

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIANA DE OLIVEIRA FONSECA

Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno

Ribeirão Preto
2010

MARIANA DE OLIVEIRA FONSECA

Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública. Inserida na linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes

Ribeirão Preto

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Fonseca, Mariana de Oliveira

Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno. Ribeirão Preto, 2010.

170p. : il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Gomes, Flávia Azevedo.

1. Aleitamento Materno. 2. Enfermagem. 3. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. 4. Promoção da Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariana de Oliveira Fonseca

Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública. Inserida na linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

MINHA DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família...

À minha mãe Marfy e ao meu pai José Dalvo, com os quais aprendo o significado do amor incondicional e que me ensinaram a não temer e a vencer os desafios presentes em minha vida.

Ao Douglas, por me encher de coragem para buscar sempre mais e por nunca estar na minha frente ou atrás de mim, simplesmente ao meu lado. Obrigada pelo apoio e compreensão e me desculpe pelos momentos de ausência.

Amo vocês!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À querida Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes, minha orientadora, pela orientação sempre segura e pela confiança em mim depositada. Agradeço a oportunidade de compartilhar do seu saber e apoio para a concretização deste trabalho. Obrigada por me mostrar o caminho nos momentos em que achei que fosse me perder e pela paciência, afeto, amizade e dedicação durante esta caminhada. Seus ensinamentos e sua alegria ficarão para sempre em meu coração.

MEUS AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho, e em especial:

*A **DEUS**, pela vida e pelos anjos escolhidos para fazerem parte da minha vida.*

*À **minha família**, especialmente ao meu avô **Belchior** e à minha avó **Maria**, pelo apoio, incentivo e pelas orações que me protegem e guiam meu caminho.*

*Aos meus sogros, **Maria Inês** e **Laerson**, e aos meus cunhados, **Alexandre** e **Ivan**, por compartilharem este momento tão especial comigo e pela certeza de sempre poder contar com vocês.*

*Ao **Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha** e à **Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano**, pelas contribuições no exame de qualificação.*

*Às queridas, **Maria Amélia**, **Anneliese**, **Rubia**, **Vanessa**, **Anna Helena** e **Letícia**, pela amizade e carinho que tornaram mais alegre e prazerosa a vida na Pós-graduação e em Ribeirão Preto.*

Aos meus verdadeiros amigos que, mesmo de longe, mas sempre presentes, me quiseram bem e me apoiaram nos bons e maus momentos.

*Aos colegas e funcionários do **Curso de Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo apoio, convívio, compreensão e ensinamentos. A vocês, a minha admiração e amizade.*

*Ao **Prof. Dr. Vanderlei José Haas**, pela simpatia e pelo auxílio e orientação para a realização do tratamento estatístico deste trabalho.*

*À **Profa. Dra. Juliana Stefanello**, pelos ensinamentos, amizade e disponibilidade durante o Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE).*

*À **banca examinadora** desta dissertação, pela gentileza de avaliar meu trabalho e contribuir para sua melhoria.*

*À secretária do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, **Shirley Figueiredo**, por toda a dedicação e atenção que sempre me dispensou em todos os momentos.*

*À **Maria do Socorro**, pela simpatia, atenção e revisão do português.*

*À **Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba/MG** e aos **enfermeiros e técnicos de enfermagem** da Estratégia de Saúde da Família, pela boa vontade em compartilhar suas experiências, cedendo um pouco do seu tempo, sem pedir nada em troca.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, ao **Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública**, à **Profa. Dra. Ana Maria de Almeida** e a todos os **docentes** pela oportunidade de continuar meu aprendizado e crescimento profissional e pelos indispensáveis conhecimentos adquiridos.*

*Ao **CNPq**, pela concessão da bolsa de estudos.*

O SONHO

Sonhe com aquilo que você quiser.

*Seja o que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem a importância das pessoas que passam por suas vidas.*

Clarice Lispector

RESUMO

FONSECA, M. O. Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno. 2010.170f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Apesar de conhecidos os benefícios do aleitamento materno, seus índices ainda se encontram aquém do recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Neste sentido, práticas de promoção desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, da Estratégia de Saúde da Família, dotados de habilidades e conhecimento, podem elevar a prevalência e duração desta prática social. Este estudo teve como objetivos: analisar a atuação dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família na promoção ao aleitamento materno; caracterizar seu perfil sociodemográfico, profissional, de trabalho e de amamentação; e identificar seu conhecimento e suas práticas de promoção. Tratou-se de estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório que foi desenvolvido nas unidades de saúde da família da zona urbana do município de Uberaba/MG. A população do estudo constituiu-se por 85 profissionais de enfermagem que estavam atuando nas equipes de saúde da família no momento da coleta dos dados, entre março e julho de 2010. Os dados foram coletados por meio de dois questionários, sendo um para enfermeiros e outro para técnicos de enfermagem. Ademais, em um segundo momento, foi realizada a coleta dos dados por meio da observação. Os dados foram processados e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 16.0. Na análise, utilizaram-se distribuição de frequências, medidas de tendência central e de variabilidade, comparação entre médias e análise de correlação de Pearson e Spearman. No momento da coleta dos dados, 44,7% dos profissionais tinham entre 20 e 29 anos, sendo que a maioria era do sexo feminino e não tinha filhos. Dentre aqueles que eram pais, a maioria passou pela experiência da amamentação. A maioria dos profissionais participou, ao menos uma vez, de cursos sobre aleitamento materno e se considerou apta para observar uma mamada e corrigir os erros. A mediana do tempo de atuação dos profissionais de enfermagem nas equipes onde estavam alocados foi de cinco meses. A média de acertos no teste de conhecimento sobre aleitamento materno girou em torno de 60% e foi maior entre os profissionais que não amamentaram seus filhos, que participaram de cursos sobre aleitamento materno e que se consideraram aptos para a atuação em aleitamento materno. Houve uma fraca correlação entre a média de acertos no teste de conhecimento e o tempo de atuação nas equipes ($r=0,02$). Em relação às práticas de promoção investigadas no estudo, quais sejam: orientações sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação, nos grupos educativos, em visitas domiciliares às puérperas, nas consultas de pré-natal e puericultura, nas atividades de educação continuada em serviço e nos encontros com gestantes e nutrizes, a maioria dos profissionais afirmou participar e abordar o aleitamento materno em quase todos estes encontros. Entretanto, houve uma fraca correlação entre a frequência da abordagem do aleitamento materno nessas atividades pelos profissionais e sua média de acertos no teste de conhecimento ($0 < r < 0,3$), exceto na primeira visita domiciliar à puérpera após o parto, realizada pelos técnicos de enfermagem, onde a correlação com a média de acertos foi moderada, apesar do valor do coeficiente de correlação ($r=0,31$) estar muito próximo do limite que o separa da classificação como correlação fraca. Nas observações, foi verificado que a afirmação, da maioria dos profissionais, de que desenvolviam as atividades citadas mostrou ser pouco consistente na prática, uma vez que apenas alguns deles realmente atuavam neste sentido. Ademais, sua atuação não condiz com a proposta da promoção da saúde de ir além da dimensão biológica do aleitamento materno, pois se centrou em uma abordagem curativa e prescritiva. Conclui-se que há uma consciência dos profissionais de enfermagem em realizar as atividades direcionadas à promoção do aleitamento materno, entretanto por diversos fatores estas não acontecem.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Enfermagem. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

FONSECA, M. O. Knowledge and practices of nursing professionals of family health teams in a city in Minas Gerais on breastfeeding promotion. 2010. 170f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

Despite the known benefits of breastfeeding, the scores are still below than the recommended by the World Health Organization. In this sense, promotion practices developed by nursing professionals, of the Family Health Strategy, with skills and knowledge, may increase the prevalence and duration of breastfeeding practice. This study aimed to analyze the performance of nursing professionals of family health teams in the promotion of breastfeeding; to characterize their demographic, professional, working and breastfeeding profile; and to identify their knowledge and promotion practices in breastfeeding issues. This was a cross-sectional descriptive study, developed in the urban units of family health of Uberaba/MG. The study population consisted of 85 nursing professionals who were working in family health teams at the time of data collection, between March and July 2010. Data were collected through two questionnaires, one for nurses and other to practical nurses. Furthermore, in a second stage, data were collected through observations. Data were analyzed using Statistical Package for Social Sciences, vs. 16.0. In the data analysis frequency distribution, measures of central tendency and variability, means comparison, and Pearson and Spearman correlation analysis were used. When data were collected, 44,7% of the respondents were between 20 and 29 years, most of whom were female and had no children. Among those who were parents, most had the experience of breastfeeding. Most professionals participated at least once in courses of breastfeeding and were considered able to observe a feed and correct errors. The median time of performance of nursing professionals in the teams where they were allocated was five months. The mean score on the test of knowledge about breastfeeding was around 60% and was higher among those professionals who do not breastfeed their children, who attended courses on breastfeeding and where considered ready for action on breastfeeding. There was a weak correlation between the mean score on knowledge test and the time working in teams ($r=0,02$). Regarding promotion practices investigated in this study, namely: orientation on breastfeeding to pregnant women in third trimester of pregnancy, the education groups, home visits to mothers, prenatal care and childcare, continuing education activities in service, and in meetings with pregnant women and nursing mothers; the majority of professionals said that participated and oriented about breastfeeding in almost all of these meetings. However, there was a weak correlation between the frequency of the approach of breastfeeding in these activities by professionals and their mean score on knowledge test ($0 < r < 0,3$), except for the first home visit after delivery performed by practical nurses, where the correlation with the mean score was moderate ($r=0,31$). In the observations, it was found that the assertion of the majority of professionals that developed the activities mentioned above proved to be not very consistent in practice, since only some of them actually worked in this direction. Moreover, their performance wouldn't match the proposed in the health promotion, to go beyond the biological dimension of breastfeeding, because it focused on a curative and prescriptive approach. We conclude that there is an awareness of nursing staff in carrying out the activities aimed at promoting breastfeeding, though for many these factors do not happen. In conclusion, there is an awareness of nursing professionals in carrying out the activities aimed at promoting breastfeeding, though for many factors these activities do not happen.

Keywords: Breastfeeding. Nursing. Knowledge, attitudes and health practices. Health Promotion.

