrenagem para fazer o sistema funcionar (LAPPIS, 2007). O trabalho das enfermeiras move a unidade e ao mesmo tempo limita suas próprias ações.

O trabalho em saúde tem caráter coletivo, inserido em um contexto social, histórico, político e segundo Marques (2008), masculino. O “cuidar” das enfermeiras é uma parte do trabalho de enfermagem, historicamente subordinado e feminino e conforme a autora, refletindo questões de gênero, em relação dicotômica com o “tratar” médico e masculino.

Os dados mostram que o tempo de trabalho de cada profissional na rede pública varia de 4 a 84 meses, mas nem sempre sua atuação foi na unidade onde estão no momento das entrevistas. Supõe-se existir um período de adaptação ao novo local, aos novos colegas, ao novo trabalho, aos novos métodos e às peculiaridades do ambiente de trabalho. Este processo consiste em conhecer a subjetividade do serviço para iniciar uma proposta de trabalho com vistas a contribuir para a concussão dos valores institucionais implícitos.

Observamos na tabela 5 que a grande maioria 61,9% das enfermeiras têm somente até 12 meses de permanência, refletindo a pouca vivência na unidade de trabalho atual.

A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem no mercado de trabalho, considerando-se entradas, saídas e tempo de permanência no emprego, constitui elemento relevante no processo gerencial dos serviços. Uma força de trabalho estável e qualificada além de sustentar o processo de cuidar, cria também possibilidades efetivas de garantia da qualidade dos serviços ofertados (Anselmi; Duarte; Angerami, 2001).

**Tabela 5-** Distribuição absoluta e percentual do tempo de permanência das enfermeiras (em meses) na unidade onde estavam lotadas. Americana, SP em 2007.

Tempo na unidade (meses)	N	%
Até 06	09	47,8
06,1 a 12	03	14,2
12,1 a 18	08	38,0
18 +	01	4,9
Total	21	100

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Não há construção de vínculo sem a permanência das relações sociais construídas no passar do tempo.

A graduação em enfermagem foi feita por 71,4% em escolas privadas e 61,9% das enfermeiras possuem especialização em áreas diversas, como aponta a tabela 6.

Responderam não haver participado de capacitação recente em AM 90,5% das enfermeiras e estarem repassando à clientela os conhecimentos adquiridos durante a graduação ou especialização. Todas referem que durante a graduação receberam informações sobre a amamentação no conteúdo teórico vinculados às disciplinas de Saúde da Mulher ou Saúde da Criança.

O treinamento específico é fundamental para a efetividade do trabalho de promoção da amamentação (Souza, 1996; Becker, 2001). De nada adianta um profissional ser consciente da importância da amamentação, se ao fornecer informações às mães não souber apoiá-las com manejos adequados.

Rea (2003) menciona que um estudo da Organização Pan -Americana da Saúde (OPAS) sobre a amamentação nos currículos das escolas de saúde indicou um número mínimo e insuficiente de horas dedicadas ao tema. As diferentes especializações podem também ser relacionadas com a existência de atitudes mais ou menos efetivas em relação à amamentação. Acredita-se que as especializações nas áreas de saúde da mulher e da criança possuem em seus conteúdos uma abordagem diferenciada sobre o tema.

**Tabela 6-** Distribuição absoluta e percentual das especializações das enfermeiras que atuam na atenção básica de Americana, SP em 2007.

<b>Especializações</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Saúde da Família	04	30,7
Enfermagem do trabalho	02	15,3
Atendimento Pré-Hospitalar	02	15,3
Gestão em Enfermagem	01	7,6
Obstetrícia	01	7,6
Pediatria	01	7,6
UTI neonatal	01	7,6
Cardiologia	01	7,6
Total	13	100

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde de mãe e filho, garantindo a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. A consulta de enfermagem às gestantes é mencionada como rotina para 95,2% das entrevistadas. No entanto, somente 38,1% estendem o atendimento também às puérperas, o que aparentemente contraria uma das diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que incluem primeira consulta pré-natal até o 4º mês da

gestação; seis consultas durante o pré-natal, e uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento (Brasil, 2002).

Quanto ao atendimento ao Rn, seja ele de puericultura, vacinação ou coleta de exames de erros inatos de metabolismo, o “exame do pezinho”, foi realizado por 71,4% das enfermeiras, aparentemente, devido à diversidade de procedimentos que contemplam esta faixa etária, nos programas de atenção à saúde.

As enfermeiras que atendem os Rns relatam ser esta uma boa oportunidade para verificar como caminha o processo de aleitamento materno. Giugliani (1994) afirma que os problemas e dúvidas que podem dificultar a amamentação se instalam nos primeiros 10 dias de vida.

Ao receberem alta da maternidade municipal, as mães são orientadas sobre a necessidade da coleta do “exame do pezinho” que está agendada na unidade básica mais próxima de sua casa. Na rede de atenção básica de Americana, 47,7% dos Rns são acolhidos para a coleta do “exame do pezinho” com até sete dias de vida, totalizando 76,3% com até 14 dias (tabela 7), portanto, consideramos ser esse período adequado para a detecção e intervenção precoce nas intercorrências na amamentação.

**Tabela 7-** Distribuição absoluta e percentual da idade (em semanas) em que o Rn é acolhido pela primeira vez na respectiva unidade de saúde, de acordo com as respondentes. Americana, SP em 2007.

Idades Rns	N	%
1ª. semana	10	47,5
2ª. semana	06	28,5
3ª. semana	03	14,2
+ 3 semanas	02	9,6
Total	21	100

Uma preocupação ocorrida durante esta análise, mas que por hora não será avaliada, refere-se à demora na coleta do “exame do pezinho” em algumas unidades. Colhido preferencialmente após 24 horas de uma alimentação satisfatória com o objetivo de

detecção e resolução precoce de erros metabólicos são, na rede básica de Americana, colhidos até 30 dias após o nascimento.

Este achado foi reportado a uma das enfermeiras responsáveis pela atenção básica do município para que as estratégias de agendamento e coleta sejam reavaliadas. A portaria 648/GM de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006) estabelece ser de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde “programar as ações de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local”.

A literatura registra prodigamente o sucesso na redução do desmame precoce e extensão do AME baseiam-se em estratégias conjuntas, feitas durante o pré-natal, o puerpério, a puericultura e em visitas domiciliares. Apesar da maioria das enfermeiras relatarem o atendimento de gestantes durante o pré-natal, menos da metade destas atendem púrpelas de forma rotineira. Uma vez que a lactação se estabelece nos primeiros 14 dias pós-parto, o apoio face a face com a nutriz é fator decisivo para o sucesso do AM.

Um estudo realizado em Conchas, interior de São Paulo por Parada (2005) confirmou que as dificuldades enfrentadas pelas mães no início da amamentação associam-se significativamente com menores taxas de AME.

A Atenção Primária à Saúde e, mais recentemente o PSF, são estratégias facilitadoras da promoção da amamentação, como também da proteção e do apoio a ela. Dentro deste modelo, a amamentação pode ser promovida durante o pré-natal, no período pós-natal, quando a mãe tem alta hospitalar e retorna para seu domicílio e em eventuais futuras gestações. O 10º passo para o sucesso do aleitamento materno estabelecido na IHAC e na IUBAM, “implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares” (Anexo II, III), são fundamentais no estabelecimento desta rede de apoio.

Quando questionadas se participavam de atividades educativas em AM, 61,9% afirmaram que sim e que tais atividades estavam inseridas no “grupo de gestantes” além das informações fornecidas durante as consultas individuais de pré-natal.

O grupo era reunido mensalmente e cada casal convidado a participar de quatro encontros, sendo que o último deles seria uma visita monitorada às dependências do hospital municipal. As enfermeiras foram unânimes em relatar que adesão aos grupos de usuários de maneira geral é baixa em todas as unidades. Uma das várias atribuições da enfermeira na atenção básica é a realização de grupos de usuários (Brasil, 2006).

As ações educativas em saúde mediante atividades grupais podem se constituir num método privilegiado de intervenção (Delfino e col 2004), uma vez que possibilitam a troca de experiências entre seus participantes.

No entanto, ao presenciar um dos encontros, o grupo de gestantes mostrou-se, em realidade, uma aula expositiva sobre a gestação, o parto e os cuidados com o Rn, aí incluída a amamentação. As informações não foram exploradas pelo grupo de maneira reflexiva e pouco da experiência das usuárias que já tinham filhos foi compartilhado em virtude do tempo exíguo.

A afirmação positiva de mais da metade das enfermeiras sobre o desenvolvimento de ações educativas em AM, sugeria a adesão das unidades às atividades de promoção e manutenção do aleitamento, o que demonstrou na prática ser pouco consistente.

Oliveira e Camacho (2002), na revisão de estratégias efetivas para a extensão do AM ao redor do mundo, concluíram que intervenções em pequena escala, limitadas a um curto período durante a gestação não são relevantes na extensão da amamentação.

As questões relativas ao aleitamento foram tratadas no terceiro encontro. Durante cerca de uma hora a enfermeira falou dos cuidados com o Rn, o banho, o curativo umbilical, a exposição solar e em 20 minutos discorreu sobre a amamentação, conforme registro no diário de campo.

Não foram avaliadas as orientações feitas durante as consultas de pré-natal e puerpério, uma vez que a pergunta sobre atividade educativa foi respondida somente como aquela feita com os grupos de gestantes.

Para 61,9% das entrevistadas as unidades contam com outros profissionais que também estimulam o AM. Outros profissionais como médicos, dentistas e em algumas unidades a fonoaudióloga foram apontados por mais da metade destas enfermeiras como atuantes nas questões a favor do AM. Técnicos e auxiliares de enfermagem também foram mencionados, mas somente uma das seis enfermeiras das unidades ESF mencionou que os agentes comunitários de saúde também trabalham com a questão do aleitamento junto à população.

As estratégias que se mostraram mais efetivas na condução destes procedimentos foram os grupos de pré-natal e de mães, e as visitas domiciliares, proporcionando apoio face a face à amamentação e envolvendo os familiares neste apoio. Em alguns estudos, sessões individuais frequentes também se mostraram efetivas, no entanto, essa efetividade não pareceu estar relacionada ao profissional envolvido em promovê-las (Oliveira;Camacho,2002).

As atividades relatadas na entrevista referentes ao manejo do AM desenvolvidas no pré-natal foram: benefícios do AM, princípios de lactação, fisiologia da mama, mitos, livre demanda, intercorrências, higiene, importância do pai, importância imunológica, colostro, alimentação da nutriz, economia financeira, não usar mamadeiras e chupetas, uso de medicamentos, amamentação, desmame precoce e resistência da pele.

Nenhuma enfermeira entrevistada mencionou o exame físico das mamas no pré-natal e somente uma referiu fazê-lo no puerpério. O exame físico, em especial o exame das mamas tanto no pré-natal quanto na revisão puerperal precoce é uma recomendação que o MS considera fundamental para o incentivo e manutenção do aleitamento materno (Brasil 2005).

Já na pergunta feita sobre as técnicas ensinadas, as enfermeiras responderam que orientam a pega adequada, a posição do bebê, a ordenha, o preparo da mama, a estocagem do leite, a duração das mamadas e o fortalecimento dos mamilos.

As respostas referentes ao manejo e técnicas abordados remetem aos programas de capacitação em AM estabelecidos pelo governo federal e Secretaria de Estado da Saúde desde o final da década de 90.

As respostas emitidas pelas enfermeiras não demonstram aprofundamento e reciclagem de conteúdos, visto que a maioria não participou de capacitação recente sobre o tema.

O estímulo e a viabilização de capacitação e educação permanente dos profissionais é uma das responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde para o cumprimento dos princípios da atenção básica (Brasil, 2006). Educar com o objetivo de transformar o processo de trabalho é investir na melhoria da qualidade dos serviços, do cuidado e da saúde de seus usuários.

Quando questionadas sobre a baixa adesão aos programas de AM pelas mulheres e seus parceiros, todas as enfermeiras atribuíram-na à impossibilidade da gestante trabalhadora ausentar-se do serviço além da ocasião da consulta mensal de pré-natal ou que não viam interesse delas pelos grupos.

É importante ressaltar que somente uma enfermeira considerou esse dado significativo e alterou a agenda de atendimento à gestante de sua unidade de maneira que fosse exequível a formação de grupos de sala de espera. Aqui, grupo de sala de espera é definido como uma modalidade de educação em saúde, voltada para o atendimento de gestantes e seus acompanhantes enquanto aguardam consulta médica. Os grupos formados em sala de espera otimizam o tempo passado no serviço de saúde e possibilitam uma maior abrangência das ações educativas.

As visitas dos casais grávidos ao hospital acontecem desde 2003, quando o serviço iniciou um processo de organização interna para atender a determinação legal da “lei do acompanhante” que garante às gestantes esse direito, durante o pré-natal e trabalho de parto (São Paulo, 1999). No primeiro momento, a permissão para o acompanhamento estava vinculada a frequência integral (quatro encontros) aos grupos.

A psicóloga que monitora a visita ao hospital hoje, considerou que a frequência à visita monitorada diminuiu porque desvinculou-se a obrigatoriedade da presença do casal nos grupos de gestante para que a mulher durante o trabalho de parto tivesse o direito assegurado.

São diversas as opiniões das entrevistadas sobre quais ações reverteriam as taxas de desmame precoce e extensão do período de AM. A tabela 8 organiza todas as ocorrências mencionadas, sendo o percentual calculado pelo total de respostas fornecidas.

O desmame precoce é um problema vigente em qualquer sociedade e mais insidioso nas populações de baixa renda, onde são elevadas as taxas de desnutrição e a prevalência de infecções.

Ao estudar quais fatores estariam associados ao prolongamento do AM em Guarulhos-SP, Gomes (2002) concluiu que o retorno da mulher ao trabalho foi um fator significativo para o desmame principalmente em áreas de alta concentração urbana, onde longas distâncias são percorridas aumentando o tempo fora de casa.

Os profissionais de saúde precisam conhecer os direitos das mulheres trabalhadoras, especialmente levando-se em conta que muitas delas são mulheres, às vezes vivenciando situações de conflito entre trabalhar fora e amamentar. A informação principal para uma mulher nestas condições é de que ela pode manter a lactação mesmo quando separada de seu bebê. Para isto ela precisa estar segura dos benefícios do AM e ser constantemente apoiada em sua decisão (Rea, 2003).

**Tabela 8-** Distribuição absoluta e percentual sobre as opiniões emitidas pelas entrevistadas sobre como evitar o desmame precoce e aumentar o período de AME. Americana, SP em 2007.

Ações	N	%
Organizar o retorno ao trabalho	10	19,6
Diminuir a interferência de 3 <sup>os</sup> .	10	19,6
Vontade Pessoal	09	17,6
Cultura	05	9,8
Preocupação estética	06	11,7
Propaganda /mídia	03	5,8
Conhecimentos profissionais coesos	04	7,8
Reforço da equipe médica	02	3,9
Apoio pai/ doméstico	02	3,9
Total de respostas.	51	100

A investigação sobre as atitudes, conhecimentos e práticas sobre a amamentação é importante na definição de temas para sensibilizar os indivíduos e estender o tempo de AME. No entanto, os profissionais precisam considerar que o ato de amamentar não acontece com pessoas abstratas, mas com indivíduos singulares, concretos, inseridos em um contexto real de vida (Araújo, 1997). Para Gramsci (apud Minayo, 2006 p. 230) “o senso comum tem potencial transformador... deve ser levado em conta, compreendido, avaliado e recuperado criticamente, pois corresponde espontaneamente as condições de vida da população”.

As pressões da vida moderna, principalmente em áreas urbanas, criam dispositivos que contribuem para o desmame. Fatores de ordem emocional como motivação, autoconfiança e tranquilidade são fundamentais para que a amamentação seja bem sucedida.

Alguns estudos mostram que apoio do pai e ajuda de terceiros nos afazeres domésticos são provavelmente fonte significativa de estímulo (Giugliani, 1994; Venâncio, 2003).

Contrariando uma tendência mundial, Susin e colaboradores, em 2005, realizaram em Porto Alegre –RS, um estudo que apontou serem as avós fatores de intervenção negativa para a duração e extensão do aleitamento. Este achado pode ser explicado pela influência transmitida por tradição familiar de mãe para filha, influenciada através do discurso e da ação, que segundo Primo e Laíse (1999) em estudo feito na periferia de Belo Horizonte -MG, reflete na decisão de amamentar, principalmente se esta foi uma vivência positiva.

As crenças e práticas relacionadas com a saúde são características fundamentais de uma cultura (Helman,1994). Sendo a amamentação fortemente influenciada por esta cultura, é preciso ampliar as estratégias para sua promoção de modo que os indivíduos que partilham do convívio da nutriz compreendam seus aspectos positivos, antecipando seus benefícios e exercendo influência positiva para a sua prática. Considerar a inclusão de pessoas significativas para a gestante nos grupos educativos em AM, sejam elas mães, sogras, irmãs, amigas ou vizinhas, como uma forma de ampliar a rede de informações e dividir experiências reais para subsidiar sua decisão pela amamentação.

Nossa sociedade atual tem divulgado amplamente na mídia a preocupação constante de padrões estéticos ditos perfeitos, o que Osório (2005) chama de “corpolatria”: o culto ao corpo, cultivado por desejos internos e subjetivos de acordo com padrões estruturalmente aceitos de beleza, dentro de padrões estéticos hegemônicos. Portanto, faz-se necessário incluir nas orientações sobre amamentação informações sobre as alterações mamárias e suas implicações.

A gestação causa alterações estéticas já sabidas como a ptose mamária, uma vez que esta fase é marcada pelo aumento dos seios, provocando a distensão da pele. Ao final da produção de leite, as mamas voltam ao tamanho normal. Outra razão para a ptose mamária é a substituição do tecido fibroso que forma as mamas pela gordura, o que pode ser comum em função das mudanças hormonais sofridas durante a gravidez e em outras fases do ciclo reprodutivo feminino. Em contra partida, a mama da nutriz passa pela maturação glandular, o que diferentes estudos apontam ser fator protetor contra câncer de mama (Tessaro, 2003).

## **6.2- Análise temática**

Segundo Bardin (1997), no conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a mais antiga e na prática a mais utilizada é análise temática: “Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos”.

Partindo das falas das enfermeiras, foram se configurando várias *unidades de registro* agrupadas em *núcleos de sentido*. Esta tarefa se mostrou a princípio um processo lento e pouco produtivo. Mas quando as identidades das entrevistadas foram substituídas pela denominação alfa-numérica e a entrevistadora não pode mais vincular as respostas a uma determinada pessoa, as unidades emergiram e tomaram corpo.

Estes núcleos de sentido foram reagrupados para efeito de análise, interpretados e conformados em unidades temáticas eleitas neste estudo. As categorias e sub-categorias decorrentes desses reagrupamentos são apresentadas a seguir, quando serão descritas separadamente.

As enfermeiras e a amamentação:

- Ações promotoras
- No cotidiano na unidade de saúde
- Na vivência da amamentação
- Na ação educativa nos grupos de gestante
- Nas considerações sobre desmame

Outras pessoas e a Amamentação

- As usuárias –mães
- A rede social da nutriz
- Os profissionais de saúde

## 6.2.1- As enfermeiras e a amamentação

### 6.2.1.1- Ações promotoras

As ações promotoras da amamentação, descritas a seguir referem-se aos atendimentos feitos pelas enfermeiras durante a consulta de pré-natal, puerpério puericultura e visita domiciliária.

Para muitas das enfermeiras, a consulta individual é uma oportunidade mais efetiva para as orientações sobre o aleitamento.

*“... funcionam melhor as orientações que faço no pré-natal”.(EIII)*

*“... quando consulto, faço orientações individuais... se me perguntam eu falo”.(EXVIII)*

*“... só nas últimas consultas é que treino a posição e a pega”.(EXVI)*

*“... falo na primeira consulta de pré-natal”.(EI)*

Como prevê o PHPN, no município de Americana durante a assistência pré-natal, médicos e enfermeiras se revezam nas consultas mensais. Algumas entrevistadas relatam que sua atuação se restringe ao pedido de exames para a confirmação da gestação, o que aparentemente não se configura em um atendimento pré-natal de enfermagem.

Tal como Marques (2008) aponta em seu trabalho, seriam ações de caráter individual, principalmente de apoio ao atendimento médico, cumprindo diretrizes pré-estabelecidas e descaracterizando a prática de atenção à saúde integrada e contínua.

A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício da atenção à saúde, construindo competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas às demandas dos serviços (Brasil, 2001b).

Ao considerar efetivo este atendimento fragmentado, as enfermeiras crêem estar contribuindo para a promoção da amamentação, o que não condiz com sua formação.

O acompanhamento no período puerperal imediato é reconhecido como momento ideal para a verificação e correção de atitudes prejudiciais ao AM. Serve para o estabelecimento de condutas que garantam entre outros a detecção precoce de dificuldades relacionadas ao processo de amamentação.

A inclusão da consulta puerperal, como ação extensiva e integradora do acompanhamento pré-natal, vem sendo incentivada desde a implantação do PAISM, em 1984 e reforçada na publicação Parto, Aborto e Puerpério, do MS (Brasil, 2001), com a meta de se garantir uma assistência de qualidade às mulheres.

O apoio emocional e técnico deve ser oferecido constantemente, pois muitas crianças que recebem aleitamento complementar têm mães em condições físicas para amamentar.

*“... acho que aí (puerpério) é a melhor hora de ajudar, quando ocorre o AM na prática”.(EVI)*

*“... ao atender as puérperas, examino as mamas e revejo a técnica”.(EXVI)*

*“... eu prefiro demonstrar a pega quando elas voltam para o puerpério (40 dias)... peço pra ver o bebê mamar...”(EXI)*

*“... visito as puérperas e vejo se está dando certo, mas só volto a vê-las cerca de 30 dias depois... aí quem ia complementar já começou”.(EXII)*

No entanto, como já discutido anteriormente, a maioria das enfermeiras entrevistadas não faz atendimento regular as puérperas. As entrevistadas alegaram que as nutrizes foram informadas que caso haja algum problema na amamentação, poderiam procurá-las. Muitas vezes, quando o atendimento pós-parto ocorria, as mães já haviam complementado artificialmente o aleitamento.

*“... não atendo puérperas porque não tenho tempo”.(EII)*

*“... me empenho em ensinar. Perco 10/15 minutos estimulando as puérperas”.(EXII)*

Algumas enfermeiras relataram que ao atender as nutrizes verificam se as informações repassadas no atendimento hospitalar estão sendo seguidas.

*“... reforço o que foi dito no hospital (na visita domiciliar)”.(EIV)*

*“...no puerpério eu vejo se elas estão fazendo o que ensinaram no hospital”. (EXV)*

Essas falas causaram estranhamento, uma vez que não se tem conhecimento de uma política pública municipal que contemple ações conjuntas entre a rede básica e o serviço hospitalar. Também não se tem conhecimento de protocolos de ações conjuntas entre os serviços para alinhamento das orientações.

As enfermeiras relataram que o primeiro contato das crianças com a unidade, seja para coleta de exames, vacinas ou outro atendimento, por qualquer um dos profissionais de enfermagem, é uma boa oportunidade para avaliar a prática do aleitamento materno.

*“... quando os Rns vem, com mais ou menos 10 dias, eu aproveito e checo a pega”.(EXXII)*

*“... (na coleta de pézinho) dá pra ter uma noção de como a AM está caminhando”.(EXII)*

Dentre as diversas maneiras de se promover o aleitamento materno, a implantação dos Programas de Puericultura em serviços de atenção à saúde, foi segundo Issler (1999), uma das mais importantes. A avaliação periódica da criança permite que o estímulo ao aleitamento materno possa ser praticado na sua plenitude. Oportunidade essa, confirmada pelas enfermeiras entrevistadas.

Um diferencial na atenção à saúde de mães e bebês é a visita domiciliária prestada pelas enfermeiras nas unidades ESF. As seis enfermeiras que trabalham este modelo de atenção relatam visitar as puérperas logo após o parto.

*“... Quando o bebê nasce, faço uma visita domiciliar...verificando a pega e ensino a ordenhar”.*(EIV)

*“... faço visita domiciliar no puerpério”.*(EIX)

*“... marco a consulta ( puerpério) quando visito após o parto..”*  
( EXI)

*“... Visito as puérperas e vejo se está dando certo”.*(EV)

A ampliação e o fortalecimento da assistência domiciliária são considerados como resultados do aprimoramento no campo da saúde coletiva. Possibilita a valorização do processo saúde-doença e a influência do ambiente de vida e da dinâmica familiar sobre a saúde materno-infantil, viabilizando-se assim a entrada dos trabalhadores de saúde dentro dos lares. O objetivo dessa entrada é observar e trabalhar o desenvolvimento da criança dentro do seu contexto ambiental, cultural e familiar (Yamamoto, 1998).

A visita domiciliária contempla estas famílias com a oportunidade de receber orientações particulares à sua realidade e reforçar os vínculos entre profissionais e usuários dos serviços. A literatura indica que, em relação a promoção da amamentação, configura-se em uma das ações mais efetivas para o sucesso desta prática. Estima-se que a ampliação da ESF neste município oportunizará uma qualidade melhor no atendimento a todos os usuários dos serviços de atenção básica.

### 6.2.1.2- No cotidiano na unidade de saúde

As enfermeiras relataram uma série de atribuições diárias, demonstrando insatisfação no trabalho devido a sobrecarga de afazeres e falta de perspectiva para desenvolver -las de maneira adequada, o que corrobora a declaração de muitas de não terem tempo para a realização dos grupos.