RESUMEN

FONSECA, M. O. Conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermeira de los equipos de salud de la familia en uma ciudad de Minas Gerais en promoción de la lactancia. 2010. 170f. Dissertação (Maestria) – Escola de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A pesar de los conocidos beneficios de la lactancia materna, sus resultados siguen siendo inferiores a los recomendados por la Organización Mundial de la Salud. En este sentido, las prácticas de promoción desarrolladas por los profesionales de enfermería, de la Estrategia de Salud de la Familia, con sus habilidades y conocimientos, pueden aumentar la frecuencia y la duración de esta práctica social. Este estudio tuvo como objetivos: analizar el desempeño de los profesionales de enfermería de los equipos de salud de la familia en la promoción de la lactancia materna; caracterizar su perfil demográfico, profesional, de trabajo y de la lactancia; e identificar sus conocimientos y prácticas de promoción. Se trató de un estudio epidemiológico, transversal, descriptivo y exploratorio, que se desarrolló en las unidades de salud de la familia en el área urbana del municipio de Uberaba/MG. La población del estudio consistió de 85 profesionales de enfermería que trabajaban en equipos de salud de la familia en el momento de la recolección de datos, entre marzo y julio de 2010. Los datos fueron recolectados a través de dos cuestionarios, uno para enfermeros y otro para auxiliares de enfermería. Además, en una segunda etapa, los datos fueron recolectados mediante la observación. Los datos fueron procesados y analizados en el programa *Statistical Package for Social Sciences*, versión 16.0. Para el análisis se realizó distribución de frecuencias, medidas de tendência central e variabilidade, comparación entre medias, y el análisis de correlación de Pearson y Spearman. En el momento de la recolección de datos, 44,7% de los profesionales tenían entre 20 y 29 años, la mayoría de los cuales era mujeres y no tenía hijos. Entre los que eran padres, la mayoría tuvo la experiencia de la lactancia materna. La mayoría de los profesionales participó al menos una vez de cursos sobre lactancia materna y se consideró capaz de observar una mamada y corregir errores. La mediana del tiempo de desempeño de los profesionales de enfermería en los equipos fue de cinco meses. La puntuación media en la prueba de conocimientos sobre la lactancia materna fue de 60% y fue mayor entre aquellos profesionales que no amamantaron sus hijos, que asistieron a cursos sobre lactancia materna y se consideraron listos para la acción en la lactancia materna. Hubo una correlación débil entre la puntuación media en la prueba de conocimientos y el tiempo de trabajo en equipo ($r=0,02$). En cuanto a las prácticas de promoción investigadas en este estudio, a saber: orientación sobre lactancia materna a las mujeres embarazadas en el tercer trimestre del embarazo, los grupos de educación, las visitas domiciliarias a las madres, la atención prenatal y el cuidado de los niños, actividades de educación continua en servicio y en los encuentros con las mujeres embarazadas y madres lactantes; la mayoría de los profesionales dijo que participaban y estaban implicados con la lactancia materna en casi todas estas reuniones. Sin embargo, hubo una débil correlación entre la frecuencia del enfoque de la lactancia materna en estas actividades por los profesionales y su puntuación media en la prueba de conocimientos ($0 < r < 0,3$). En las observaciones, se constató que la afirmación de la mayoría de los profesionales de que desarrollaron las actividades antes mencionadas, ha demostrado no ser muy consistente en la práctica, ya que sólo algunos de ellos trabajaron efectivamente en esta dirección. Por otra parte, su rendimiento no coincidió con la promoción de la salud que propone ir más allá de la dimensión biológica de la lactancia materna, ya que se centró en un enfoque curativo y prescriptivo. Se concluye que existe una conciencia del personal de enfermería en la realización de las actividades encaminadas a promover la lactancia materna, aunque por muchos factores estas no se dan.

Palabras-clave: Lactancia Materna. Enfermería. Conocimientos, actitudes y prácticas de salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo as características sociodemográficas e de amamentação dos filhos. Uberaba, MG, 2010.....	64
Tabela 2	Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo a formação profissional em aleitamento materno. Uberaba, MG, 2010.....	65
Tabela 3	Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo as respostas a cada uma das dez questões, tipo verdadeiro ou falso. Uberaba, MG, 2010.....	67
Tabela 4	Comparação entre a média de acertos dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, e a amamentação dos filhos, a participação em cursos sobre aleitamento materno e a percepção quanto à própria competência para atuação em aleitamento materno. Uberaba, MG, 2010.....	70
Tabela 5	Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo a realização de orientações sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação. Uberaba, MG, 2010.....	71
Tabela 6	Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo as ações de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas nas atividades educativas em grupo e a participação das mulheres nos grupos. Uberaba, MG, 2010.....	73
Tabela 7	Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo as características das visitas domiciliares às puérperas. Uberaba, MG, 2010.....	74
Tabela 8	Distribuição dos enfermeiros das equipes de saúde da família que realizavam consultas de puericultura, segundo as ações de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas nestas atividades. Uberaba, MG, 2010.....	76

Tabela 9	Correlação entre as variáveis-resposta relacionadas às consultas de puericultura realizadas pelos enfermeiros das equipes de saúde da família e a variável explanatória “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso”. Uberaba, MG, 2010.....	77
Tabela 10	Distribuição dos enfermeiros das equipes de saúde da família, segundo as ações de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas durante as visitas domiciliares às puérperas. Uberaba, MG, 2010.....	77
Tabela 11	Correlação entre as variáveis-resposta relacionadas às visitas domiciliares às puérperas realizadas pelos enfermeiros das equipes de saúde da família e a variável explanatória “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso”. Uberaba, MG, 2010.....	78
Tabela 12	Distribuição dos enfermeiros das equipes de saúde da família, segundo as ações de promoção ao aleitamento materno, desenvolvidas durante as atividades de educação continuada nas USFs. Uberaba, MG, 2010.....	79
Tabela 13	Distribuição dos técnicos de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo a busca por gestantes e puérperas na comunidade e as formas adotadas para esta identificação. Uberaba, MG, 2010.....	80
Tabela 14	Correlação entre as variáveis-resposta relacionadas aos encontros dos técnicos de enfermagem das equipes de saúde da família com mães de crianças menores de seis meses e a variável explanatória “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso”. Uberaba, MG, 2010.....	82
Tabela 15	Distribuição dos técnicos de enfermagem das equipes de saúde da família que faziam visitas domiciliares às puérperas, segundo a realização de orientações sobre aleitamento materno na primeira visita após o parto. Uberaba, MG, 2010	83
Tabela 16	Distribuição dos técnicos de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo o recebimento de orientações sobre aleitamento materno durante as atividades de educação continuada nas USFs. Uberaba, MG, 2010.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento HIV/DST
DF	Distrito Federal
DS	Distrito Sanitário
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAMA	Grupo de Apoio à Mãe Amamentando
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
KM	Quilômetros
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROEXT	Programa de Apoio à Extensão Universitária
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UMS	Unidade Matricial de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	17
2	INTRODUÇÃO	21
3	OBJETIVOS	33
3.1	Objetivo geral	34
3.2	Objetivos específicos	34
4	REFERENCIAL TEÓRICO	35
4.1	Promoção da saúde	36
5	PARTICIPANTES E MÉTODO	45
5.1	Tipo de estudo	46
5.2	Local do estudo	46
5.3	Participantes do estudo	48
5.4	Instrumentos de coleta dos dados	49
5.5	Procedimentos para coleta dos dados	51
5.6	Variáveis do estudo	53
5.7	Tratamento e análise dos dados	58
5.8	Aspectos éticos da pesquisa	59
5.9	Estudo-piloto	59
6	RESULTADOS	62
6.1	Caracterização dos profissionais de enfermagem	63
6.2	Conhecimento e práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem	66
6.2.1	Conhecimento sobre aleitamento materno	66
6.2.2	Práticas de promoção ao aleitamento materno	71
6.2.2.1	<i>Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem</i>	<i>71</i>
6.2.2.2	<i>Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, exclusivamente, pelos enfermeiros no pré-natal, na puericultura e em visitas domiciliares às puérperas</i>	<i>75</i>
6.2.2.3	<i>Abordagem do aleitamento materno pelos enfermeiros na educação continuada</i>	<i>78</i>
6.2.2.4	<i>Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, exclusivamente, pelos técnicos de enfermagem com gestantes, puérperas, mães de menores de seis meses e em visitas domiciliares</i>	<i>80</i>

6.2.2.5	<i>Orientações sobre aleitamento materno recebidas pelos técnicos de enfermagem na educação continuada</i>	83
7	DISCUSSÃO	85
7.1	Caracterização dos profissionais de enfermagem	86
7.2	Conhecimento e práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem	91
7.2.1	Conhecimento sobre aleitamento materno	91
7.2.2	Práticas de promoção ao aleitamento materno	99
7.2.2.1	<i>Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem</i>	99
7.2.2.2	<i>Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, exclusivamente, pelos enfermeiros no pré-natal, na puericultura e em visitas domiciliares às puérperas</i>	106
7.2.2.3	<i>Aleitamento materno e educação continuada</i>	112
7.2.2.4	<i>Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, exclusivamente, pelos técnicos de enfermagem com gestantes, puérperas, mães de menores de seis meses e em visitas domiciliares</i>	113
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	116
9	CONCLUSÕES	119
10	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	124
	REFERÊNCIAS	127
	APÊNDICES	144
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionários)	145
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Observações)	146
	Apêndice C – Questionário para enfermeiros	147
	Apêndice D – Questionário para técnicos de enfermagem	157
	Apêndice E – Observações (mídia digital)	167
	ANEXOS	168
	Anexo A – Folhas de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	169

Apresentação

1 APRESENTAÇÃO¹

Durante toda a minha vida escolar, quando me perguntavam o que eu seria quando crescesse, sempre me vinha a ideia de ser professora. Entretanto, durante os três anos em que cursei o ensino médio, um grande interesse pela área da saúde surgiu em meu coração e decidi que seria enfermeira.

Minha trajetória acadêmica iniciou-se em 2005, ano em que fui aprovada no vestibular da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no município de Uberaba, Minas Gerais, e ingressei no curso de graduação em enfermagem. No decorrer dos quatro anos de graduação pude conhecer mais de perto todas as áreas do conhecimento da enfermagem necessárias para formação de um enfermeiro generalista, por meio das aulas teóricas e práticas. Cada uma delas com seu encanto próprio. Mas no final do ano de 2007, no sexto período, no qual a atenção à saúde da mulher é abordada em todos os níveis de atenção, e após ter realizado estágio extracurricular no alojamento conjunto do Hospital de Clínicas da UFTM, tive certeza de que estudaria e me dedicaria à área da saúde da mulher por toda a minha vida profissional.

O estágio supervisionado na atenção básica, no último ano da graduação, fez surgir em mim alguns questionamentos, no que diz respeito à prática profissional do enfermeiro frente às situações encontradas em seu cotidiano nos serviços de saúde. Um desses questionamentos se refere à prática deste profissional em relação ao aleitamento materno. Esta inquietação surgiu após a comparação entre a atuação das equipes de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na promoção ao aleitamento materno, e o trabalho desenvolvido no Grupo de Apoio à Mãe Amamentando (GAMA) da UFTM.

As disciplinas do curso de graduação em enfermagem voltadas à assistência à saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal se atêm ao reducionismo biológico do aleitamento materno, deixando de lado suas dimensões histórica, cultural, social e psicológica. Percebi que este conhecimento restrito é reproduzido pelos profissionais de enfermagem no cotidiano das equipes de saúde da família como uma prática coercitiva. Em sua rotina de trabalho, os profissionais se esquecem de que as mulheres em processo de amamentação podem estar passando por problemas e/ou dificuldades que advêm de seu contexto de vida e, muitas das vezes, as tratam como uma mama e não como um sujeito que necessita de atenção integral.