*“... não faço grupos porque não dou conta de tudo sozinha...”.* (EI)

*“... ser sozinha e não poder ficar fazendo grupo de sala de espera”.*(EX)

Variáveis como poder decisório, remuneração, expectativas pessoais, comprometimento e aprendizado são relacionadas à satisfação profissional. Segundo as falas das enfermeiras, a insatisfação poderia estar contribuindo na geração de conflitos, na qualidade do acolhimento das usuárias e na promoção da amamentação.

Outro dado encontrado foi a aparente falta de estímulo à participação em cursos de atualização, que além de subsidiarem a prática, funcionam como estímulo profissional.

*“ ... aqui não fiz curso nenhum porque ninguém faz nada ...”*( EIV)

Martins (2006) afirma que a capacitação representa para o profissional o domínio de conhecimentos específicos, que resultam na formação, treinamento, experiência para que possam exercer determinada função. Quanto mais capacitado, melhor é o exercício competente.

Tem-se conhecimento que há na região de Americana um serviço de assistência médico-hospitalar, o Hospital Estadual Sumaré (HES) “Dr Leandro Franceschini”, com título de Hospital Amigo da Criança desde 2004 (HES,2008) que oferece às secretarias de saúde dos municípios da sua microregião (Americana, Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa, Santa Bárbara D’Oeste e Sumaré) curso de 24 horas da IHAC, o que pode servir para atualização e estimular o trabalho das enfermeiras em AM.

### 6.2.1.3- Na vivência da amamentação

Apesar do pequeno número de enfermeiras que são mães, todas reconhecem que a amamentação é uma prática que requer esforço pessoal.

*“... eu falo da dor, porque dói né?... sei que é difícil. Eu compartilho isso com elas”.(EXIV)*

Ter vivenciado a amamentação é uma oportunidade real de avaliar seus benefícios e as dificuldades que se apresentam durante seu processo. As enfermeiras - mães mencionaram aspectos reais de dor, cansaço e necessidade de tempo para adaptar-se a esta nova experiência, que é sempre muito particular, independente da paridade ou vivência anterior.

*“Eu amamentei meu filho com muito esforço nos primeiros três meses porque a gente precisa se sincronizar com o bebê e isso leva tempo. Depois disso ele mamou mais de um ano...”(EVI)*

Ter amamentado pode ser um fator importante na aproximação entre a profissional e a gestante, uma vez que para esta mulher a enfermeira deixa de ocupar o lugar, as vezes distanciado, de um técnico e passa a dividir experiências vividas.

Ferreira e colaboradores (2003), relatam que gestantes sob a assistência pré-natal em oito municípios do Ceará, expressaram sentimentos de satisfação e segurança com relação às enfermeiras que às atendiam, pois estas também haviam vivenciado a experiência da maternidade. O fato dos dois sujeitos possuírem experiências comuns a serem compartilhadas, pareceu favorável á interação enfermeiras-gestantes.

### 6.2.1.4- Na ação educativa nos grupos de gestante

Como ação educativa em AM as enfermeiras apontam as orientações feitas nos grupos de gestantes, mas relatam que tais grupos têm baixa adesão das usuárias. Justificam esse fato devido as gestantes não poderem ausentar-se do trabalho além da consulta médica

que ocorre em horários diferentes dos grupos. Alegam também que as usuárias só aderem aos grupos quando esses são coordenados pelo profissional médico.

*“... faço grupo com gestantes, mas não tem adesão... o posto terá grupo com dois médicos... aí vai ter adesão porque quando tem médico o povo vem...” (EIV)*

*... “ grupos tem pouca participação porque eu acho que as mulheres não podem deixar o trabalho...”(EIII)*

Para Campos (2003), o usuário dos serviços busca ações que tem valor de uso para a sua saúde e para a manutenção de uma vida autônoma. A afirmação de que a presença de um médico determinaria a adesão das usuárias, demonstra pouca credibilidade da enfermeira no resultado de sua intervenção junto à população por ela assistida.

A pouca credibilidade percebida entre as enfermeiras participantes pode ser devido a vivência incipiente no trabalho?

A falta de espaço físico e de material para demonstração foram apontados como fatores impeditivos para a realização dos grupos.

*“... não faço grupos porque não tenho espaço físico”.(EIX)*

*“... não tenho material para demonstrações”.(EXII)*

A falta de espaço ou material educativo usados aqui como impedimento para a consecução dos grupos, poderiam muitas vezes interferir na troca de experiências entre as profissionais e as usuárias, criando um distanciamento das orientações frente as reais necessidades do grupo.

Esse discurso é facilmente “derrubado” com vários exemplos na nossa realidade. A história de Paulo Freire (1921-1997) é uma delas. Considerado como um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia mundial, tendo influenciado o movimento chamado pedagogia crítica, foi alfabetizado no chão do quintal de sua casa, à sombra das mangueiras, com palavras do seu mundo, onde o chão foi seu quadro-negro, gravetos, o seu giz (Instituto Paulo Freire, 2008).

Venâncio (2003) refere que o AM é uma das prioridades de saúde, portanto implica por parte dos serviços de saúde a adoção de estratégias para organizar assistência, melhorar recursos materiais e capacitar de recursos humanos. Somente uma das enfermeiras relatou ter alterado a agenda de consultas para melhorar a participação das gestantes nos grupos educativos.

*“... fiz alterações nas agendas para melhorar a adesão aos grupos”.*(EVI)

A sensibilidade desta enfermeira permitiu atender as necessidades de sua clientela, apresentando disponibilidade em se engajar no incentivo à amamentação, o que para Silva (1999) parece determinada por características pessoais, em que não apenas o conhecimento, mas as experiências e o jeito de ser de cada um conduzem suas atitudes no que se refere à assistência em amamentação e as oportunidades de interação entre profissionais e nutrizes.

#### 6.2.1.5- Nas considerações sobre desmame

A carência econômica, tipicamente envolvendo as necessidades como alimentação, vestuário, alojamento e cuidados de saúde, caracterizados pela baixa escolaridade e o retorno obrigatório e necessário ao trabalho foram apontados como fatores determinantes do desmame precoce pelas enfermeiras.

*“... os baixos índices de AME são porque a licença gestante é curta”.*(EIV)

*“... muita gente dá palpite errado e também tem que voltar para trabalhar”.*(EXI)

*“... retornam ao trabalho muito cedo e ficam preocupadas em desmamar”.*(EVI)

*“... trabalho fora de casa”.*(EXVIII)

*“... elas desistem logo, principalmente por causa do emprego”.*(EXII)

Não houve menção na fala de nenhuma das enfermeiras, sobre orientações a respeito de direitos trabalhistas para as nutrizes trabalhadoras. Não foi possível perceber se a população não as recebeu ou se trata de um contingente populacional de trabalho informal, não abraçado pelas leis que garantem o direito de amamentar.

Volpini e Moura (2005) não encontraram diferença estatística nos determinantes de desmame precoce entre mães trabalhadoras e não trabalhadoras, embora o desejo de trabalhar tenha sido associado à interrupção da amamentação. A orientação segura e bem sucedida para o estabelecimento da amamentação inclui também informações precisas sobre os direitos trabalhistas da mulher e da criança.

## 6.2.2- Outras pessoas e a Amamentação

### 6.2.2.1- As usuárias-mães

As repostas das enfermeiras levam a crer que a responsabilidade pelo sucesso da AM é imputada à mãe. Seja por sua capacidade de aceção das informações, seja por sua vontade pessoal ou pelo ambiente cultural onde está inserida.

*“... algumas não entendem, porque são burrinhas e não acreditam em nossa conduta”. (EIV)*

*“... falta de vontade em amamentar”.(EX)*

*“... acho que a gente faz a nossa parte e que elas querem (amamentar) mas a vida é muito difícil no dia a dia”.(EVI)*

*“... falta interesse pessoal das mães”.(EX)*

*“... porque acho que culturalmente não há disposição para amamentar e isso é mais forte do que tentamos ensinar”.(EXVII)*

A humanização da atenção à saúde vê no direito à informação um dos elementos essenciais para que seus usuários tomem decisões autônomas sobre sua saúde (Zoboli, 2007). Ao profissional cabe conversar, expor a informação de maneira compreensível, simples, leal e respeitosa, assegurando decisões esclarecidas e autônomas.

O manual técnico de atenção qualificada e humanizada ao Pré-natal e Puerpério do MS, orienta que *“o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto”* (Brasil, 2006).

Sendo assim, para melhorar a taxa de AM, algumas enfermeiras entendem que é preciso ser mais sensível as particularidades das nutrizes e reconhecer suas necessidades singulares de atenção, como ingredientes indispensáveis para o acolhimento.

*“... acho que a população não é alcançada com qualidade necessária de orientação para evitar o desmame”.*( EXV)

*“... a gestante tem uma idéia pessoal do que ela quer fazer sobre o AM”.* (EII)

*“... eu penso que talvez não estejamos fazendo o suficiente”.*(EXXI)

O acolhimento tem se mostrado uma instância potente para a organização dos serviços de atenção a saúde, quando articulado a outras práticas que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população. Desta forma, a equipe procederá ao acompanhamento, vigilância e priorização de riscos e agravos, permitindo-se assim, o estreitamento do vínculo com a população, seu monitoramento, bem como o incentivo a autonomia do usuário (Campos, 1997). Como um processo, especificamente de relações humanas, deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde, em todos os momentos e tipos de atendimento em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (Matsumoto, 1998).

#### 6.2.2.2- A rede social da nutriz

A experiência de amamentar caminha por meio de interações vivenciadas pela nutriz, em seu contexto histórico-social, onde essa experiência acontece. Assim, são desenvolvidos sentimentos que influenciam a amamentação, constituindo-se de elementos no processo de decisão de amamentar ou não (Silva, 1994).

*“... as mulheres acham mais fácil dar mamadeira e as avós estimulam isso”.(EIII)*

*“... influencia da avó para dar mamadeira e a mídia que influencia as adolescentes para o corpo perfeito”.(EIX)*

*“... os namorados tem nojo do leite”.(EIX)*

*“... muita gente dá palpite errado...”(EXI)*

*“... interferência negativa das avós ou outras pessoas”.(EII)*

É importante registrar que as enfermeiras relataram um grande contingente de adolescentes por elas atendidas, que continuam vivendo sob a intervenção direta ou indireta de suas mães. Estas avós, muitas vezes jovens, assumem o cuidado infantil além de continuar a manter suas atividades laborativas, o que poderia explicar sua aparente inclinação pelo aleitamento artificial.

Em uma revisão de literatura sobre o papel da avó na maternidade adolescente (em sua maioria textos estrangeiros), Falcão e Salomão (2005) encontraram que, há por parte das avós maternas a existência de conflitos na delimitação de papéis entre ser mãe e ser avó dos bebês.

#### 6.2.2.3- Os profissionais de saúde

Algumas enfermeiras consideram que as orientações médicas, sejam elas vindas do pediatra ou do obstetra, não são coesas, interferindo na aceção das informações.

*“... os profissionais não falam a mesma coisa, o que deixa elas confusas”.( EXVIII)*

*“... também tem muitos profissionais médicos que influenciam de forma negativ”.( EVII)*

*“... acho que os agentes (comunitários de saúde) falam de AM”.(EIV)*

*“... evito encaminhar para o GO porque ele faz elas desistirem de AM”.(EXVIII)*

*“... maus conselhos e profissionais que não falam a mesma coisa o que deixa elas confusas”.(EXVIII)*

O sucesso da amamentação pressupõe a participação e a parceria de todos os profissionais envolvidos no atendimento da nutriz, bem como da definição das responsabilidades de cada um dos envolvidos.

Vários autores concordam que os profissionais de saúde frequentemente são responsáveis pelo insucesso do aleitamento materno e desmame precoce por não orientarem adequadamente a mãe e os familiares durante o pré-natal e o puerpério (Bittar e col.,1992; Machado e col.,1994;Galanakis,1999).

Contudo, o ato de amamentar passa por uma tomada de decisão e sendo assim, o processo da amamentação deve ser visto a partir da mulher (Silva, 1994). Dessa forma, profissionais da saúde poderiam atuar efetivamente na decisão de amamentar.

## **7- LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Pode-se dizer que em um trabalho de mestrado sempre é possível que ocorram falhas de elaboração, pois o tempo é exíguo e é necessário escolher um caminho para solucionar nossas inquietações iniciais que levaram à execução do mesmo.

Não obstante o rigor metodológico aplicado existe sempre a possibilidade de viés nas observações ancoradas em dados subjetivos. A ênfase no discurso, embora tenha a vantagem de possibilitar um entendimento mais apurado dos elementos de pesquisa pela exploração e drenagem da subjetividade, tem a desvantagem de não permitir generalizações ou maiores inferências através de conclusões.

Considero como limitação não ter participado de todos os quatro encontros estabelecidos para o “Grupo de Gestante”. Um contato mais próximo com as enfermeiras e as usuárias das unidades poderia esclarecer os motivos da alegada falta de adesão/ interesse.

Apesar de ter testado o roteiro de entrevista, senti na medida que entrevistava mais enfermeiras que outras perguntas seriam pertinentes, explorando mais como se dava a consulta individual de pré-natal e de puerpério, questões sobre as práticas e as atividades educativas desenvolvidas em outras circunstâncias e quais se mostravam mais efetivas em suas opiniões.

No presente estudo, foi perguntado aos profissionais sobre a realização de atividades para o incentivo ao aleitamento materno e possíveis causas de desmame. Entretanto, não foi objeto deste trabalho questionar as mães sobre estas orientações fornecidas, como no trabalho de Spinelli e colaboradores (2002), em uma pesquisa desenvolvida nas creches de São Paulo sobre orientação para o aleitamento materno nas consultas regulares, apenas um terço das mães referiu tê-las recebido.

Apesar de saber que as unidades de atenção à saúde possuíam estratégias distintas, não me ocorreu comparar a realidade das enfermeiras que atuam em UBS com as que trabalham no modelo ESF. A ESF traz uma dinâmica de atuação que aparentemente beneficia as ações a favor do AM.

Enfim, todo trabalho merece um epílogo e creio serem estas inquietações coincidentes com o processo de sua elaboração e principalmente com a intenção permanente de se fazer mais e melhor.

## **8- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Muitos são os estudos que tratam da atuação de profissionais de saúde em AM. Está bem demonstrado que intervenções em diversos momentos do processo de promoção da amamentação podem obter resultados positivos, como o aumento da prevalência e/ou da duração da amamentação. Tais resultados perpassam necessariamente por oportunidade de aprendizagem, experiências e vontade pessoais.

Ao estudar a participação de enfermeiras em atividades de promoção ao AM na rede básica de atenção à saúde de Americana, pretendeu-se contribuir para a consecução de algumas das estratégias prioritárias da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), como a eliminação da desnutrição e a promoção da saúde infantil.

Apesar das significativas mudanças efetuadas com a inserção da estratégia de saúde da família em sua rede de serviços, a ausência de um programa municipal de incentivo ao AM propicia uma ação desarticulada onde cada profissional faz uso de orientações de acordo com conhecimentos apreendidos durante sua formação profissional, seja ela de graduação ou especialização, visto a referência generalizada de ausência de treinamento recente sobre o tema.

A afirmação positiva de mais da metade das entrevistadas sobre o desenvolvimento de ações educativas em AM nos grupos de gestantes sugeria sua adesão às atividades de promoção e manutenção do aleitamento, o que demonstrou na prática ser pouco consistente, uma vez que estes grupos têm baixa adesão e o conteúdo de orientações explorado é muito pequeno. A dificuldade maior é a pouca base em aleitamento materno na formação acadêmica e a falta de capacitação sistemática na promoção da amamentação, além de aparente falta de manejo na condução dos grupos.

Aparentemente as consultas individuais são mais efetivas para a orientação da gestante ou para a avaliação da amamentação no primeiro contato com Rn. Como escreve Silva (2000), ainda é predominante o modelo de assistência à saúde que não atende e não fornece para a mulher a rede de serviços qualificados que ela necessita, ainda havendo o desmame por razões facilmente controláveis.

A IUBAAM por meio da mobilização das unidades básicas de saúde (UBS) para a adoção dos “Dez passos para o sucesso da amamentação” (Anexo III), conjuga as suas ações um importante papel de suporte às famílias que, por meio das UBS, em conjunto com os hospitais, pode tornar o AM uma prática universal.

O momento da entrevista mostrou-se como uma oportunidade das profissionais discorrerem sobre o seu ambiente de trabalho e as suas ações cotidianas. Isto possibilitou que elas explicitassem aspectos significativos atinentes ao tema aqui estudado.

Inferre-se que a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno sejam importantes para estas enfermeiras, mas na prática, é mais uma atividade no universo de seu trabalho cotidiano.

Aqui, como nos achados de Marques (2008), as práticas de enfermagem na atenção básica oscilam entre a gerência e a assistência, mantendo-se parcelar e complementar ao trabalho médico. As enfermeiras percebem que em muitas circunstâncias, suas ações a favor da amamentação são mais efetivas que outros componentes da equipe de saúde, mas o acúmulo de funções relatadas parece acarretar em outro problema: falta de tempo para exercê-las adequadamente.

Usualmente, os programas do MS quando coordenados por enfermeiros implicam na confecção de relatórios, requerendo tempo para redigi-los e colocá-los em prática. O trabalho na Rede Básica de Saúde exige além de formação adequada, criatividade e resistência.

Vê-se que é possível a realização de um trabalho efetivo na promoção da amamentação pelas enfermeiras, uma vez que esta categoria é reconhecida como um membro diferenciado a equipe de saúde, com conhecimento científico validado em seus referenciais teórico metodológico e principalmente, no potencial de uma profissão que está encontrando seus caminhos, descobrindo seus desafios e suas estratégias para alcançar metas cada vez mais ousadas e sólidas (SILVA, 2000).

Os dados apresentados neste estudo parecem indicar que a capacitação de profissionais de saúde, seu crescente envolvimento enquanto equipe e a implantação de protocolos institucionais que abranjam todas as unidades são fatores que podem levar a um melhor aproveitamento do potencial já existente nas atuais condições da rede básica de saúde do município de Americana-SP, gerando um melhor desempenho da mesma na promoção, proteção e apoio à amamentação.

## **9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo. *Rev Panam d Salu Public*, jul 2003 vol.14, p.17-24.

Almeida JAG, Novak FR. Banco de Leite Humano: fundamentos e técnicas. In: *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Nutrição e Metabolismo Infantil (SBPediatria, org)* Porto Alegre, 1994, p. 177-192.

Almeida JAG. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ. 2ª reimpressão, 2002, 120 p.

Almeida NAM, Fernandes AG, Araújo CG. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, 2004. [acesso em 3 mar 2007]; Disponível em: URL: em <http://www.fen.ufg.br/revista>

Almeida M. Secretaria Estadual de Saúde promove palestra no lançamento da campanha de amamentação. In: *Informativo eletrônico do Governo do Estado do Espírito Santo*. [acesso 08 mai 2008]; Disponível em: URL: <http://www.es.gov.br/site/noticias/show.aspx?noticiaId=99670325.o>

Americana. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento. *Informativo socioeconômico da Prefeitura Municipal de Americana*, no. 22/2005. [acesso em 22 jun 2007]; Disponível em: URL: <http://www.americana.sp.gov.br>.

Americana. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Vigilância Epidemiológica*, 2006 [acesso em 22 jun 2007]; Disponível em: URL: <http://www.americana.sp.gov.br>.

Americana. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde, 2006 [acesso em 22 jun 2007]. Disponível em: URL: <http://www.americana.sp.gov.br>.

*Amigas do Peito* [acesso em 02 jul 2008]; Disponível em: URL: <http://amigasdopeito.wordpress.com/amigas/>.

Anselmi ML, Duarte GG, Angerami ELS. "Sobrevivência" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Rev Latin-Amer Enf*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001 [acesso em: 24 Fev 2008]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Araújo FM. Situação e Perspectivas do Aleitamento Materno no Brasil. In: Carvalho MR.(Org.). Amamentação-base científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2001.p.1-10.

Araújo LDS de. Querer/ Poder amamentar. Uma questão de representação? Londrina: Ed da UEL, 1997.120p.

Bardin L., 1997. História e teoria. In: Análise de Conteúdo (L. Bardin), pp. 11-46, Lisboa: Edições 70.

Barros FC, Temer TC, Tonioli Filho S ,Tomasi e Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Act Paeditric*.1985, 84:1221-6.

Becker D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família.[Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

Bezerra-Filho JG, Kerr- Pontes LRS, Barreto ML. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. *Rev Brasil Saud Mater Infant*.Recife, v. 7, n. 2, 2007 [acesso em: 04 ago 2007]. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151938292007000200003&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292007000200003&lng=pt&nrm=isso).

Bittar RE, Issler H; Zugaib M. A questão do incentivo ao aleitamento materno no pré-natal. *Ver Gineco Obstetríc*. v.3, n.2, p.91-4, 1992.

Bourdieu P. O poder simbólico, Trad. Fernando Tomaz. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 1998.

Brasil. Portaria no. 780 de 18 de junho de 1990. Ministério da Saúde, gabinete do Ministro da Saúde. Dispõe sobre o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Diário Oficial da União, Seção I, P.848.Brasília (DF), publicado em 20 jun 1990a .

Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990b.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Criança. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº8069 de 13 de julho de 1990. Brasília (DF),1991a.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília (DF); 1991b.

Brasil. Portaria no. 1016 de 26 de agosto de 1993. Ministério da Saúde-Grupo de defesa da Saúde da Criança. Dispõe sobre as Normas Básicas para Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União, Brasília (DF), publicado em 01 set 1993, p.14401.

Brasil. Portaria no. 155 de 14 de setembro de 1994. Ministério da Saúde-Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Estabelece critérios para credenciamento de Hospitais Amigo da Criança. Diário Oficial da União, Brasília (DF), Publicado em 15 set 1994, p.13991.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Prevalência do AM nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.PPAM-CDF,1999. Brasília, DF; 2001a. [acesso em:03 set 2007]. Disponível em: URL: <http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/gotadeleite/01/arqs/pesqnaqprevalencia99.ppt>.

Brasil.Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação.

Câmara de Educação Superior.Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 b.Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [acesso em 21 mar 2008]. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2002. [acesso em: 01 sep 2007]. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=en&nrm=iso).

Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Relatório Consolidado (inicial e dois primeiros periódicos) ao Comitê sobre os direitos da Criança: 1991 a 2002. Brasília (DF) 215p. 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde. Brasília. DF, maio, 2004. [acesso em 29 jul. 2007]. Disponível em: URL: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2004.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2004.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos– Caderno nº 5).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Cidades, 2007. [acesso em 03 fev 2008]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>.

Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. Rev Latin Americ de Enf, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, agosto 2000.

Campestrini S O papel da Enfermagem no Aleitamento Materno, 2006 [acesso em 25 mai 2007]. Disponível em: URL: [http://www.pucpr.br/servicos/programas\\_saude/palma/arquivos/papel\\_enfermeiro\\_aleitamento.doc](http://www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/arquivos/papel_enfermeiro_aleitamento.doc).

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE; Onoko R., orgs. Agir em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Campos Junior D. Seis meses é melhor. Estado de Minas, Belo Horizonte, p. 13 -13,13 jul. 2007.

Ciol R. Políticas Municipais de Saúde em Americana: nível de informação para tomada de decisão.[Dissertação].Campinas (SP): Faculdade de Biblioteconomia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 2001.[acesso em 24 jun 2007]. Disponível em: URL: [http://ambienteaprendiz.bvs.br/pdf/diss\\_ciol.pdf](http://ambienteaprendiz.bvs.br/pdf/diss_ciol.pdf).

Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. v. 9, n. 4, p. 1057 - 1066, 2004. [acesso em 29 jan 2008]. Disponível em:URL: [http://www.nesc.ufjf.br/cadernos/2006\\_3/resumos/lidiane\\_custodio.pdf](http://www.nesc.ufjf.br/cadernos/2006_3/resumos/lidiane_custodio.pdf).

Scorel S. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002. (Relatório final).

Falcão DVS, Salomão NMR.O papel dos avós na maternidade adolescente Estudos de Psicologia.Campinas. 22(2); 205-212. abril - junho 2005. [acesso em 05 mai 2008]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a10.pdf>.

Ferreira MER, Pereira MS, Magalhães SR. Percepções de enfermeiros e gestantes sobre a assistência pré-natal: uma análise á luz de king.Rev Cub Enf. sep.-dic. 2003, vol.19, no.3 [acesso em 08 mai 2008]. Disponible en: URL: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

Feuerwerker LCM, Lima VV . Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: Seixas,PHD. (Org.). Política de Recursos Humanos - Seminário Internacional. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 169-178, 2002.

Galanakis E. History of breastfeeding and medical profession. Lancet. v.354, n.7, p.77-8, 1999.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005 [acesso em: 26 Jan 2008]. Disponível em: URL: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000200015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015&lng=pt&nrm=iso).

Giugliani ERJ. Amamentação: Como e porque promover. Jornal de pediatria. v.70, n.3, 138-47, 1994. [acesso em 26 mar 2006]. Disponível em: URL: <http://www.jpmed.com.br>.

Gomes CC. .Porque as mulheres amamentam prolongadamente. In: BIS: Boletim do Instituto de Saúde. no. 27, ago 2002. São Paulo.SP. [acesso em 4 fev 2008]. Disponível em: URL: [http:// isaude.emdesenvolvimento.com.br/media/File/bis/bis27.pdf](http://isaude.emdesenvolvimento.com.br/media/File/bis/bis27.pdf).