Nesse contexto, fica evidente a relação intrínseca entre a formação inicial e a prática dos enfermeiros, que mesmo inseridos na ESF não contemplam em sua atuação aspectos da integralidade do cuidado e da promoção da saúde, princípios de um novo modo de agir, que buscam substituir o

¹ Esta dissertação foi revisada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

modelo tradicional de assistência por um novo paradigma com uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Esta realidade leva a uma prática fragmentada e descontextualizada que acaba por cristalizar ainda mais o modelo assistencial baseado na visão biológica do aleitamento materno, deixando uma lacuna entre a teoria e a prática, reforçada pela falha da educação permanente em serviço destes profissionais.

Profissionais de saúde devidamente qualificados e sensibilizados para a prática do aleitamento materno contribuem significativamente para seu estabelecimento e manutenção. Entretanto, nas equipes de saúde da família, pude notar uma falta de habilidades e conhecimento por parte dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais não estavam suficientemente sensibilizados para compreender e valorizar as crenças, sentimentos e experiências das mães que amamentam, e tampouco habilitados para dar suporte a estas mulheres, principalmente em relação aos principais problemas que permeiam o processo de amamentação.

Concluí, então, que enquanto enfermeira e pesquisadora poderia contribuir para a melhora deste cenário de promoção ao aleitamento materno e para uma assistência integral, humanizada e qualificada ao binômio mãe-filho em processo de amamentação.

Ainda durante a graduação, em 2007, tive meu primeiro contato com a pesquisa, quando participei durante dois anos, enquanto colaboradora, de um projeto de iniciação científica na área da enfermagem psiquiátrica subsidiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Esta experiência ressuscitou em mim o fascínio pela área de educação, apesar de não ter me interessado pela temática em estudo. Decidi, então, continuar trilhando o caminho da pesquisa e, em 2008, fui aprovada no processo seletivo para o Programa de Apoio à Extensão Universitária (PROEXT) intitulado "Educação em saúde como estratégia para construção da cidadania", quando me inseri no projeto "Educação em saúde na prática do Aleitamento Materno". Nesse projeto, consegui unir as minhas três paixões acadêmicas: aleitamento materno, educação e pesquisa e desenvolvi o estudo intitulado "Aleitamento Materno: identificação dos conhecimentos de mães admitidas no alojamento conjunto de um Hospital Universitário do Triângulo Mineiro". No final desse mesmo ano, apresentei meu trabalho de conclusão de curso (TCC), também na área de saúde da mulher, o qual investigou os fatores indicativos de depressão pós-parto em dois grupos de puérperas. Estas experiências vivenciadas, durante a graduação, me mostraram que a vida acadêmica aliada à área de saúde da mulher, especialmente à temática do aleitamento materno, seriam os objetos de estudo e trabalho que tornariam minha vida profissional mais prazerosa.

Convencida de que trilharia o caminho da docência e ainda intrigada com a atuação das equipes de enfermagem da ESF na promoção ao aleitamento materno, decidi dar continuidade à minha formação e aprimorar meus conhecimentos relativos ao desenvolvimento de pesquisas e ao

aleitamento materno. Assim, em fevereiro de 2009, ingressei no mestrado do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), sob orientação da professora doutora Flávia Azevedo Gomes. A temática aleitamento materno delineou a construção deste estudo, que objetivou analisar a atuação dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Uberaba, na promoção ao aleitamento materno.

Vale ressaltar que, para que a nutriz consiga estabelecer o aleitamento e mantê-lo por dois anos ou mais, como preconizado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, não basta que ela opte por esta prática. É necessária uma rede de apoio a esta mulher, que muitas das vezes não é encontrada. Tal rede deve incluir profissionais de saúde, especialmente os da equipe de enfermagem, devidamente capacitados e conscientes da importância do aleitamento materno enquanto uma prática permeada por valores sociais, culturais, históricos, econômicos e psicológicos.

Esperamos que os resultados deste estudo possam preencher lacunas nesta área do conhecimento e trilhar novos caminhos em direção ao aprimoramento e incentivo à atuação dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família em relação à promoção ao aleitamento materno.

Introdução

2 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno, enquanto prática social, não se esgota apenas em fatores biológicos, mas abrange dimensões construídas social, cultural e historicamente (NAKANO, 2003), tratando-se, portanto, de uma prática composta por ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Tal prática tem passado por transformações através dos tempos e, devido à sua complexidade e importância para a saúde materno-infantil, torna-se relevante a constante abordagem e estudo do tema (DUBEUX et al., 2004).

O leite materno é uma fonte segura de nutrição para o ser humano em sua fase inicial de vida, e seus benefícios se estendem por toda a idade adulta, sendo recomendado como único alimento nos seis primeiros meses de vida e a partir de então passa a ser complementado com outros alimentos nutricionalmente adequados até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2009c; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2010).

No que tange à saúde da criança, os benefícios do aleitamento materno, principalmente se exclusivo até seis meses de vida, envolvem o adequado desenvolvimento craniofacial, a prevenção de alterações de fonação, mastigação, deglutição e respiração (NEIVA et al., 2003) e a proteção contra alergias, doenças diarreicas e infecções comuns à infância (PASSOS et al., 2000). Além disso, a prática do aleitamento materno evita um grande número de mortes infantis, diminui o risco de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes na idade adulta, reduz a chance de obesidade e promove efeitos positivos na inteligência e melhor nutrição da criança, além de um adequado crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2009c).

Os benefícios do aleitamento materno não abarcam apenas a saúde da criança, mas também a saúde da mulher, além de fortalecer o vínculo afetivo entre mãe e filho e contribuir com a economia e bem-estar familiares. Tais benefícios devem ser conhecidos pelos profissionais de saúde, para que possam promover, proteger e apoiar esta prática social (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004). Dentre as vantagens para a mulher que amamenta Rea (2004) e Toma e Rea (2008) destacam a rápida recuperação do peso pré-gestacional, a proteção contra anemia decorrente da amenorreia puerperal e do menor sangramento uterino no período pós-parto, o aumento do espaçamento intergestacional e a proteção contra o câncer de mama e de ovário.

Para que as mães consigam estabelecer e manter a amamentação exclusiva por seis meses, a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam a não utilização de mamadeiras, bicos ou chupetas; o início precoce do aleitamento materno na primeira hora de vida da criança e o aleitamento materno exclusivo (AME) e sob livre demanda, no qual o lactente recebe apenas leite materno sempre que solicitar (WHO, 2010).

Pesquisas de âmbito nacional, realizadas nos últimos anos, demonstram um incremento da prática e dos índices de aleitamento materno no Brasil, a partir da implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no início da década de 1980 (BRASIL, 2009b).

Apesar da escassez de estudos nacionais sobre a tendência do aleitamento materno no Brasil anteriores à década de 1970 (REA, 2003), algumas investigações isoladas mostraram que os piores índices desta prática no país foram registrados nessa década. Entre 1973 e 1974, uma pesquisa desenvolvida na cidade de São Paulo observou que a mediana do aleitamento materno era de 28 dias na população de baixa renda (SIGULEN; TUDISCO, 1980). Um inquérito domiciliar nacional isolado realizado entre 1974 e 1975 constatou que a duração mediana da amamentação era de 2,5 meses (VENANCIO; MONTEIRO, 1998).

A avaliação da situação no início da década de 1980 revelou que as medianas nas cidades de São Paulo e Recife eram, respectivamente, de 2,8 e 2,4 meses (BERQUÓ et al., 1984). A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, indicou que a duração mediana do aleitamento materno mais que duplicou desde 1975, passando de 2,5 para 5,5 meses (VENANCIO; MONTEIRO, 1998).

O Ministério da Saúde coordenou, em 1999, a primeira pesquisa de prevalência do aleitamento materno em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), exceto o Rio de Janeiro, durante a campanha nacional de vacinação. Verificou-se que a prevalência de AME em menores de quatro meses era de 35,6% e sua duração mediana de 23,4 dias. Em relação ao aleitamento materno (exclusivo e não exclusivo) observou-se que sua duração mediana era de 295,9 dias, aproximadamente dez meses (BRASIL, 2001).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006 pelo Ministério da Saúde, verificou que o percentual de crianças brasileiras entre zero e seis meses em AME era de 39,8%, e sua duração mediana de 2,2 meses. No que diz respeito à mediana do aleitamento materno, constatou-se na PNDS/2006 que esta era de 12,9 meses (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Dados da segunda pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF, realizada pelo Ministério da Saúde em 2008, em dia nacional de campanha de multivacinação, revelaram que a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41% e em menores de quatro meses de 51,2%. Além disso, a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 mês), mostrando um aumento aproximado de um mês em relação à pesquisa de 1999. No que se refere ao aleitamento materno, sua prevalência foi de 58,7% no conjunto das capitais brasileiras e DF, enquanto sua duração mediana aumentou, aproximadamente, um mês e meio desde 1999, passando para 341,6 dias (11,2 meses) em 2008 (BRASIL, 2009b).

De acordo com a pesquisa do Ministério da Saúde em 2008, no Estado de Minas Gerais, tomando-se por referência sua capital, Belo Horizonte, todos os indicadores citados anteriormente tiveram índices inferiores aos encontrados para o Brasil, quais sejam: as prevalências do AME em menores de quatro e seis meses foram de 50,1% e 37,9%, respectivamente; a duração mediana do AME foi de 53,9 dias, enquanto a do aleitamento materno foi de 300,8 dias (BRASIL, 2009b).

Dados da pesquisa de prevalência do aleitamento materno, em 227 municípios brasileiros (BRASIL, 2010a), trazem informações quanto às prevalências do AME em menores de seis meses e do aleitamento materno no município de Uberlândia (MG), as quais foram de 43,5% e 53,5%, respectivamente.

Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em Uberaba, município onde foi desenvolvido o presente estudo, a evolução do aleitamento materno nos últimos cinco anos (2006-2010) evidenciou uma tendência à elevação dos índices desta prática. Observou-se que a prevalência de crianças menores de quatro meses em AME passou de 76,4%, em 2006, para 77,2%, em 2007, 79,8% em 2008, para 80,2% em 2009 e em 2010, considerando-se os dados de janeiro a junho, a prevalência foi de 82,9%. Ressalta-se que não existem estudos que demonstrem os índices oficiais de aleitamento materno na cidade de Uberaba, o que reforça a necessidade de investigações específicas com o objetivo de se determinar o “marco zero” da situação da amamentação no município. Este diagnóstico inicial permitirá o planejamento, elaboração e implementação de ações e programas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na cidade.

A rede de apoio ao aleitamento materno em Uberaba conta com o Comitê de Aleitamento Materno, fundado em 1998 e sancionado pela Lei Municipal 8001/2001 que tem como objetivos criar um banco de dados em aleitamento materno e estimular as instituições afins a fornecer as informações; sugerir e participar da elaboração de leis municipais e estaduais que assegurem a política do aleitamento materno; divulgar e amparar os direitos legais da gestante, nutriz e criança; incentivar a implantação de bancos de leite humano e postos de coleta; divulgar a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e encaminhar denúncias ao órgão competente; capacitar e atualizar profissionais e comunidade no que se refere ao aleitamento materno; e promover eventos, jornadas, encontros, seminários e congressos sobre o assunto. Este comitê, ainda, oferece anualmente um curso de capacitação em manejo clínico da amamentação de 40 horas, destinado a estudantes e profissionais da área da saúde, além de treinamentos para profissionais de creches, escolas, desenvolvimento de pesquisas, dentre outras atividades.

Uberaba conta, ainda, com o Banco de Leite Humano localizado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), com o GAMA, com o disque dúvidas de amamentação 24 horas e com a

Liga de Aleitamento Materno da UFTM. Além disso, há a intenção do Hospital de Clínicas da cidade em se qualificar como Hospital Amigo da Criança, já tendo instalado em sua estrutura o alojamento conjunto e iniciado a implantação de uma enfermaria destinada ao Método Canguru. A existência destes dispositivos apoia a ideia de que o potencial de influência dos serviços e profissionais de saúde é de extrema importância para a promoção do aleitamento materno.

Apesar das inúmeras vantagens da prática da amamentação, evidenciadas na literatura científica, e da melhora significativa da situação do aleitamento materno no Brasil, seus indicadores revelaram no período analisado uma tendência à estabilização e, ainda, estão aquém do considerado satisfatório e recomendado pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, de AME até seis meses de vida e complementado por dois anos ou mais (BRASIL, 2009b; WHO, 2010). Esta realidade contribui para o desmame precoce e, conseqüentemente, eleva os níveis de desnutrição e morbimortalidade infantis no país (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

O desmame precoce constitui-se em um problema de saúde pública e está relacionado a fatores como trabalho materno; baixa renda familiar; escolaridade paterna inferior a cinco anos de estudo; uso de chupeta; tabagismo (MASCARENHAS et al., 2006); recém-nascidos de baixo peso; intenção da mulher em amamentar por menos de dois anos (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007); uso de mamadeira; ser adolescente (menores de 19 anos); primiparidade; ausência de orientação no pré-natal; não possuir carteira de trabalho assinada; tipo de parto (MAIA et al., 2006); consumo de chá no primeiro dia em casa; escolaridade materna entre primeiro e segundo grau (FRANÇA et al., 2007); urbanização; falta de incentivo da família e da sociedade; ineficiência da atenção à saúde (FORMAN, 1984); vaidade; preguiça; falta de paciência e tempo; influência de terceiros, especialmente do parceiro; e mitos e tabus, com destaque para “leite fraco”, “pouco leite”, “leite não sustenta” e aqueles referentes à preocupação da mulher com a estética do corpo e mais especificamente com a estrutura das mamas (SOUZA; BISPO, 2007).

Problemas comuns enfrentados durante o processo de lactação, tais como, ingurgitamento mamário, traumas mamilares, infecções mamárias, candidíase, fenômeno de *raynaud*, bloqueio de ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário, baixa produção láctea, dentre outros, também levam ao desmame precoce. Entretanto, tais intercorrências podem ser evitadas ou solucionadas por meio de manejo específico, suporte emocional e ações de promoção ao aleitamento materno e apoio à nutriz, desempenhadas pelos profissionais de saúde (GIUGLIANI, 2004; GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004).

A partir da constatação de que o desmame precoce insere-se num contexto social, educacional e de responsabilidade dos serviços de saúde, França et al. (2007) enfatizam a necessidade de desenvolvimento de ações pró-amamentação prematuras, com o objetivo de promover e sustentar a prática exclusiva do aleitamento materno por seis meses. Neste contexto, a abordagem

deve ser iniciada logo na gestação, durante o pré-natal na atenção básica, que se constitui em uma etapa-chave para a promoção do aleitamento materno. Tal abordagem deve ser continuada durante o trabalho de parto, parto e permanência do binômio mãe-filho na maternidade. Após a alta hospitalar, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no nível primário de atenção também é uma importante estratégia de apoio à amamentação (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005), pois é durante os primeiros meses de vida da criança que as dificuldades para amamentar e as pressões sociais para a introdução precoce de outros líquidos e/ou alimentos são mais comuns (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002).

Assim, o nível primário de assistência à saúde é considerado vital para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, quando comparado ao nível terciário de atenção, o qual possui potencial de impacto limitado justificado pelo fato de que apenas as gestações de alto risco são acompanhadas em hospitais, e a alta da maternidade comumente acontece nas primeiras 48 horas, período em que a amamentação ainda não está plenamente estabelecida. Neste sentido, além de oferecer serviços públicos e gratuitos, a atenção básica é responsável pelo acompanhamento contínuo do processo de amamentação, desde o pré-natal até a puericultura (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

O sistema de saúde brasileiro é, historicamente, marcado por um modelo assistencial curativista e hospitalocêntrico, centrado na consulta médica e, portanto, necessitava de mudanças profundas e radicais em sua organização (SILVA; CALDEIRA, 2010). A história das políticas de saúde, no Brasil, mostra que avanços existiram no sentido de reverter esta situação, os quais foram conquistados, especialmente, no movimento brasileiro da Reforma Sanitária. Entretanto, ainda fazia-se necessária a transformação do modo de “fazer saúde” no Brasil, centrado no corpo do cliente e fundamentado na visão biomédica. Assim, para a reversão deste quadro, o Ministério da Saúde, recentemente, investiu no desenvolvimento e fortalecimento da atenção básica à saúde (PEREIRA, 2001).

A atenção básica define-se como um conjunto de ações em saúde, individuais e coletivas, que compreendem a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É caracterizada como contato preferencial dos usuários com o sistema e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Este nível de atenção considera os sujeitos em sua singularidade, levando-se em conta sua complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e busca a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer a saúde destes indivíduos (BRASIL, 2006b).

A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, conforme os princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização, a hierarquização, a resolubilidade, a descentralização, a participação do cidadão e a complementaridade do setor privado (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2006b).

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado ESF, foi criado em 1994, a partir da implantação e implementação do SUS, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios e reorientar o modelo de atenção vigente no Brasil, a partir da atenção básica. Esta estratégia reestruturante para o sistema de saúde visa a prestar, na unidade e domicílio, assistência integral, contínua, resolutiva e de qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; eleger a família e seu espaço social como núcleo de abordagem no atendimento à saúde; humanizar e estabelecer vínculos entre profissionais e população; reconhecer a saúde como um direito de cidadania e expressão da qualidade de vida; estimular o controle social pela população; incorporar a promoção da saúde e o trabalho interdisciplinar; e criar laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1997). Nesta lógica, a ESF pretende transpor a visão fragmentada do sujeito para uma percepção integral que abarque as dimensões individual, familiar e coletiva e recupere a prática generalista, em que o processo saúde-doença é considerado dentro de uma realidade local, familiar e comunitária (SECLLEN; FERNANDES, 2004).

As equipes de saúde da família têm dentre suas ações a assistência direcionada à saúde materno-infantil, com destaque para a promoção e manejo do aleitamento materno (SOUZA; BISPO, 2007). Além disso, a Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS (NOAS - SUS) define a promoção do aleitamento materno como uma das ações mínimas para a atenção básica à saúde da criança (BRASIL, 2002a). Portanto, a visão da saúde da família facilita o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, na medida em que seus profissionais atuam como uma equipe prestadora de serviços comunitários e domiciliares. Neste contexto, as equipes têm condições de promover atividades educativas, no que se refere à amamentação, desde o pré-natal, momento que possibilita a interação dos profissionais com as gestantes e sua apropriação das experiências prévias destas mulheres, além do significado atribuído por elas à gestação atual e a outros aspectos subjetivos que possam interferir na prática do aleitamento materno. Ademais, também existe a possibilidade de atuar efetivamente nas intercorrências mamárias, comuns ao início do processo de lactação, que muitas das vezes levam ao desmame precoce (PARADA et al., 2005; SOUZA; BISPO, 2007). Outras ações e atividades da ESF que possibilitam a abordagem e promoção do aleitamento materno são o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, o teste do pezinho, a imunização, o planejamento familiar e as visitas domiciliares (SOUZA; BISPO, 2007).

Assim, seguindo-se o princípio da integralidade, os serviços e profissionais devem pautar-se em algumas premissas básicas, quais sejam: a primazia da promoção da saúde e prevenção de agravos; a garantia de assistência nos três níveis de atenção à saúde; a garantia de articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; e a abordagem integral do sujeito e família (GIOVANELLA et al., 2002). Sistemas integrais devem partir de uma visão ampliada do processo saúde-doença, a qual valorize o diálogo; a fala; a escuta; os anseios; as angústias; os vínculos culturais e sociais dos usuários, enquanto membros de grupos que vão da família à sociedade; suas expectativas e reais necessidades de saúde (BECKER, 2001; PEREIRA, 2001).

Os resultados atribuíveis à ESF no que se refere à melhoria dos indicadores de saúde no Brasil são positivos (FACCHINI et al., 2006). Sua expansão permitiu um maior acesso da população aos serviços básicos de saúde e a aproximação dos profissionais das equipes com os usuários. Entretanto, esta situação não gerou, conseqüentemente, uma mudança na forma de atuação dos profissionais, os quais mantiveram a mesma lógica da assistência fragmentada e centrada na doença e na consulta médica (MACINKO et al., 2004). Esta dificuldade da ESF, em enfrentar o modelo biomédico tradicional e implementar uma nova lógica de assistência à saúde no país, se deve ao fato de que a percepção de um novo modelo assistencial ainda não foi assimilada pelos profissionais das equipes como uma estratégia inovadora e reestruturante das ações de saúde, afugentando a visão ampliada do processo saúde-doença (COSTA et al., 2009).

Essa situação se reflete na prática do aleitamento materno por meio da tendência à estabilização de seus indicadores e ao aumento dos níveis de desmame precoce. As estratégias rotineiras de promoção ao aleitamento materno ainda estão impregnadas pelo modelo assistencial que remonta ao movimento higienista, estando permeáveis ao reducionismo biológico típico da década de 1980 (ALMEIDA, 1998). As ações verticais dos profissionais de saúde consideram a amamentação um ato instintivo, natural, biológico e próprio da espécie e se direcionam no sentido de informar a mãe sobre as vantagens do aleitamento materno e responsabilizá-la pelo seu fracasso ou sucesso (ALMEIDA, 1999), modulando, assim, seu comportamento em favor da amamentação e delegando-lhe a culpa pelo desmame precoce e suas conseqüências negativas para a saúde da criança (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Ainda nesse contexto, observa-se que, no cotidiano dos serviços de saúde, a atenção é focada nas queixas de ordem biológica apresentadas pelas nutrizes, cerceando qualquer oportunidade de interação destas com os profissionais que permita apreender o que há por trás dos sinais e sintomas. Assim, estabelece-se uma lacuna entre o profissional, que considera o corpo humano, especificamente, a mama, como um depositário de processos biológicos indicadores de saúde e doença, e a mulher, que interpreta suas queixas e sensações corporais a partir de códigos específicos

do contexto em que vive, os quais, na maioria das vezes, não convergem com os dos profissionais (NAKANO, 2003).