Gusman CR. Os significados da amamentação na perspectiva das mães. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

Helman CG. Cultura, saúde e doença. In: Introdução: A abrangência da antropologia médica. Traduzido por Claudia Buchweitz; Pedro M Garcez. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

HES. Hospital Regional de Sumaré. Disponível em: <http://www.hes.unicamp.br/index.php>. Acesso em 05 mai 2008.

Ichisato SMT, ShimoAKK. Aleitamento Materno e as Crenças Alimentares. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V.9, n. 5, p. 70-6, 2001.

Ichisato SMT, ShimoAKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V. 10, n.4, p.578-85, 2002.

Issler H, Leone C, Marcondes E. Pediatria na atenção primária. 1ª ed. São Paulo: Editora Sarvier; 1999.

Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Jornal de Pediatra, Rio de Janeiro, v.72, p.365-368, 1996.

LAPPIS. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Instituto de Medicina Social – UERJ. BoletIn. Integralidade em Saúde. A Responsabilidade Coletiva da Integralidade. 10-dez-2007 [acesso em 21 Marc 2008]. Disponível em: URL: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=846&sid=20>.

Leite AM, Silva IA. Reflections on breastfeeding counseling from the perspective of human communication. In: Brazilian Nursing Communication Symposium, 8., 2002, São Paulo. Esc Enf Ribeirão Preto, USP [access on: 05 May. 2008]. Available: URL: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000052002000200014&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200014&lng=en&nrm=abn).

Lima VA. O processo de trabalho da enfermagem na atenção básica.[Tese]. Campinas (SP). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Lucas A, Morley R., Cole TJ, Lister G, Lesson-Prayer C. Breastmilk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet, 1992. v. 339, n. 8788, p. 261-264.

Machado MMT. et. col. O programa de aleitamento materno da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Rev da Mater Assis Chateaubriand. v.1, n.1, p.43-46, 1994.

Matsumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998

Marques D. O gênero e o trabalho da enfermagem na atenção básica: percepções das enfermeiras. [Tese], São Paulo (SP) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2008. [acesso em 10 abr 2008]. Disponível em: URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-16042008-142210>.

Martins DM. Consulta coletiva: o espaço da mulher. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 1991. [acesso em: 23 Jun 2007]. Disponível em: URL: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200010&lng=es&nrm=iso).

Martins C et al . Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. Text & Context Enf. Florianópolis, v. 15, n. 3, 2006 [acesso em: 31 Mar 2008]. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300012&lng=pt&nrm=iso).

Millôr F . [acesso em 12 abr 2008]. Disponível em: URL: <http://www2.uol.com.br/millor/>.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.406 p.

Monteiro R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. Rev Pana de Sal Public.2006; 19(5): 354-362.

Nakano AMS. O aleitamento materno no cotidiano feminino.[Tese]. Ribeirão Preto (SP) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1996.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. Jour Human Lact; 2001 17(4): 326-343.

Oliveira MIC, Camacho LAB. Amamentação em Atenção Primária à Saúde. In: Carvalho, MR; Tamez, RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2002.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Breastfeeding promotion, protection, and support in primary health care in the State of Rio de Janeiro, Brazil: a case of evidence-based public health policy. Cadernos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, 2005 [acesso em: 05 Dec 2007] . Disponível em: URL:<http://www.scielo.br/scielo.php>.

Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978. *Relatório final*. Brasília, OMS/UNICEF. 1979

Organização Mundial de Saúde –Fundo das Nações unidas para a Infância- Promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno. Genebra; OMS. 1989.

Osório A. A Geografia Corporal dos Espaços Abertos: reflexões sobre o corpo carioca. In: Os Urbanistas. Revista de Antropologia Urbana. ISSN 1806-0528. Ano 2, 2(1),fev 2005. [acesso em 27 abr 2008]. Disponível em: URL: <http://www.aguaforte.com/osurbanitas2/andreaosorio2005-b.html>.

Paim, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ.; Almeida Filho, N. Epidemiologia & Saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.489-503.

Panigassi G Profissionais de saúde. Conhecimentos e conduta em Aleitamento Materno.[Dissertação].Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 2000.

Parada CMGL et al . Breast feeding in a population attended by the family health program - FHP. Rev Latin-Americ Enf , Ribeirão Preto, 2005 v. 13, n. 3 [acesso em: 23 Jan 2008] Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-).

Percegoni N, Araújo RMA, Santana MMd, EuclidesMP, Tinoco ALA. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. Ver Nutr. Campinas, 2002 v. 15, n. 1 [acesso em 10 mar 2007] Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Primo CC, Laíse CC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. In: Jornal de Pediatria, 1999;Vol. 75, no. 6, 449-455p.

Rattner D. Subsídios para a Avaliação da Qualidade do Processo de Assistência ao Parto.[Dissertação]:São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1991.

Rea MF. Mulher trabalhadora e a prática de amamentar. 2003. [acesso em: 27 Abr 2008] Disponível em: URL: [http://www.aleitamento.com/a\\_artigos.asp?id=1&id\\_artigo=233&id\\_subcategoria=1](http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=233&id_subcategoria=1).

Rea, M F. The pediatrician and exclusive breastfeeding. Jor de Pedia . Rio de Janeiro. Porto Alegre, 2003 v. 79, n. 6. [acesso em: 26 Jan 2008] Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572003000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000600004&lng=en&nrm=iso).

Rio de Janeiro. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES Nº 2673 de 02 de março de 2005. Implanta a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. [acesso em: 05 Dez 2007]. Disponível em: URL: <http://www.saude.rj.gov.br/publicacoes/Res2673.shtml>.

Santos IS, Baroni RC, Minotto I., Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, 2000, v. 34, n. 6, p. 603-609.

São Paulo. Lei estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999.

Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, n.51, 18 mar. 1999. Seção 1, p.1. [acesso em: 29 Jan 2008]. Disponível em: URL:[http://www.sbh.com.br/pdf/etica/DireitosPacientes%20\\_Lei10241-99.pdf](http://www.sbh.com.br/pdf/etica/DireitosPacientes%20_Lei10241-99.pdf).

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. Projeto de Incentivo ao aleitamento materno e manual de informações e instruções para equipes de saúde. São Paulo. 1979;7-17.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. Projeto Amamentação e Municípios. Frequência de AME de crianças menores de quatro meses. São Paulo, 2003. [acesso em 25 Ago 2007]. Disponível em: URL: <http://www.isaude.sp.gov.br/amamu/dados.html>.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. Projeto Amamentação e Municípios. Dados em processo de digitação. Disponível em: URL: <http://www.isaude.sp.gov.br/amamu/dados.html>.

São Paulo. Secretaria de Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade. spdemográfico. Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo. Ano 6 – nº 2 Julho 2005. [acesso em: 08 Mai 2008]. Disponível em: URL: [http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/PDF/junho\\_2005.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/PDF/junho_2005.pdf).

Silva EM, Nozawa MR, Silva JC, Carmona SAMLD. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúd Públic*, 2001, vol. 17, no. 4 pp. 989-998. [acesso em: 26 Jan 2008]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo>.

Silva IA - O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. *Famíl. Saúd e Desenv*, Curitiba, 2001 v.3, n.1, p.7-14, jan./jun. [acesso em: 10 Jan 2008]. Disponível em: URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4951/3767>.

Scherer MDA et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniananas. *Interf- Comunic, Saúd Educ*, 2005 v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.

Siqueira SR. Aleitamento Materno: teses e dissertações produzidas em São Paulo e as políticas públicas. [Dissertação] São Paulo ( SP): Programa de Pós-Graduação em Ciências. Secretaria de Estado da Saúde, 2005.

Souza LMBM. Promoção, proteção e apoio. Apoio? Representações sociais em aleitamento materno [Dissertação] Rio de Janeiro (RJ): IFF/FIOCRUZ; 1996.

Spinelli MGN, Sesoko EH, Souza JMP, Souza SB. A situação do aleitamento materno de crianças atendidas em creches da Secretaria de Assistência Social do município de São Paulo – região da Freguesia do Ó. *Rev. Bras. de Saúde Matern. Infant.* 2002; 2(1):23-28.

Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev de Saúd Públic.*2005, vol.39, no.2 [citado 20 Maio 2005], p.141-147. [acesso em : 29 Jun 2006]. Disponível em: URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200001&lng=pt&nrm=iso).

Talero MG. Avaliação de impacto na população menor de um ano de idade e do processo de trabalho de enfermeira comunitária.[Dissertação].São Paulo (SP):Departamento de Saúde Materno-Infantil da Universidade de São Paulo,1993.

Tessaro S, Béria JU, Tomasi E, Victora CG. Amamentação e câncer de mama: estudo de caso-controle no Sul do Brasil. *Cad Saúd Públic*, Rio de Janeiro, 2003, v. 19, n. 6. [acesso em : 23 Jul 2007]. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000600004&lng=pt&nrm=iso)

Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Editora Atlas, 1992.

Venâncio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *RevBras de Epidemio* 1998;1(1):40-9.

Venâncio SI. Dificuldades para o Estabelecimento da Amamentação: O Papel das Práticas Assistenciais das Maternidades. *Jornl Pediat*, 2003, 79 (1): p.1-2. [acesso em : 22 Dez 2005]. Disponível em: URL: [http://www.jpmed.com.br/conteudo/port\\_resumo.asp?varArtigo=927](http://www.jpmed.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=927).

Volpini CCA; Moura EC. Early weaning determinants in a district of Campinas, Brazil. *Rev Nutri*, Campinas, 2005, v. 18, n. 3 [acesso em : 30 Mar 2008]. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000300003&lng=en&nrm=iso).

World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an expert consultation. Geneva, Switzerland, WHO,2001.[acesso em: 01 Set 2007]. Disponível em: URL: [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CAH\\_01\\_24.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_24.pdf).

Yamamoto RM. Um modelo de ensino para médicos residentes na área de pediatria comunitária: a visita domiciliar contribuindo para uma formação profissional mais abrangente. *Rev de Pediat*.20(3): 172-8; 1998.

Zobolo E.Limiar da Vida na Atenção à Saúde. *Cogitare Enf*, América do Sul, 12 20 12 2007.

## **10- ANEXOS**

## ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP, 23/10/07.  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 733/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 3206.0.000.146-07

### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO:** “ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A AMAMENTAÇÃO”.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Patrícia Helena Breno Queiroz

**INSTITUIÇÃO:** Prefeitura Municipal de Americana

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 08/10/2007

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 23/10/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

### II - OBJETIVOS

Estudar a participação de enfermeiras em atividade de promoção do aleitamento materno na rede básica de atenção à saúde de Americana, identificar as ações de promoção do aleitamento materno e caracterizar as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras.

### III - SUMÁRIO

Estudo exploratório descritivo, onde será realizada entrevista gravada para 20 enfermeiras das unidades da rede básica de saúde de Americana sobre aleitamento materno e sua atuação como profissional.

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Protocolo simples e adequado, para dissertação de mestrado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é simples e objetivo. Orçamento previsto de R\$ 3.000,00 com material de consumo e permanente (computador) que será custeado pela pesquisadora.

### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -



## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de outubro de 2007.

  
**Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## **ANEXO II- Dez passos para o sucesso do aleitamento materno**

- 1** Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
- 2** Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
- 3** Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
- 4** Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora pós parto.
- 5** Mostrar às mães como amamentar e como manter as lactações, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6** Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
- 7** Praticar o alojamento conjunto e permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8** Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
- 9** Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
- 10** Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório.

### **ANEXO III - Iniciativa unidade básica amiga da amamentação - dez passos para o sucesso da amamentação**

Todas as unidades básicas de saúde que oferecem serviço pré-natal e de pediatria e/ou puericultura devem:

- 1- Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
- 2- Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
- 3-Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
- 4-Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
- 5-Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
- 6-Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 7-Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
- 8-Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- 9-Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
- 10- Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

## **11- APÊNDICES**

## APÊNDICE I - Roteiro de Entrevista

1- Identificação

Nome:

Idade:

Unidade:

Função na unidade:

Quais são as suas atribuições?

Tempo de trabalho na rede pública do município:

Tempo de trabalho na unidade

Faculdade:

Tempo de Formada:

Especialização:

2- Fez algum treinamento específico em AM?

Sim. Qual?

Não.

Não lembra.

3- Desenvolve atividades com gestantes?

Sim

Não. Por quê ?

Qual?

4- Participa de atividades educativas em AM?

Sim. Onde?

Não. Por quê?

5- A equipe de saúde da unidade desenvolve ações de promoção à amamentação?

Sim. Qual?

Não. Por quê?

Quem as realiza?

6- Quais atividades referentes ao manejo de AM são desenvolvidas no pré-natal?

7- Quais técnicas referentes ao AM você orienta?

8- Desenvolve atividades com puérperas?

Sim

Não. Por quê?

Qual?

9- Desenvolve atividades com recém nascidos?

Sim

Não. Por quê ?

Qual?

10- Qual a idade dos bebês na primeira consulta na unidade?

11 - Recebeu orientações sobre o manejo da amamentação durante a graduação?

Sim

Não

Quais?

12- Tem filhos?  
Sim. Quantos? Não

13- Amamentou?  
Sim. Por quanto tempo? Não  
Como foi?  
Problemas?

14- Há atendimento à nutriz com dificuldades na amamentação? Quem o assume?

15- Tendo em vista todos os programas de incentivo, os estudos que comprovam a superioridade e adequação da prática de aleitamento materno, o que você crê q faltar para ser evitado o desmame precoce e aumentar o período de AME?

## APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, residente Rua/Avenida: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, complemento: \_\_\_\_\_,  
Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, estou devidamente informado(a), esclarecido(a) e concordo em participar, livre e espontaneamente, da pesquisa intitulada “ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA E AMAMENTAÇÃO”, proposta pela aluna de pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Patrícia Helena Breno Queiroz, sob orientação da Doutora Márcia Regina Nozawa. A pesquisa tem por objetivo estudar a participação das enfermeiras na promoção do Aleitamento Materno na rede básica de atenção saúde de Americana. Para cumprir tal objetivo, estou ciente e concordo em conceder entrevista visando responder o roteiro de perguntas proposto. Concordo também que a entrevista seja registrada com equipamento de áudio-gravação. Tenho a garantia de que a minha participação na pesquisa não acarretará quaisquer ônus ou prejuízos pessoais, e estou ciente de que tenho plena liberdade de desistir dela se assim me for conveniente. Para dirimir quaisquer dúvidas tenho à disposição o contato com as pesquisadoras pelos telefones: (19) 3521-8820, 3521-8822 ou 96256282, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp, pelo telefone: (19) 35218936.

Americana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora **Patrícia Helena Breno Queiroz**

\_\_\_\_\_  
Orientadora Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>.Márcia Regina Nozawa

## APÊNDICE III – Apresentação das Enfermeiras Participantes

### 1- EIV

Tem menos de 30 anos, é formada há um ano e 11 meses em uma Universidade Estadual e não é especialista. Solteira, não tem filhos. A família permaneceu na cidade de origem, Ponta Grossa. Refere que suas atribuições na unidade são coordenar a equipe de enfermagem e os ACS, participar de “grupos”, consulta de Enfermagem de pré – natal e puericultura. É concursada há um ano na rede pública e tem o mesmo tempo nesta unidade, modelo PSF. Conta que na graduação participou de um curso sobre AM, os Amigos do Peito, no hospital da UNIMED. Durante seu curso, as disciplinas falavam mais de pré-natal e assistência ao parto, mas incluíam também o AM. Depois que veio trabalhar aqui não fez curso nenhum, porque aqui “ninguém faz nada”. Faz grupo com gestantes, mas não tem adesão das mesmas. Não faz nenhuma atividade educativa além dos grupos, só fala do assunto quando as mães perguntam. Quando o bebê nasce faz uma visita domiciliar e aí reforça o que foi dito no hospital, verificando a pega e ensino a ordenhar. Nas consultas de puericultura fala novamente. Acredita que quando os grupos tiverem participação médica a adesão melhorará. Não faz atividades com puérperas, mas as pacientes sabem que o posto é uma referência para atendimento de intercorrências, mas algumas não entendem porque são burrinhas e não acreditam na sua conduta, procurando o pronto socorro do hospital municipal. Acha que os baixos índices de AME são porque a licença gestante é curta e as mães têm que voltar a trabalhar. Diz que ensina a estocar o leite da ordenha, mas elas (as mães) acham muita trabalhadeira. Vim a este posto para entrevistar outra enfermeira, mas como ela estava atrasada, fui atendida por ela, que me pareceu algo enfadada, não sei se com a entrevista ou se com o trabalho.

### 2- EIII

Tem menos de 30 anos, formada há 10 meses por uma faculdade particular em Campinas, não é especialista, mas pensa fazer Saúde Pública ou Obstetrícia. Solteira, não tem filhos e permanece morando em Campinas. Apresentou-se como Enfermeira da família, cujas atribuições são assistencial, burocrática, coordenar os ACS (12), a equipe de enfermagem (dois TE) e fazer visitas domiciliares. Concurada trabalha há seis meses na rede pública e quatro meses nesta unidade. Na faculdade participou de uma monitoria em AM e também de treinamentos para a IHAC porque foi voluntária. Teve uma professora bastante empenhada em AM, a M.A.G., que na (disciplina) saúde do binômio só falava de AM. Aqui faz consulta de pré-natal intercalada com o médico e grupos de gestante e planejamento familiar, com pouca participação porque acha que as mulheres não podem deixar o trabalho para além da consulta vir no grupo. São três encontros e em um deles fala sobre a AM. Hoje há 14 gestantes e quando bebê nasce, faz a visita. Crê que o “bicho pega quando a gente tá em casa com o bebê, por mais que tenha sido orientado antes”. Seu grupo é de quinta às 15:30 horas e quando é escalada vai ao hospital acompanhar a visita das gestantes para visitar a maternidade que é o último dos quatro encontros, entretanto, no mês passado, só apareceram dois gestantes do total das gestantes do município. Acha que as orientações que são passadas na consulta de pré-natal são as que funcionam melhor. Não há outra atividade educativa em AM e acha que aqui ninguém mais se ocupa disto. As avós ensinam a usar bombinha, mas ensina a ordenha manual. Trouxe um cartaz da faculdade que ensina a armazenar o leite. A consulta de enfermagem de puerpério é mais ou menos com 40 dias e fala de

contracepção e planejamento familiares. Faz consulta de puericultura e colhe PKU com o bebê de mais ou menos cinco dias. Considera que as mães sabem que se tiverem dificuldades em AM podem procurar as enfermeiras. Se a situação for considerada muito grave, é encaminhada pro médico. Acha que as mulheres consideram mais fácil dar mamadeira e as avós estimulam isso. Diz que as adolescentes têm preocupação com a estética e com os namorados, porque eles têm nojo do leite. À volta ao trabalho é uma experiência ruim que também pode interferir no AM. Relata que alguns profissionais o não sabem ou não querem orientar direito. Muito simpática, demonstra alegria em trabalhar aqui. Chegou atrasada para a entrevista, mas justifica-se docemente.

### 3- EIX

Tem menos de 30 anos é formada há dois anos por uma faculdade particular de ARARAS-SP e especialista em Atendimento Pré Hospitalar. Viaja todos os dias até Americana. Solteira, não tem filhos. Concursada, trabalha há um ano e seis meses nesta unidade e o mesmo tempo na rede pública. Informa que sua atribuição é a educação em saúde. Diz que gostava de PSF durante estágio curricular e está gostando muito do meu primeiro emprego. Não tem atividade de grupo na unidade porque não há espaço físico. Sua equipe é composta por um técnico de enfermagem (TE), um auxiliar de enfermagem (AE) e 10 agentes comunitários de saúde (ACS). Ela alterna as consultas de pré -natal com a médica e nessas ocasiões orienta sobre os aspectos gerais da anatomia e fisiologia da mama na gestação, o parto, planejamento familiar e AM. Faz visita domiciliar no puerpério e colhe PKU com mais ou menos sete dias de vida do bebê. Acha que estudou AM em pediatria, mas também lembra de ter visto no estagio de PSF. Se a mãe tem dificuldade, a atende e se precisar encaminha para o médico. Acredita que as mulheres têm falta de vontade de amamentar e que a mídia reforça muito o corpo perfeito e o faz com que deixem de amamentar. “Aqui tem muita adolescente que sofre influência do namorado e da avó pra dar mamadeira.”Perdi-me e cheguei atrasada. Está feliz com o trabalho.

### 4- EXI

Tem menos de 30 anos e é formada há três anos em Votuporanga-SP e especialista em enfermagem do trabalho. Como é muito longe, sente falta da família que ficou lá. Solteira, não em filhos. Relata que sus atribuições são a de coordenação, assistência, triagem, puericultura e realização de grupos. É concursada, trabalha aqui há nove meses e está há três meses nesta unidade. Não lembra de ter feito treinamento recente em AM, mas seu TCC foi sobre a capacitação de profissionais na prevenção do desmame precoce, por isso gosta muito do tema. Faz a primeira consulta de pré- natal e intercala as outras com o médico gineco-obstetra até o ultimo mês. Diz que fala sobre AM nos grupos e nas consultas. Prefere demonstrar a posição e a pega quando elas voltam para o puerpério (40 dias). Marca esta consulta quando faz visita domiciliária após o parto. Também intercala as consultas de puericultura com o médico e colhe PKU com mais ou menos sete dias de vida do Rn. Na graduação teve aulas sobre AM na disciplina de Saúde da mulher. As mulheres são informadas que se tiverem problemas com AM podem procurá-la e se ela não resolver, manda para o médico. Acha que há um desinteresse pela prática da AM e falta apoio doméstico. A unidade PSF é nova e tem bastante espaço físico, mas o lugar é triste. As recepcionistas não “enxergam” as pessoas. Esperei alguns minutos e fui recebida por uma moça com ar cansado.

## 5- EVI

Tem mais de 40 anos, formada em uma escola pública do interior de SP há 17 anos. É especialista em PSF e fez licenciatura. Tem um filho de 12 anos que foi amamentado até um ano. Lembra que foi difícil no começo, mas depois foi uma experiência única. Mora em Americana há 13 anos. Relata muitas atribuições como o atendimento da clientela, avaliação e fornecimento de material para ostonizados (de toda a cidade), vacina (BCG para Rns que não nasceram na rede), coleta de exames e grupos de usuários. Trabalha na rede e na unidade há sete anos, fez concurso e permanece no mesmo posto. Conta-me que no ano passado participou de um evento sobre AM no Hospital de Sumaré, por iniciativa própria e que foi muito legal. Foi porque acha importante se reciclar. Este mês fez alterações nas agendas dos grupos para melhorar a adesão. As gestantes fazem grupo de sala de espera, antes da consulta do GO. Costuma convidar também as gestantes dos convênios, que não tem esse espaço. Este posto é uma unidade básica, localizada no centro da cidade e normalmente utilizada por usuários de convênios para a vacinação. Quando vem tomar vacina de tétano são convidadas e costumam aderir. Entende que o serviço é pra todos os munícipes. Usa o material que emprestei para copiar (mamas de crochê) e sempre ganha algo de mães que não usam mais, como as conchas para ordenha. Além dela, as TEs também falam porque nem sempre está disponível para este grupo, porque há muitos outros. Não atende puerperas por falta de tempo, mas a equipe de enfermagem está disponível no atendimento de intercorrências. Já teve a participação e uma relactação adotiva, porque a mãe se interessou e era muito disponível. Não faz puericultura, mas faz BCG e colhe PKU. As crianças vêm com mais ou menos três dias e aproveita pra ver como a AM acontece. Acha que é aí a melhor hora de ajudar, quando ocorre o AM na prática. Na graduação teve muita orientação sobre AM por causa do NALMA. Amamentou o filho com muito esforço nos primeiros três meses porque acha que a mãe tem que se sincronizar com o bebê e isso leva tempo. Depois disso ele mamou mais de um ano. Acha que é preciso conscientizar os empresários para o AM porque muitas mulheres voltam a trabalhar muito cedo e ficam preocupadas em desmamar. Nem todas conseguem armazenar e continuar amamentando. Acha que a gente faz a nossa parte e que elas querem, mas a vida é muito difícil no dia a dia. Muito sorridente e disponível. O posto é muito cheio e agitado, mas todos demonstram estarem felizes com o trabalho.

## 6- EXVIII

Tem mais de 30 anos e é formado pela Universidade Federal no interior de SP há 10 anos, pai de dois filhos que foram amamentados. Concursado tem quatro meses de serviço na rede e nesta unidade. Não é especialista. Vive em Piracicaba-SP com a família. Morava em São Paulo, mas optou viver no interior, mesmo considerando que o salário é muito ruim. Relata como atribuições a coordenação, a assistência e educação continuada.