Na busca da superação desse paradigma falido, há a necessidade de que os profissionais e serviços de saúde conciliem os determinantes biológicos do aleitamento materno com seus condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais, configurando a amamentação como um híbrido natureza-cultura (ALMEIDA, 1999). Este movimento possibilita novas abordagens sobre a promoção do aleitamento materno, reforçando a questão biológica e adentrando no complexo multidimensional que permeia esta prática (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Os impasses decorrentes dessa forma tradicional de se “produzir saúde” são desafiantes e um nó crítico para a superação desta situação é a formação dos recursos humanos para o SUS, na medida em que o perfil formador destes profissionais ainda se pauta na lógica da assistência fragmentada, individual e centrada na cura de doenças (GIL, 2005).

Nesse sentido, mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde são necessárias para transpor esta realidade vigente nos serviços (COSTA et al., 2009). Tal formação deve evitar a divisão entre individual e coletivo; doença e vigilância à saúde; biologia e subjetividade; profissionais da gestão e atenção; e, sobretudo, enfatizar a integralidade da atenção, a educação em saúde da população e o trabalho em equipe; estabelecendo, assim, o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade que contribuem para a superação do modelo tradicional de atenção à saúde (CECCIM; FERLA, 2003; MACHADO et al., 2007). Além disso, é responsabilidade dos gestores em saúde alocar para a ESF profissionais qualificados para atuarem em tal realidade (MERHY, 2004), deslocando sua atenção da produção de procedimentos para a produção de cuidado (MATUMOTO et al., 2005).

São diversos os fatores que contribuem para a redução da prática do aleitamento materno e, dentre eles, destaca-se a falta de acesso pelas nutrizes a serviços que contem com profissionais qualificados para o atendimento ao binômio mãe-filho no período pós-parto, momento em que se encontram em seu ambiente natural, à mercê de influências de terceiros (SILVA, 2000). Estas constatações vêm reafirmar a incalculável responsabilidade das instituições formadoras dos profissionais das equipes de saúde da família sobre as altas prevalências de desmame precoce, justificadas pelas práticas inadequadas ou despreparo dos mesmos em relação à promoção, proteção e apoio à amamentação (PARADA et al., 2005).

Apenas a informação ou educação quanto aos aspectos básicos e práticos do aleitamento materno não determina que a mulher tenha sucesso em seu processo de amamentar ou se incite a fazê-lo, pois esta prática depende de uma extensa e complexa gama de condições interacionais do entorno sociocultural em que está inserido o binômio mãe-filho. Toda a equipe de saúde, inclusive a

enfermagem, deve buscar os reais motivos pelos quais as mulheres interrompem a amamentação, intervindo nos fatores que levam ao desmame ou à introdução precoce de líquidos e/ou outros alimentos na dieta da criança, considerando-se toda a complexidade que envolve a prática do aleitamento materno (SILVA, 2000). Entretanto, neste contexto, é necessário reconhecer e respeitar o direito da mulher, enquanto detentora de sua sexualidade, em decidir e optar sobre seu corpo e sobre o aleitamento materno, como uma forma de garantir sua cidadania (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Assim, a mulher, durante todo o processo de lactação, necessita de apoio integral de profissionais conscientes dos benefícios do aleitamento materno; habilitados para o manejo clínico e atuação em diversas frentes, como: pré-natal, grupos de gestantes, puerpério, puericultura, visitas domiciliares, vacinação, dentre outras (BECKER, 2001); e sensibilizados para reconhecer e promover o aleitamento materno enquanto uma prática social inserida em uma imbricada rede de apoio, evidenciada pelos condicionantes familiares, culturais, políticos e econômicos, os quais podem interferir na prática da amamentação, tornando-a um ato regulável pela sociedade e família (ALMEIDA, 1998).

A preocupação com a formação de recursos humanos para o setor saúde advém desde a Reforma Sanitária brasileira. A complexidade desta discussão tem merecido destaque devido à concepção pedagógica tradicional que forma a maioria dos profissionais de saúde, resultando na prática fragmentada e no olhar biológico e verticalizado sobre o aleitamento materno; além da supervalorização do saber científico em detrimento do histórico, social, cultural, econômico e vivencial (ARAÚJO, 2005).

No entanto, assim como destacar a relevância da formação profissional para a mudança do modelo de atenção à saúde, é imprescindível encontrar meios que defrontem a atual conjuntura em que se situam os profissionais atuantes no sistema, para que se abrandem os prejuízos de uma formação anterior inadequada e insuficiente e se garantam práticas condizentes com um modelo integral de assistência (GIL, 2005). O apoio ao aleitamento materno somente será prioridade quando os gestores investirem na organização da assistência, na alocação de recursos e na educação permanente de recursos humanos (VENANCIO, 2003).

Dentro desse contexto de continuidade da formação de profissionais no setor saúde, a partir da década de 1980, com o lançamento oficial do PNIAM, foram realizados diversos treinamentos e capacitações direcionados ao manejo clínico da amamentação, os quais focaram apenas os aspectos biológicos desta prática social, valorizando a ideia de que o sucesso do aleitamento materno está na dependência do saber técnico (BRASIL, 1990a). A partir de 1995, levantou-se a ideia de apoio à mulher que amamenta, a partir da proposta do Curso de Aconselhamento em Amamentação que, além

de reforçar os aspectos teóricos e práticos do manejo clínico do aleitamento, tem o objetivo de treinar os profissionais em suas habilidades de relação interpessoal e de comunicação, as quais são utilizadas para aumentar a confiança das mães e apoiá-las em sua decisão de amamentar (REA; VENANCIO, 1999; BUENO; TERUYA, 2004). Entretanto, estas habilidades de aconselhamento somente possibilitam uma reflexão, por parte dos profissionais, sobre a sua postura no assistir a mulher que amamenta e sobre a complexidade da amamentação, não sendo suficientes para mudar a prática verticalizada, biológica e preestabelecida desenvolvida por eles (ZEIN, 2001).

Diversas(os) capacitações/treinamentos específicos em aleitamento materno foram e vêm sendo realizados no Brasil para o pessoal de saúde, com destaque para a capacitação de profissionais de maternidades para a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e de profissionais da atenção básica para a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), além do curso de capacitação para o monitoramento da NBCAL.

Percebe-se, assim, que o setor saúde trabalha a partir de programas destinados à assistência individualizada e pautados em linhas de capacitação/treinamento, as quais não permitem a incorporação, pelos profissionais, de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas. Estas capacitações/treinamentos não consideram as concepções e ações dos profissionais, baseiam-se na transmissão de conhecimentos e destinam-se a categorias profissionais específicas, relevando-se a ideia de equipe e as capacidades, limites e possibilidades locais (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, ganha relevância a educação permanente em saúde, cuja proposta é estruturar a capacitação dos profissionais de saúde a partir da problematização do processo de trabalho. Ela parte do pressuposto da aprendizagem significativa, a qual acontece quando o material de aprendizagem relaciona-se com o conhecimento prévio dos profissionais. Assim, propõe a transformação das práticas profissionais, a partir da reflexão crítica da realidade, e a reorganização do trabalho, baseando-se nas necessidades de saúde dos usuários, na gestão setorial e no controle social em saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009a). Nesta concepção crítico-reflexiva, os profissionais se desenvolvem de maneira ativa, reflexiva, crítica e solidária, por meio da problematização da realidade e explicitação de suas contradições. Portanto, a educação permanente em saúde proporciona aos profissionais e usuários, por meio da gestão participativa, espaços de discussão, possibilitando a pactuação de compromissos e mudanças no sentido de qualificar as práticas de assistência à saúde, aproximando-as dos objetivos da universalização, integralidade e equidade (BRASIL, 2009a).

A educação crítico-reflexiva e a educação permanente em saúde compõem a base da prática pedagógica problematizadora que leva a uma nova forma de ensinar questões concernentes ao setor saúde, como é o caso do aleitamento materno (BRASIL, 2009a). Desta forma, para que os

profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família prestem uma assistência integral e resolutive, é necessária sua participação em processos de educação permanente que os façam refletir criticamente sobre suas atuações nos cenários da prática. Isto contribuirá para a organização da assistência prestada nos serviços de saúde e para a qualidade do produto final (BALBINO et al., 2010). Nesta lógica, recentemente, o Ministério da Saúde, por meio da adoção de linhas de cuidado dirigidas à promoção do aleitamento materno na atenção básica, propôs a Rede Amamenta Brasil, a qual se pauta na educação permanente em saúde dos profissionais e visa a integrar-se às demais redes e iniciativas de apoio e estímulo ao aleitamento materno (BRASIL, 2009a).

A análise da atuação dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família em relação à promoção do aleitamento materno justifica-se pelo fato de que estes compõem o maior contingente de profissionais nos serviços de saúde do SUS, prestam assistência ao indivíduo, família e comunidade e atuam no campo da promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, a enfermagem presta atendimento integral e produz cuidado direcionado a toda a população, especialmente, na atenção materno-infantil. Portanto, sua atuação pode ser considerada como um dos principais eixos estruturantes das políticas públicas de saúde (QUEIROZ, 2008).

Identificar o conhecimento e as práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem da ESF em seu *locus* de atuação é uma estratégia que visa a reconhecer o cenário de apoio à prática da amamentação, julgar os efeitos de um programa (HARTZ; POUVOURVILLE, 1998) e, conseqüentemente, refletir sobre a atuação dos mesmos frente aos princípios da atenção básica, mais especificamente da ESF. Esta análise permite o planejamento, elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas municipais de promoção ao aleitamento materno. Mudar o paradigma do atendimento é um desafio que deve ser enfrentado e vencido (BUENO; TERUYA, 2004).

Diante de tal realidade, pretende-se com este estudo identificar o conhecimento e as práticas de promoção ao aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da ESF do município de Uberaba, Minas Gerais.

Objetivos

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Objetivo geral

→ Analisar a atuação dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Uberaba, Minas Gerais, na promoção ao aleitamento materno.

3.2 Objetivos específicos

→ Caracterizar o perfil sociodemográfico, profissional, de trabalho e de amamentação dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Uberaba, Minas Gerais.

→ Identificar o conhecimento sobre aleitamento materno dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Uberaba, Minas Gerais.

→ Identificar as práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Uberaba, Minas Gerais.

Referencial teórico

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Promoção da saúde

A ideia da promoção da saúde traduz-se em expressões concernentes à realidade atual, como “políticas públicas saudáveis”, “colaboração intersetorial” e “desenvolvimento sustentável”. Resgata-se a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida e ressalta-se o quanto fatores físicos, psicológicos e sociais estão associados à conquista de uma vida saudável, destacando-se a importância do desenvolvimento da participação coletiva e de habilidades individuais (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam indivíduos e seus entornos e para a conquista de melhores condições de vida em geral. É viabilizada por meio de políticas públicas, de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade de indivíduos e comunidades. Parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, e propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, refletindo uma reação à crescente medicalização da vida social, centrada na assistência médica, curativa e individual (BUSS, 2000).