Não teve nada recente em AM e no momento não iniciou os grupos de usuários. A SSA exige que haja grupo de usuários, mas estes têm muita baixa adesão. Acha que os grupos não atendem as expectativas de todos porque tem gente que tem vergonha de falar em público. Diz conhecer unidades que fazem grupos com o médico trocando receita pela presença, e considera isso um erro. Faz consulta de enfermagem para gestantes, mas acha que elas preferem o médico porque por ser homem causa estranheza nas usuárias. Quando consulta, aproveita e faz orientações individuais sobre AM e só faz

orientações educativas quando solicitado por elas, se elas tem dúvida como, por exemplo, do peito ser pequeno e o bico invertido. Não faz consulta de pré -natal nem de puerpério. Quem colhe PKU é a TE e Rn chega aqui com quase 15 dias. Se lhe perguntam, fala do colostro, da pega e do preparo da mama. As usuárias sempre aparecem com algum questionamento e atende todas a qualquer hora, elas sabem que é só aparecer. Só lembra de AM na graduação quando fez estágio na maternidade. Seus dois filhos foram AM porque insistiu muito com a esposa. Ela teve fissura e mastite, estava cansada , mas continuou até seis meses. Evita encaminhar as pacientes para o GO porque ele é “horrível”, desatualizado e faz as mães desistirem de AM. Procura resolver os problemas pessoalmente. Acha que as pessoas sofrem interferências externas, maus “conselhos e tem idéias pré-concebidas sobre a estética corporal, o peito e o AM. Considera que os profissionais não falam a mesma coisa o que as deixa confusas. Também tem o trabalho fora de casa que é um agravante para deixar de mamar”.Muito falante e gentil, me recebeu imediatamente após o contato telefônico. Levou-me a conhecer e unidade e é o único que me ofereceu um café e me apresenta aos outros membros da equipe. Refere problemas com o administrador da unidade, e não está feliz com a equipe médica, que considera pouco comprometida.

#### 7- EVII

Tem menos de 30 anos, formada em uma faculdade particular na cidade de São Paulo-SP há três anos. Não fez especialização. Trabalha na rede há três anos e está há um ano e três meses neste posto.Casada, ainda não tem filhos. É da região, mora em Nova Odessa-SP. Descreve como suas atribuições “tudo”. Seu trabalho nesta unidade é de coordenação do serviço de enfermagem, a assistência ao paciente, como nos curativos, a sistematização da assistência de enfermagem e a prevenção,o trabalho com os grupos. Também faz a administração predial. Eles (a SSA) não gostam que se fale sobre isso porque há um gerente administrativo que deveria cuidar destas questões, mas “sobra é pra enfermeira mesmo”. Não fez nenhum treinamento recente em AM. Suas atividades com gestantes se restringem aos grupos, mas tem baixa adesão. No grupo fala da gestação e do parto, do planejamento familiar e dos cuidados com o Rn e a AM. Os grupos existem desde 2002 e usa os seus conhecimentos na abordagem dos temas. A equipe de enfermagem ajuda (ITE/IAE), mas os médicos, na sua opinião, são pouco atuantes neste sentido. Tem uns modelos de mamas e também ensina a posição, a “ordenha”, que considera uma palavra ruim. Prefere pega. Não atende puérperas, mas colhe PKU com mais ou menos 10 dias. Aproveita para checar a AM. Se for preciso, atende as intercorrências. Para cada grupo usa recursos diferentes. Como fez o curso da IHAC na graduação, mostra um vídeo sobre o tema. Nenhum outro profissional se mobiliza em tratar das questões do AM. Acredita que o GO e a pediatra falam um pouco nas consultas. Acredita também que falta informação às mães e aos profissionais. O retorno ao trabalho também é um fator para o desmame. O pediatra não apóia o AME, sugerindo complementos. Quando cheguei, a recepcionista a solicitou aos gritos, o que me pareceu desrespeitoso. Havia uma TV ligada com o som muito alto, o que nos levou a mudar de lugar para a entrevista. Ela não me pareceu feliz ou comprometida.

## 8- E II

Tem mais de 30 anos, é separada, sem filhos. É formada em faculdade particular de Jaguariúna- SP há dois anos. Trabalha na rede e nesta unidade há nove meses, mas pediu para ser transferida porque a equipe não a respeita. Refere ser responsável técnica (RT) da unidade e ter como atribuições a administração da mesma. Mudou-se para Americana recentemente e está triste porque por “pressão” teve que abandonar seu outro emprego, de muitos anos como TE (oito anos) em Jaguariúna. Fez um treinamento em AM ano passado quando estava na Maternidade de Campinas porque o hospital onde trabalha estava se organizando para a IHAC. No posto atende a primeira consulta de Pré-natal com a presença do acompanhante e faz um “mini-curso” de três encontros para falar da gestação, parto e puerpério, do AM e seus benefícios, técnica e possíveis problemas. Mas tem baixa adesão porque a população é muito carente e não vem. Não atende puérperas porque refere não ter tempo. Também não atende Rns, mas este vem colher PKU com mais ou menos 15 dias. Na graduação estudou AM dentro da disciplina Saúde da Mulher. Se houver necessidade em atender puérperas com problemas na AM, ela ou as “meninas” (um TE /um AE) atendem. Acha que os baixos índices de AME são porque existe interferência negativa das avós ou outras pessoas ou porque a gestante já tem uma idéia pessoal do que ela quer fazer sobre o AM. Na entrevista, fico aguardando por 20 minutos porque ela está reunida com o clínico. Muito agitada, a unidade é aparentemente desorganizada e os usuários estão infelizes. Fica sistematicamente se queixando do trabalho e da remuneração ruim.

## 9- EXV

Tem 30 anos e é formada em faculdade particular de São José do Rio Preto-SP há três anos. Trabalha na rede e nesta unidade há um ano e três meses. Mora em Campinas com a irmã e sobrinhos. É especialista em Enfermagem do Trabalho e também trabalha no SAMU de Campinas. Refere coordenar as atividades de enfermagem e administrativas da unidade, que funciona como um pronto atendimento de 24 horas. Conta-me que esta região da cidade tem mais ou menos 10.000 pessoas e esta unidade funciona como um pronto socorro (PS) além de posto. São 24 horas de maior movimento e basicamente ele “apaga fogo”. Irá receber outra enfermeira que vai ficar com a parte de posto logo mais. Hoje a equipe tem 13 funcionários, entre TE/AE que atendem simultaneamente o PS e o posto. Seu trabalho se concentra basicamente no PS e apesar da pressão da SSA não faz grupos porque é um só. Não se lembra de ter tido treinamento em AM, só na graduação, acha que no estágio de pediatria e de PSF. Acredita que o GO fale de AM no pré-natal. Acha que os Rns vem colher PKU com mais ou menos sete dias. A TE que os colhe. Se aparecer alguém com problema de AM encaminha para o GO. Acha que a população não é alcançada com a qualidade necessária de orientação para evitar o desmame. Ela é muito carente e precisa trabalhar (eles falam aqui “de serviço”) e tem medo de ficar desempregada. Elas (as mães) já chegam aqui preocupadas com isso. A unidade não está adaptada às necessidades da população. Recebe-me cordialmente. Foi a entrevista mais difícil de conseguir (três contatos telefônicos). Está muito cansado, porque precisou dobrar o plantão nesta noite por falta de funcionários. A unidade está lotada, mas as pessoas parecem satisfeitas.

#### 10- EI

Tem menos de 30 anos e é formada em uma faculdade particular de Campinas- SP há um ano e meio. Especialista em gestão em enfermagem, trabalha aqui há um ano e dois meses. Mora em Nova Odessa-SP com o noivo. Conta que são suas atribuições às consultas, a assistência de enfermagem e a administração da unidade. É a única enfermeira na unidade que funciona como um pronto atendimento de 24 horas e por isso o trabalho é muito corrido. Atende a população, faz consulta de enfermagem e procedimentos, como a coleta de papanicolau e curativos (Bota de Ulna), contato diário com os diabéticos. Não faz grupo porque não “dá conta de tudo sozinha. As gestantes são convidadas a fazer o grupo no posto Liberdade. Faz a primeira consulta de pré-natal, ECG, PA, medicação e considera não ter funcionários suficientes para delegar (são dez ao todo). O posto irá separar-se do PS e aí espera outra enfermeira. Trabalhou quando recém formada na CMC do Hospital da PUC, mas depois do concurso não deu pra conciliar os horários com a especialização. Gosta muito de pediatria, mas seu pai não pode mais sustentá-la, então, parou de estudar. O posto dá oportunidade de usar a especialização de gestão. Lá na PUCC fez parte de um grupo” Amigos da AM “. Visitava as puérperas no AC uma vez por semana e depois consultava no ambulatório, checando as dificuldades. Quando faz a primeira consulta de pré-natal , que tem mais ou menos uma hora de duração, fala de AM. Usa o material graduação. Refere que no posto mais ninguém trabalha a AM.. Diz que não fica mais triste com as coisas que não pode mudar, mas está muito feliz porque o PS vai se separar do posto e que o trabalho vai ficar melhor. Ela não trabalha com as puérperas, mas colhe PKU com mais ou menos três a sete dias. Na graduação teve uma professora que era ferrenha defensora do AM. Algumas colegas até não gostavam. Pensa que se as mães tiverem algum problema elas procurarão a unidade. Acredita que para melhorar os índices é preciso ajudar no entendimento das informações. Diz que os hábitos antigos, o preconceito das adolescentes por causa da mudança do corpo e os fatores externos também interferem. A equipe estava alegre, mesmo muito atarefada. Não tínhamos sala para conversar, mudamos várias vezes sem perder o fio da meada.

#### 11- EXIV

Tem menos de 30 anos é formada em uma faculdade particular da capital- SP há cinco anos. Trabalha na rede há um ano e três meses, estão na unidade há cinco meses. Tem três filhos e os amamentou. Não terminou a especialização em PSF. Conta que suas atribuições incluem a coordenação da unidade, o programa Saúde da Mulher, o atendimento ao Rn de baixo risco, a pré consulta, vacinas, coleta de exames, Hipertensão e Acolhimento. Veio com a família de Bertioga porque passou no concurso. Lá também trabalhava em PSF, mas não era efetiva. Não fez curso recente em AM. Não terminou a especialização em PSF porque o enfoque não era enfermagem e sim gestão de serviços. Aqui faz grupo de gestante e orientação individual na primeira consulta de pré-natal. É responsável pelo programa de planejamento familiar do município e isso a fez querer fazer obstetrícia. Procura preparar a gestante para cuidar da mamas, do bico e fala da importância do AME, das intercorrências como a rachadura e a dor. “Porque dói né? Não adianta dizer que não porque eu amamentei três e sei que é difícil”. Quando as mulheres a procuram com dificuldades ela compartilha sua experiência pessoal, fala pra não desistir e que com o tempo se acostumaram. Também fala dos mitos e no puerpério verifica se estão fazendo o que foi ensinado no hospital. Ninguém mais fala de AM na

unidade. Colhe PKU e faz vacinas. Os bebês chegam com mais ou menos 10 dias. Se acontecer das mulheres terem problemas, elas podem procurá-la e se for preciso, serão encaminhadas para o GO. Acha que a população é influenciada por mitos e que as famílias nem sempre tem uma boa influência, a mídia do corpo em forma, a propaganda de alimentos enriquecidos também atrapalha. Parece-me muito dura, esforçando-se para parecer simpática. Não está feliz. O posto está vazio.

#### 12- EX

Tem menos de 30 anos e foi formada em uma faculdade pública de São Paulo- SP há dois anos. Fez especialização em Cardiologia no Incor – SP. Voltou para a região porque viver em São Paulo é muito caro. Vive em Santa Bárbara D'Oeste-SP com os pais. Trabalha na rede há um ano e meio e está nesta unidade há um ano e três meses. Refere como suas atribuições a consulta de enfermagem, triagem de pacientes, curativos, organizar os grupos de usuários da unidade, supervisão da equipe de enfermagem, composta por uma TE e uma AE e a resolução dos problemas cotidianos. Diz estar aqui porque passou no concurso, mas está estranhando muito o retorno a casa dos pais. Não fez treinamento específico em AM, mas desenvolve o tema no grupo de gestantes nos três encontros que promove. Atualmente tem um grupo com 12 gestantes, mas ele é muito flutuante. Como atividade educativa no grupo, fala dos cuidados com a mama na gestação e na AM. Convida-me para participar de um encontro a se realizar na semana seguinte, quando irá falar de AM e cuidados com o Rn. Conta-me que há uma fonoaudióloga atendendo as terças e que ela também fala sobre o AM. As puérperas com dificuldades em AM. são atendidas pela equipe de enfermagem. A primeira consulta de puerpério é com 30/40 dias. Colhe PKU, os Rns vem com quase sete dias e aí também aproveita para verificar se a amamentação está dando certo. Teve disciplinas na graduação que falavam de AM na graduação como Saúde da mulher e da criança. Acredita que os baixos índices de AME são devido à falta de interesse pessoal das mães, aos pediatras que receitam complementos, à falta de treinamento dos profissionais, falta de espaço físico adequado para trabalhar com os grupos e no seu caso, ser sozinha e não poder ficar fazendo um trabalho de sala de espera. Volto para assistir o grupo que começa com uma hora de atraso por falta de sala. Cerca de 12 pessoas se espremem em um consultório. Há três pais acompanhando o grupo. São abordados os cuidados com o Rn e em uma hora de explanação, o AM é explorado por 20 minutos. A enfermeira estimula a fala das mulheres que já amamentaram, que referem, ter tido experiências boas e ruins. Os demais funcionários da equipe não parecem envolvidos com o grupo.

#### 13- EXII

Tem mais de 40 anos, é casada e tem dois filhos. Mora em Piracicaba-SP e trabalha na rede há um ano e três meses, sendo seis meses nesta unidade. Formada há dois anos nas Faculdades Einstein em Limeira-SP, não terminou a especialização em PSF. Apresenta-se como enfermeira da família e consideram suas atribuições a coleta de exames, a consulta de enfermagem, a coordenação dos ACS e a visita domiciliar aos usuários. Diz não ter tido treinamento em AM. Faz a primeira consulta de pré-natal, mas não dá seguimento porque a unidade conta com dois GOs. Refere que agora pode se dedicar mais aos grupos e o PSF porque está dividindo a unidade com outra enfermeira, que irá responsabilizar-se pelo pronto atendimento, que funciona 24 horas nos fins de semana. Recentemente iniciou, juntamente com uma estagiária da Faculdade de

Enfermagem de Americana um grupo de gestantes, mas a adesão é baixa. A frequência está sendo estimulada com o sorteio de brindes. Hoje tem 11 gestantes participando. Os grupos são fora do horário das consultas e ainda não há material para demonstração. Quando aborda o AM no grupo, fala da importância, dos mitos, da alimentação da mãe, sucção e estimulação da descida. Faz visita domiciliária às puérperas e verifica se está dando certo, mas só volta a vê-las cerca de 30 dias depois para consulta de coleta de citologia e falar da contracepção. Verbaliza que quem ia complementar, já começou. Não colhe PKU, mas os bebês vêm com mais ou menos sete dias. Lembra de ter estudado AM em saúde da mulher e da criança. Amamentou seus filhos e lembra de ter sido legal. Ela teve problemas com mastite, fissuras, mas continuou amamentando até voltar a trabalhar. Acredita que ter experiência pessoal com aleitamento faz diferença. Se elas têm problemas podem vir aqui e a equipe de enfermagem atende e se for preciso elas encaminham para os GOs. Refere que a baixa escolaridade e a influência de parentes e vizinhos é um fator que atrapalha o AME. Diz empenhar-se em ensinar e “perde” de dez a quinze minutos estimulando as puérperas que estão na unidade. “Parece que elas querem amamentar, mas desistem no meio do caminho.” Não está feliz com o emprego, porque viaja todos os dias e o salário não é bom. Passou muito tempo da entrevista se queixando. Disse ser mais feliz quando trabalha como técnica em Piracicaba.

#### 14- EV

Com menos de 30 anos, é formada em Araraquara-SP há dois anos e não é especialista. Está na rede e neste posto há uma nano e três meses. A família ficou na cidade de origem (seis horas daqui), mora sozinha e sente saudades de casa. Ela acredita que além de coordenar a equipe de saúde, procura promover a saúde dos usuários. Colhe prevenção, faz vacina, triagem, grupos e outros procedimentos, mas basicamente muita orientação em saúde. Coordena uma equipe com equipe tem um TE e um AE. Não recebeu treinamento específico em AM depois de formada. Crê que os grupos de gestantes tem baixa adesão porque não há médico ginecologista na unidade. Ela faz a primeira consulta, mas o pré-natal é feito na unidade vizinha. Ela acha que a baixa adesão é flutuante, às vezes ela vê m ou não. Aparentemente não há envolvimento. O grupo de usuários coordenado pelo clínico é sempre cheio, talvez porque ele faz as receitas em troca de presença. No momento está sem grupo. Nos grupos fala mais da gestação e do parto que do AM. Só há um reforço em um dos três encontros. Aqui não há mais nenhum profissional interessado, mas acha que se vier um GO, a TE pode se interessar também. Ela fala que a mulher tem que querer. “Quando ela quer, ela pode”. Fala mais dos benefícios da amamentação na coleta de PKU, com cerca de sete dias e aproveita para reforçar as técnicas. Na graduação não trabalhou com AM. Acha que teve o conteúdo em ginecologia-obstetrícia. Nunca recebeu ninguém com problemas na lactação, mas se vierem as atenderá. Imagina que a baixa adesão ao AME e os baixos índices ocorrem porque as mulheres trabalham ou precisam voltar ao trabalho. Até fala sobre a ordenha, mas elas não parecem se interessar. Fala bem e parece um pouco triste com a aparente falta de interesse dos usuários pelos grupos. Está triste e a unidade é triste também.

#### 15- EXIX

Tem menos de 30 anos, mora com a família em Paulínia-SP. Conta-me que veio trabalhar aqui porque foi o que apareceu. É formada em uma escola particular de Campinas-SP há dois anos. É especialista em Atendimento Pré-Hospitalar. Está na rede e neste posto há quatro meses. Refere como atribuições o atendimento aos usuários, os grupos e “tudo”. Não fez treinamento recente em AM, teve muita coisa na PUC porque sua professora, M.AG. “morria” de falar nisso. Tem um grupo lá chamado “Amigas do peito”. Aqui ela faz a primeira consulta de pré-natal para o diagnóstico e também colhe papanicolau. Agora está começando os grupos na unidade. Irá começar com o Hiperdia e deixar os outros pra depois. A pediatra nova parece interessada no assunto. Só faz orientação se alguma puerperal a procura. Faz vacina e colhe PKU. As crianças vêm com quase 20 dias. Acredita que as mulheres não têm paciência para amamentar e a propaganda não ajuda. Também crê que muitas desistem porque os maridos que tem nojo. Chegou atrasada e chorando. Pediu desculpas, mas tinha brigado com a mãe. Bate a porta da sala e reclama que a equipe é muito fofoqueira. Posto tenso.

#### 16- EXII

Com menos de 30 anos, é formada em uma escola pública de Ribeirão Preto-SP há dois anos e especialista em UTI neonatal. Está na rede há um ano e três meses e neste posto há três. Descreve como atribuições a coordenação da equipe de enfermagem e o atendimento ao usuário. Não tem treinamento recente em AM. Aqui desenvolve grupos de orientação para as gestantes. Aí fala da importância do AM. Não atende puérperas, mas colhe pezinho com mais ou menos 10 dias. Crê que dá pra ter uma noção se o AM está caminhando. Na graduação teve muito AM por causa do NALMA. Ainda não atendeu nenhuma mãe com problemas. Ela acha que as mulheres não procuram ajuda, por isso a adesão dos grupos é ruim. E que elas desistem logo, principalmente por causa do emprego. Muito tímida, a entrevista foi muito truncada. O posto parece prescindir dela.

#### 17- EXVII

Tem 30 anos e é formada em Uberlândia-MG há quatro anos. Veio para cá devido ao concurso. O marido também veio. Pensa em fazer PSF, mas ainda não tem recursos financeiros para isto. Está na rede e nesta unidade há um ano e dois meses. Apresentou-se como Enfermeira da família e suas atribuições são a coordenação da equipe de PSF, a consulta de enfermagem e a visita domiciliar. Não fez treinamento recente em AM. Atende gestantes, puérperas e Rns. Faz consultas de pré-natal intercaladas com o GO e grupos. Esse é seu primeiro grupo aqui e tem seis gestantes. Ainda não abordou o tema. Na visita domiciliar aproveita para ver como as coisas estão indo porque nas consultas é abordada mais a questão do planejamento familiar. Faz puericultura, vacina, colhe PKU por volta de 10 dias de vida. Se os ACS percebem que a mulher está com dificuldades eles já intervêm e se for preciso ela vai visitá-la. Nunca recebeu ninguém com problemas. Ela acha que culturalmente não há disposição pra amamentar. Isso é mais forte do que o que o ensinado. Também muitos profissionais médicos, influenciam de forma negativa. Muito acolhedora, foi à única a desejar-me sorte com o trabalho. Está feliz com o PSF e sua equipe. O posto é novo e tem muitos usuários presentes.

#### 18- EXX

Tem 28 anos, é formada na formada por uma escola particular de Campinas -SP há dois anos. Esta na rede há um ano e três meses, quase todo o tempo aqui. Não é especialista. Refere como atribuições a supervisão da unidade, medicação e assistência. Diz não lembrar de ter tido treinamento em AM. Está começando a atender gestantes e ainda não faz grupos de usuários. Aqui há um GO bastante empenhado em promover o AM. Ela não desenvolve atividades com puérperas, mas colhe PKU e faz vacinas. Acho que a média de idade dos Rns na primeira vinda ao posto é com 30 dias porque depende da vontade da mãe em vir. Teve aulas sobre AM na graduação em saúde da mulher. Nunca aconteceu de aparecer alguém com problemas em AM. Acha que a preocupação estética é um fator importante no desmame. Também o retorno ao trabalho e a comodidade de ter a mamadeira pronta, de comprar a mamadeira, contribui para o desmame. Esta entrevista foi a mais difícil porque a enfermeira não queria conversar. Estava visivelmente contrariada, ateve-se estritamente ao que foi perguntado.

#### 19- EXXI

Tem menos de 30 anos e foi formada em uma escola pública de Ribeirão Preto- SP há quatro anos, especialista em obstetrícia, está nesta unidade e na rede há um ano e três meses. Conta que são suas atribuições à triagem, grupos, nutrição, assistência, vacina e visitas domiciliares. É a única enfermeira que possui uma sala própria, onde me recebeu muito alegre e disponível. O posto é muito agitado, tem ACS por toda à parte e muitos usuários. Muito alegre, gostou de rememorar o tempo de graduação. É da região e voltou devido o concurso. Na especialização que terminou recentemente recebeu treinamento mais focado em obstetrícia. Desenvolve grupos, e faz orientação pré-natal. O médico da família também trabalha as questões do AM. Faz visita domiciliar e consulta de enfermagem com as puérperas. Não atende Rns, mas eles vêm colher o PKU com mais o menos sete dias. É a TE que colhe. Ela conta que muita coisa sobre AM na graduação por conta do NALMA. Se houver necessidade as mulheres sabem que podem procurá-la e caso não possa resolver, encaminha para o médico. Pensa que talvez não estejamos fazendo o suficiente. As mulheres ficam perdidas e muitas vezes não tem apoio em casa pra continuar a AM. Diz que se fala tanto e aí vem à avó ou o marido e acaba com tudo.

#### 20- EVI

Tem menos de 30 anos, é formada em Pinhal- SP há dois anos, especialista em PSF, trabalha na rede e nesta unidade há um ano. Recebe-me com ar de enfado e só responde o perguntado. Muito bonita, seus trajes destoam da simplicidade da unidade que não é PSF. Fui recebida pela TE que ficou “fazendo sala” até a entrevista. Disse-me que suas atribuições são o

atendimento aos pacientes, grupos e gerenciamento de RH (1TE/1AE).

Não fez treinamento recente em AM. Faz a primeira consulta de pré-natal e grupos com as gestantes. Não atende nem puérperas nem Rns. Eles vêm para o PKU com 30 dias e ela acredita que esta demora se deve a consulta da puericultura. Teve conteúdo de AM em saúde da mulher e um curso específico em AM que os usa para passar pras mães. Se houver algum problema em AM ela encaminha para o GO. A adesão dos grupos é baixa e não há dispensa do trabalho para vir. O GO e o pediatra não reforçam as orientações e as avós interferem com informações erradas. Relata que é muito difícil, dentro deste quadro, permanecer em AM.

## 21- EXVI

Com menos de 30 anos é formada por uma escola particular de Campinas há 11 meses. Está na rede e nesta unidade há quatro meses. Mudou-se para Americana com o marido após o concurso. Recebe-me na porta e está muito receptiva e gentil. O posto funciona dentro do CAIC (Centro de Atenção Integral a Criança) e é muito pequeno, sem espaço físico para atender os usuários. Ela me conta que está sendo providenciada outra casa, próxima dali. Na graduação fez um curso da IHAC, porque teve uma professora fixada em AM. O curso teve 36 horas e foi muito legal. Ela faz a consulta de pré-natal e está implantando os grupos. A adesão é baixa porque não tem espaço físico para trabalhar. O GO também reforça a AM em suas consultas. Ela fala nos grupos dos benefícios, da questão financeira e como o AM é bom pra todos. Só nas últimas consultas é que treina a pega e a posição. Atende puérperas e acha bom porque examina as mamas e revê as técnicas. Crê ser legal tirar as dúvidas assim, mas percebe que muitas já complementam porque não tem segurança em esperar, em tentar mais vezes. Colhe PKU e faz vacinas. Também faz consulta de puericultura. Eles vêm com cinco dias de vida. Na PUC tivemos muito AM em saúde da mulher e da criança. Ela sempre atende quem tem dificuldade, mas a procura é baixa. Tem muitas gestantes que vem paro GO, mas não querem saber dos grupos. A maioria acha perda de tempo. Não podem ou não querem deixar o trabalho. “As mulheres não se convencem de que estamos falando paro bem e a família também interfere”. Antes de eu deixar o posto ela me pede para ver os exames de PKU colhidos, porque têm tido um grande número de reconvocados. Teço algumas considerações. Gosta do que está fazendo. Não há usuários no posto.