É um campo teórico-prático-político e delinea-se como uma política que percorre o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política tem o compromisso de deslocar a atenção dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência e autonomia durante o processo do cuidado à saúde (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Assim, o termo promoção da saúde refere-se à combinação de ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Trabalha, portanto, com a ideia de responsabilização múltipla pelos problemas e pelas soluções propostas (BUSS, 2000).

Um dos primeiros autores a utilizar a expressão promoção da saúde foi Sigerist² (1946 apud BUSS, 2009, p. 21), ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Afirmou que “a saúde se promove

² SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. In: SIGERIST, H. (Org.). *The University at the Crossroad*. New York: Henry Schumann Publisher, 1946.

proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”.

Leavell e Clark³ (1965, apud BUSS, 2009, p. 21), ao desenvolverem o modelo da história natural da doença e seus três níveis de prevenção, incluíram a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem-estar gerais. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluíam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde.

O conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais nos últimos anos. Neste contexto, as diversas conceituações disponíveis podem ser reunidas em dois grandes grupos (SUTHERLAND; FULTON, 1992).

No primeiro grupo, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação comportamental dos indivíduos, com base em seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas das comunidades em que se encontram. Concentra-se em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças que estão, minimamente, sob o controle dos próprios indivíduos (BUSS, 2009).

Os conceitos do segundo grupo são reunidos em torno da constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, a qual vem caracterizar a promoção da saúde moderna. Neste caso, a saúde é produto dos fatores relacionados com a qualidade de vida, quais sejam: padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social; estilo de vida responsável e adequados cuidados à saúde. Neste grupo, as atividades de promoção da saúde estariam voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente (BUSS, 2009).

Esse moderno movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá em 1974, com a divulgação do documento “A new perspective on the health of Canadians”, ou Informe Lalonde. O documento visava a enfrentar os custos crescentes da assistência médica e questionar a abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, devido aos seus resultados pouco significativos. Os fundamentos do Informe Lalonde encontram-se no conceito de campo da saúde, decomposto em quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. O documento concluiu que a maior parte dos esforços da sociedade canadense e seus gastos diretos com saúde concentravam-se na organização do cuidado médico. Apesar disto, ao se identificarem as causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificou-se que a sua origem estava nos três

³ LEAVELL, H.; CLARK, E. G. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. New York: McGraw-Hill, Inc., 1965.

outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida (LALONDE, 1996; BECKER, 2001; BUSS, 2009).

Diversas conferências internacionais sobre promoção da saúde ocorreram nos últimos anos, as quais foram as principais responsáveis pelas bases conceituais e políticas da moderna promoção da saúde.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde e UNICEF realizaram em Alma-Ata, Cazaquistão, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. A conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde com a proposta da atenção primária e colocou a meta de “Saúde para todos no ano 2000”. Resultou, ainda, no reforço à estratégia da promoção da saúde, culminando com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986 (WHO/UNICEF, 1978; BUSS, 2009).

Essa primeira conferência teve como principal produto a Carta de Ottawa, que se tornou a referência básica e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde. A Carta define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Ademais, o documento traz que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e uma importante dimensão da qualidade de vida. Aponta, ainda, para os diversos determinantes da saúde e para a responsabilidade intersetorial, e estabelece que paz, habitação, educação, alimentação, renda, equidade, justiça social e ambiente sustentável são pré-requisitos básicos para promover melhorias nas condições de saúde da população (BRASIL, 2002b).

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, no ano de 1988, teve como tema central as políticas públicas saudáveis que “se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população”. Identifica-se a questão da intersetorialidade e da responsabilização do setor público pelas políticas sociais, econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e o sistema de saúde (BRASIL, 2002b; BUSS, 2009).

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, em 1991, foi a primeira a abordar a interdependência entre saúde e ambiente em todas as suas dimensões: física ou natural, social, econômica, política e cultural. Neste sentido, referia-se “aos espaços em que pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer”. (BRASIL, 2002b; BUSS, 2009).

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, Indonésia, no ano de 1997, inseriu o setor privado no apoio à promoção da saúde, promoveu reflexões sobre seus

determinantes e identificou as estratégias para consolidar a promoção da saúde no século XXI (BRASIL, 2002b; BUSS, 2009).

Nessa conferência, cinco prioridades foram definidas para a promoção da saúde no século XXI: promover a responsabilidade social com a saúde, por meio de políticas públicas saudáveis e comprometimento do setor privado; aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, por meio do enfoque multissetorial, com investimentos em saúde, e também em educação, habitação e outros setores sociais; consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis de governo e da sociedade; aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exige educação prática, capacitação para a liderança e acesso a recursos; definir cenários preferenciais para atuação em promoção da saúde (escolas, ambientes de trabalho, etc.) (BRASIL, 2002b; BUSS, 2009).

Na V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade do México em 2000, recomendou-se a priorização da promoção da saúde nos programas e políticas governamentais, nos níveis local, regional, nacional e internacional. Além disso, a Declaração do México reafirmou o valor das ações intersetoriais para garantir a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde (BRASIL, 2002b).

Em 2005, durante a VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Bancoc, Tailândia, houve um reforço no que concerne às mudanças no perfil da saúde mundial, com crescimento das doenças crônicas. Estabeleceu-se, assim, a necessidade de controle dos efeitos da globalização sobre a saúde em geral, diminuindo-se a influência das crescentes iniquidades, da rápida urbanização e da degradação do meio ambiente. Ademais, foram propostos alguns compromissos para se alcançar a saúde para todos, quais sejam: desenvolvimento da agenda global, saúde enquanto responsabilidade de todos os governos e meta principal da comunidade e da sociedade civil (WHO, 2005).

Algumas conferências regionais objetivaram a discussão de problemas específicos dos países latinos, mas sempre tendo por base as tendências e experiências internacionais da promoção da saúde (HEIDMANN et al., 2006).

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Bogotá, Colômbia, em 1992, resultou na Declaração de Bogotá, que foi o documento de lançamento da promoção da saúde na América Latina, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional. Reconheceu a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, ao afirmar que “a promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento”. Este documento assumiu que a América Latina enfrentava a

deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento dos riscos para a saúde e uma redução dos recursos para enfrentá-los (BRASIL, 2002b).

A Carta do Caribe, documento decorrente da I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, realizada em 1993 em Trinidad e Tobago, reforçou a importância da promoção da saúde e propôs seis estratégias fundamentais: estabelecimento de parcerias, principalmente com os meios de comunicação; desenvolvimento de habilidades pessoais no que se refere à saúde; reorientação dos serviços de saúde; fortalecimento das comunidades; elaboração de políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1993).

Segundo Starfield (2002), a saúde resulta da combinação entre as características genéticas do indivíduo, seu ambiente social e físico, seu comportamento determinado cultural ou socialmente e a natureza da atenção à saúde oferecida. Para que ocorra uma otimização da saúde, a atenção primária deve focá-la a partir de todos os seus determinantes e não apenas considerá-la como ausência de doença.

O'Donnell (1989) afirma que a promoção da saúde auxilia o indivíduo a aprimorar seu estilo de vida, focando um estado de saúde ótimo, ou seja, um equilíbrio físico, social, espiritual, emocional e intelectual. Esta mudança no estilo de vida poderá ser promovida por meio do conhecimento (conscientização), da alteração de comportamentos e da criação de ambientes de apoio favoráveis à saúde.

Para Carvalho (2008), a promoção da saúde envolve ações integradas e multidisciplinares, cujos objetivos são promover mudanças na assistência à saúde, gestão das políticas públicas e proteção e desenvolvimento social dos indivíduos. Cria e fortalece elos para além do setor saúde, envolvendo diversos setores, programas, agências de governo, organizações não governamentais e movimentos sociais. Dessa forma, todos os setores da sociedade têm sua parcela de responsabilidade no esforço de proteger e cuidar da vida humana, promovendo saúde e qualidade de vida para todos.

Goodstadt, Simpson e Loranger (1987) trazem que a promoção da saúde objetiva manter e elevar os níveis de saúde por meio de programas, serviços e políticas. De acordo com Green e Kreuter (1991), o objetivo da promoção da saúde é permitir que a população domine os fatores determinantes de sua saúde. Para isso, é necessário seu envolvimento, de sua comunidade e de medidas políticas para a promoção de mudanças e criação de ambientes favoráveis à saúde.

Pender (1996) afirma que promoção da saúde não é específica de doença, mas sim, baseia-se em atividades que aumentem o nível de bem-estar e efetivem o potencial de saúde dos indivíduos, das famílias, das comunidades e da sociedade.

Nessa lógica, a promoção da saúde estaria voltada ao coletivo de indivíduos e ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas, de condições e ambientes

favoráveis ao desenvolvimento da saúde, do fortalecimento (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e comunidades, bem como do desenvolvimento de habilidades e atitudes benéficas à saúde (SUTHERLAND; FULTON, 1992; BUSS, 2000; VERDI; CAPONI, 2005).

No Brasil, os fundamentos da criação do SUS incluem o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criação de políticas públicas, a participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade de o setor sanitário se responsabilizar isoladamente pela mudança dos determinantes e condicionantes da saúde. Neste contexto, o SUS compartilha das reflexões e movimentos da moderna promoção da saúde (BRASIL, 2010b).

Propõe-se, então, que o objeto de intervenção em saúde seja os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes. Esta abordagem permite que a organização da atenção e do cuidado envolva, simultaneamente, as medidas e serviços que atuem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades e do sistema de saúde, refletindo sobre as condições de vida e sobre as opções saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010b).

Partindo-se dessas constatações inerentes ao SUS, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo é “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes”, quais sejam: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010b).

A PNPS traz dentre as estratégias para sua implementação o “estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo” e o “desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde”, especialmente na ESF (BRASIL, 2010b).

Além disso, são priorizadas ações específicas voltadas para a alimentação saudável, que destacam a “produção e distribuição de material educativo e desenvolvimento de campanhas na mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios da amamentação”; a “sensibilização dos trabalhadores em saúde quanto à importância e aos benefícios da amamentação”; o “incentivo para a implantação de bancos de leite humano nos serviços de saúde” e a “sensibilização e educação permanente dos trabalhadores de saúde no sentido de orientar as gestantes HIV positivo quanto às especificidades da amamentação (utilização de banco de leite humano e de fórmula infantil)” (BRASIL, 2010b).

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção da saúde, afirmando de forma plena o potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e

cidadania. Uma das ocorrências extremamente importantes no cenário da alimentação e nutrição brasileiras é a manutenção de índices ainda insatisfatórios de aleitamento materno, apesar do incremento ocorrido nas últimas décadas (BRASIL, 2008).

A prática da amamentação desenvolve-se dentro de um contexto sociocultural e, portanto, sofre influências de fatores culturais, crenças e tabus próprios deste contexto (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

É considerando-se esse misto de natureza e cultura que encerra a amamentação que se devem orientar as ações em prol de sua prática, seja individual ou coletivamente. Por se constituir num híbrido, sua abordagem deve contemplar informações técnicas referentes aos aspectos biológicos da lactação e questões subjetivas da mulher (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Assim a promoção do aleitamento materno deve ir além de sua dimensão biológica, assistindo ao binômio mãe-filho enquanto indivíduos inseridos em um contexto social, cultural, histórico, político, econômico, emocional e espiritual. Suas ações devem basear-se nos determinantes das condições em que ocorrem a prática do aleitamento e suas intercorrências, em políticas públicas, programas, atividades e ambientes favoráveis a esta prática, na capacitação e informação das mães, pais, familiares e comunidades e no desenvolvimento de habilidades individuais e atitudes pró-amamentação. A ausência destas ações contribui para a baixa prevalência e duração do aleitamento no Brasil.

A promoção do aleitamento materno objetiva criar valores e comportamentos culturais favoráveis à prática da amamentação para que esta possa ser assumida como norma, fato que se encontra na dependência de políticas públicas nacionais e de recomendações dos serviços sociais e de saúde. A proteção ao aleitamento materno assegura o estabelecimento desta prática social e o cumprimento de um conjunto de dispositivos legais que permitem à mulher gozar o seu direito de amamentar. Já o apoio ao aleitamento consiste em fornecer informações corretas nos momentos oportunos, dotando-se de uma postura de aconselhamento. Para isto, há a necessidade de empenho e mobilização social no sentido de reestabelecer padrões de boas práticas nas instituições (PINTO, 2008).

A preocupação com o incentivo ao aleitamento materno no Brasil figura nas agendas de saúde pública desde 1981, quando foi criado o PNIAM, o qual se fundamentou no resgate à prática da amamentação, concebida como um ato natural, instintivo, biológico, próprio do binômio mãe-filho, em que a mãe é responsável pela saúde de seu filho, reproduzindo a concepção higienista da amamentação do século XIX (ALMEIDA, 1998). Diversas outras medidas foram levadas a efeito nos anos subsequentes e foram responsáveis pelo retorno da prática do aleitamento materno, tais como a modificação do tempo de licença-maternidade na Constituição brasileira de 1988, que passou a ser de

120 dias; e a implementação da IHAC, a partir de 1992, a qual impulsionou as políticas públicas a favor do aleitamento materno. Ressalta-se o fato de que esta iniciativa incorporou o significado de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, dando visibilidade aos contornos que caracterizam a amamentação como uma prática social (ALMEIDA, 1999). Destaca-se, ainda, a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano em 1998, que reforçou a promoção ao aleitamento materno; e a publicação, em 2002, da nova versão da NBCAL, uma norma marcadamente protetional, típica de regulamentações de ações e políticas públicas, que possui princípios reguladores de conduta, os quais, ao serem violados implicam em sanções. Além disso, outras estratégias foram criadas para a promoção do aleitamento materno, tais como a Semana Mundial de Aleitamento Materno que acontece todo ano durante o mês de agosto, desde 1992; e o projeto Carteiro Amigo da Amamentação. Para o apoio a esta prática social, foram criados o projeto Bombeiro Amigo da Amamentação e o Método Canguru, em 2000 (MAIA et al., 2006).

Visando-se a estimular a rede básica de saúde para efetivar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nos serviços de pré-natal e puericultura, foi lançada, em 1999, pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro a IUBAAM, que tem por objetivo mobilizar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a adoção dos “Dez passos para o sucesso da amamentação” para a atenção básica (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005). Além disso, mais recentemente, em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Rede Amamenta Brasil, por meio da adoção de linhas de cuidado voltadas para a promoção do aleitamento coordenadas pela atenção básica, a qual se integra às demais redes, como a IHAC, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e outras iniciativas intra e extrasetoriais de apoio e estímulo ao aleitamento, visando a consolidar uma rede horizontal, participativa, colaborativa e descentralizada (BRASIL, 2009a).

A atual Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno visa a atenção integral ao binômio mãe-filho em processo de amamentação, por meio de estratégias que envolvam a atenção básica, a atenção hospitalar, os bancos de leite, a proteção legal ao aleitamento materno, as campanhas, a divulgação e o monitoramento, com o objetivo de melhorar os índices da prática da amamentação no Brasil.

Entretanto, a ausência de comprometimento, informação, sensibilização, capacitação técnico-científica e preparo biopsicossocial dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem, em relação ao aleitamento materno e à abordagem das gestantes e nutrízes, interfere negativamente sobre seu conhecimento e sobre suas práticas de promoção, e, conseqüentemente, contribui para o desmame precoce.

Os profissionais de saúde, neste processo, devem promover o diálogo com a população, especificamente as gestantes, nutrízes e seus entornos, resgatando e valorizando seus valores, cultura

e condições de vida. Além disso, devem ajudá-las a compreender o seu contexto, estimulando a sua participação na elaboração de meios para melhorar as suas condições de vida e saúde. A partir disso, ações pautadas na promoção da saúde permitem a capacitação dos indivíduos, no caso as mulheres, para exercerem o controle dos fatores determinantes de sua saúde (HEIDMANN et al., 2006). Entretanto, faz-se necessário reconhecer que a maioria dos profissionais desconhece o real significado do termo promoção da saúde, confundindo-o com a prevenção de doenças.

A atual ESF, que surge como uma alternativa de reorganização da atenção à saúde, nasce do contexto histórico e conceitual da promoção da saúde e tem plena identidade com seus princípios definidores (BECKER, 2001). Assim, a identificação do conhecimento e das práticas de promoção ao aleitamento materno dos profissionais de enfermagem inseridos nesta estratégia indicará se há a necessidade de se investir em educação permanente, sensibilizando-os e habilitando-os em relação à promoção da saúde.

Nesse sentido, a utilização do referencial da promoção da saúde facilita a compreensão dos determinantes das condições de saúde dos indivíduos e comunidades, orienta as respostas às suas necessidades e interesses e contribui para a tomada de decisões no ato de cuidar e agir dos profissionais (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Participantes e
Método

5 PARTICIPANTES E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório.

Em estudos observacionais, o pesquisador observa e mede características dos sujeitos, objetos do estudo, sem, no entanto, modificá-los. Podem ser subcategorizados em estudos transversais, retrospectivos e prospectivos (TRIOLA, 2008). Este tipo de estudo é restrito à investigação de situações que ocorrem naturalmente (PEREIRA, 2006).

Os estudos transversais são utilizados para estimar a frequência com que um evento ocorre em determinada população, além de seus fatores associados. Os dados são observados, medidos e coletados em um único ponto no tempo, e as informações sobre a exposição e o desfecho são obtidas simultaneamente (PEREIRA, 2006).

Os estudos descritivos objetivam informar sobre a distribuição de determinado evento, em uma população, em termos quantitativos. O pesquisador deve apenas observar como o evento ocorre e expressar as frequências de modo apropriado. A essência deste tipo de estudo é a adequada distribuição de frequências, utilizada para alcançar os seguintes objetivos: identificar grupos de risco, o que informa sobre as características e necessidades de segmentos populacionais que podem beneficiar-se de medidas saneadoras; e propor explicações para as variações de frequências, fundamentando a continuidade de pesquisas sobre o assunto, por meio de estudos analíticos (PEREIRA, 2006).

A análise exploratória caracteriza-se pela ênfase dada à investigação dos dados, por meio do uso de ferramentas estatísticas, com o objetivo de compreender suas características importantes (TRIOLA, 2008).

5.2 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido nas equipes urbanas da ESF da Secretaria Municipal de Saúde do município de Uberaba, localizado na macrorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, no Estado de Minas Gerais, Brasil.

Uberaba é a cidade polo da microrregião de saúde composta pelos municípios de Veríssimo, Conquista, Delta, Conceição das Alagoas, Campo Florido e Água Comprida e da macrorregião de saúde do Triângulo Sul. Está equidistante, num raio de 500 quilômetros (km), dos principais centros urbanos consumidores do país (Belo Horizonte, Brasília, Goiânia, Rio de Janeiro, São Paulo e Vitória).

O município possui uma área total de 4.540,5 km², sendo 256,0 km² de área urbana e 4.284,5 km² de área rural. Com base em contagem estimada da população pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em julho de 2009, Uberaba possui, aproximadamente, 296.261 habitantes, sendo 96,9% destes, residentes da zona urbana do município. A estratificação populacional por sexo mostra que existe uma predominância do estrato feminino, o qual representa 51,9% da população (UBERABA, 2009b).

Uberaba apresenta uma taxa de crescimento de 1,3%. Os coeficientes de natalidade geral e mortalidade geral são, respectivamente, 12,6 e 6,5. A taxa de mortalidade infantil é de 12 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos e a de longevidade de 73,9 anos (UBERABA, 2009a). No ano de 2009, segundo o SIAB, nasceram vivas no município 906 crianças.

No que se refere ao saneamento básico, Uberaba possui 98% de esgoto tratado, 99,9% da população abastecida por água encanada, 99,9% dos imóveis com energia elétrica, 100% de cobertura da coleta de lixo e 99% das vias pavimentadas. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Uberaba está entre os 95 municípios do país com melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), sendo superior a 98% dos municípios brasileiros e ocupando o quarto lugar no Estado de Minas Gerais (UBERABA, 2009a).

Sua economia é apoiada em um tripé, sendo o segmento de serviços o principal responsável pela movimentação financeira do município (58%), seguido pela indústria (32,8%) e pela agropecuária (9,2%). Além disso, possui um centro educacional com 150 instituições de ensino que oferecem educação básica, profissionalizante e superior (UBERABA, 2009a).

No que se refere ao setor saúde, em 1990 o município teve seu território dividido em três distritos sanitários (DS). Cada distrito possui, aproximadamente, seis áreas de abrangência na zona urbana e de uma a seis na zona rural. A população de cada uma destas áreas foi definida a partir dos setores censitários e definiu-se que a UBS seria a responsável pela atenção primária de cada uma delas.

Uberaba é um polo regional de atendimento à saúde e possui uma completa rede de serviços. O município conta hoje com 32 unidades de atendimento primário: duas UBSs tradicionais; 22 unidades de saúde da família (USF), sendo 15 na zona urbana e sete na zona rural; e oito unidades matriciais de saúde (UMS), nas quais coexistem equipes de saúde da família e equipes da rede municipal de saúde, responsáveis pelos atendimentos em especialidades básicas (ginecologia, pediatria e clínica geral) e funcionando como suporte à ESF. Estas 32 unidades juntas respondem pela demanda da atenção primária no município.

A ESF foi implantada em Uberaba a partir de 1996 e sua expansão e consolidação se deram em meados do ano 2001, quando passou a ser considerada como alternativa na reorientação da

atenção básica do SUS, substituindo, gradativamente, as antigas UBSs (UBERABA, 2001). A implantação das equipes de saúde da família iniciou-se nas regiões classificadas como precárias e ruins e, gradativamente, a cobertura estendeu-se por meio da criação de novas equipes, visando a atender 100% da população (MARTINS, 2006).

Atualmente o município de Uberaba é composto por 50 equipes de saúde da família, sendo 46 na zona urbana e quatro na zona rural, as quais oferecem assistência para, aproximadamente, 57,8% (169.050 usuários) da população, estando a zona rural 100% coberta. Todas as equipes são constituídas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório odontológico e, em média, seis agentes comunitários de saúde (ACS), além das equipes de apoio voltadas para a administração, limpeza e vigilância. Destaca-se que após o processo seletivo realizado no ano de 2009 pela Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de contratar enfermeiros e técnicos de enfermagem para a atenção básica, não há mais auxiliares de enfermagem nas equipes de saúde da família.

Em relação à estrutura física das 46 equipes de saúde da família localizadas na zona urbana, 35 delas estão alocadas em unidades próprias da prefeitura, nove estão em casas alugadas e adaptadas para abrigá-las, uma está localizada em um antigo centro espírita e uma encontra-se inserida no Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC). Já no que se refere à distribuição destas equipes nas 15 USFs e oito UMSs, podem-se encontrar sete unidades com apenas uma equipe em sua estrutura, nove com duas equipes e sete com três equipes instaladas. Há uma recomendação por parte da Secretaria de Saúde de que cada USF deve alocar no máximo três equipes de saúde da família, assim como cada matricial deve possuir três equipes de saúde da família juntamente com uma equipe tradicional, mas esta última recomendação não é uma regra seguida por algumas unidades. (UBERABA, 2001).

No município de Uberaba, a assistência à saúde materno-infantil desenvolve-se nos três níveis de atenção, incluindo as equipes de saúde da família; serviços de apoio e diagnóstico, com destaque para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); os serviços do CAISM e do ambulatório da UFTM (referência para pré-natal de alto risco) e os hospitais conveniados para atendimento ao parto.

A Secretaria de Saúde do município não conta com um programa específico em seu organograma e nem com um protocolo para o atendimento em aleitamento materno.

5.3 Participantes do estudo

A população do estudo foi composta, inicialmente, por enfermeiros e técnicos de enfermagem que estavam atuando, no momento da coleta dos dados, nas 46 equipes da ESF localizadas na zona

urbana do município de Uberaba, totalizando 92 profissionais. Destes, 46 eram enfermeiros e 46 eram técnicos de enfermagem.

Sete profissionais não puderam participar da pesquisa, sendo um enfermeiro, que fez parte do estudo-piloto, e seis técnicos de enfermagem, pois um deles estava em vias de contratação, dois estavam afastados por licença-saúde, um participou do estudo-piloto e dois pelo fato de duas equipes não contarem com técnico de enfermagem em seu quadro de funcionários, no momento da coleta dos dados.

Configurou-se, assim, uma população de estudo de 85 participantes, sendo 45 enfermeiros e 40 técnicos de enfermagem.

Os participantes foram incluídos no estudo conforme os critérios de inclusão estabelecidos: atuar em equipes de saúde da família localizadas na zona urbana do município de Uberaba e aceitar participar da pesquisa. Foi estabelecido como critério de exclusão a atuação de profissionais em equipes da zona rural, cujo acesso é dificultado pela distância.

5.4 Instrumentos de coleta dos dados

Os instrumentos de coleta dos dados utilizados neste estudo constituíram-se em dois questionários autoaplicáveis e semiestruturados com questões abertas e fechadas, sendo um específico para enfermeiros (APÊNDICE C) e outro para técnicos de enfermagem (APÊNDICE D).

Os questionários foram preenchidos individualmente e em um mesmo momento pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, com a presença da pesquisadora no local. Tais cuidados foram tomados visando a evitar que discussões sobre o tema interferissem nas respostas. Ambos os questionários foram previamente testados e validados (BECKER, 2001), e sua utilização neste estudo foi autorizada pelo autor responsável por sua elaboração (BECKER, 2001). Vale destacar que os instrumentos originais foram adaptados para o contexto da atenção primária, a partir dos questionários utilizados pela IHAC para a autoavaliação dos hospitais.

Esses instrumentos contemplaram questões relacionadas ao delineamento do perfil sociodemográfico, profissional, de trabalho e de amamentação dos profissionais de enfermagem e à identificação do conhecimento e das práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas por eles em suas unidades de saúde.

Para a identificação do conhecimento dos profissionais sobre aleitamento materno, foram utilizadas dez questões, do tipo verdadeiro ou falso, e três questões abertas, as quais abordaram as vantagens do aleitamento para o binômio mãe-filho, os aspectos importantes a serem verificados

durante uma mamada e as sugestões a serem oferecidas às nutrizas com problemas nas mamas. Tais questões foram idênticas em ambos os questionários.

Como referência e respaldo teórico para a correção das respostas às questões, tipo verdadeiro ou falso, foi utilizado o Caderno de Atenção Básica número 23, intitulado “Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2009. Esta referência é o que há de mais concreto, atual e abrangente em relação à promoção do aleitamento materno no Brasil. Está inserida em um trabalho do Ministério da Saúde que visa a sensibilizar e subsidiar os profissionais da atenção básica, além de trazer estratégias atuais de abordagem do aleitamento materno num contexto de redes de atenção, a partir da atenção básica. Seu objetivo é potencializar as ações de promoção ao aleitamento materno dentro da visão integral de cuidado à saúde (BRASIL, 2009c).

Em relação às práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, exclusivamente, por enfermeiros, o questionário buscou investigar atividades relacionadas às consultas de pré-natal e puericultura. Já no que se refere às práticas desenvolvidas por técnicos de enfermagem, o questionário abordou os encontros destes profissionais com gestantes, nutrizas e crianças. Ressalta-se, ainda, que ambos os questionários investigaram práticas relacionadas aos grupos educativos para gestantes e nutrizas, visitas domiciliares às puérperas e atividades de educação continuada, por serem desenvolvidas por toda a equipe de enfermagem.

O questionário utilizado neste estudo para técnicos de enfermagem foi aplicado por Becker (2001) para ACSs, em sua pesquisa sobre amamentação e promoção da saúde na ESF. O referido questionário também foi aplicado para auxiliares e técnicos de enfermagem por Caldeira et al. (2007) e Azeredo et al. (2008), em seus estudos sobre aleitamento materno, após algumas reformulações. Para o presente estudo, duas adaptações foram realizadas neste instrumento: utilizou-se a variável data de nascimento ao invés de idade (em anos), como encontrado no instrumento original e substituiu-se a abordagem do aleitamento materno nas atividades de supervisão pela abordagem na educação continuada em serviço.

No que se refere ao questionário utilizado na presente investigação para enfermeiros, o qual também foi aplicado para médicos no estudo de Becker (2001), foram realizadas quatro adaptações: a retirada de uma questão referente à categoria profissional do participante; a exclusão do termo “período matutino típico” na questão que solicita os horários de entrada e saída do profissional na unidade, sendo, portanto, considerado o período integral; e duas adaptações idênticas às realizadas no questionário para técnicos de enfermagem.

Os instrumentos utilizados focam, principalmente, o manejo clínico da amamentação e apresentam uma visão coercitiva das ações e orientações realizadas pelos profissionais, não havendo,

portanto, um aprofundamento e preocupação com a forma como se dão as atividades.

Assim, pretendendo-se contemplar as falhas destes instrumentos e obter uma visão ampliada que permita detectar elementos essenciais dentro da abordagem do aleitamento materno pelos profissionais de enfermagem que condizem com a promoção desta prática social, iniciou-se o segundo momento da coleta dos dados, o qual utilizou a metodologia da observação.

A observação permite ao pesquisador o contato direto com o fenômeno observado e a obtenção de informações sobre a realidade dos sujeitos em seus próprios contextos, o que não pode ser obtido por meio de perguntas (MINAYO, 2004). É por meio da observação, enquanto ato intelectual, que se forma a concepção do objeto de estudo como fonte direta de dados e informações, obtidos na ocorrência espontânea dos fatos (QUEIROZ et al., 2007).

5.5 Procedimentos para coleta dos dados

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem foram convidados a participar do estudo, de acordo com os critérios de inclusão, após receberem esclarecimentos sobre a natureza e os objetivos da pesquisa. Os profissionais que aceitaram participar formalizaram sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A e B), atendendo à Resolução 196/96 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados foram coletados em dois momentos: o primeiro se deu por meio da aplicação dos questionários (APÊNDICES C e D) e o segundo por meio das observações das atividades direcionadas para a assistência à gestante e ao binômio mãe-filho.

O primeiro momento da coleta dos dados aconteceu entre três de março e 29 de abril de 2010. Os enfermeiros foram previamente contatados, momento em que foram esclarecidos sobre a pesquisa, convidados a participar e agendados as datas e horários para aplicação dos questionários, de acordo com suas disponibilidades. O tempo médio de preenchimento dos questionários pelos participantes foi de 35 minutos.

A segunda etapa da coleta dos dados desenrolou-se de 17 de maio a 30 de julho de 2010, período suficiente de permanência da pesquisadora-observadora em campo, o qual, segundo Ross e Kyle (1982), pode variar de seis semanas a três anos em estudos na área da saúde, assim como pode ser determinado pelos objetivos do estudo e pela saturação dos dados.

Previamente à realização das observações, foi feita uma análise rápida dos questionários respondidos pelos profissionais, com o objetivo de detectar as USFs onde aconteciam as atividades a serem observadas, quais sejam: consultas de pré-natal e puericultura, grupos de gestantes e de

puericultura, visitas domiciliares às puérperas, atendimentos e conversas com gestantes e nutrizes, além da demanda espontânea.

As observações foram realizadas nas USFs onde os profissionais afirmaram desempenhar as atividades citadas anteriormente. Para isso, foi feito contato com os enfermeiros para verificar o dia e horário em que as atividades aconteciam. Além disso, a pesquisadora também utilizou a estratégia de permanecer em algumas unidades em períodos diferentes do dia (sete às dez horas; dez às 13 horas; 13 às 16 horas) com o objetivo de acompanhar o enfermeiro e o técnico de enfermagem nos atendimentos às usuárias gestantes ou nutrizes que comparecessem à unidade como demanda espontânea. Desta forma, observaram-se atividades como vacinação de crianças e teste do pezinho.

Novamente, solicitou-se o consentimento dos profissionais, por meio do TCLE, para o acompanhamento de suas ações junto às gestantes e nutrizes, depois de realizados os esclarecimentos sobre como se dariam estas observações.

As observações foram realizadas considerando-se: a dinâmica do serviço; o fluxo da usuária desde a sala de espera até a sala de consultas, grupos educativos e sala de vacinas; o acolhimento; a estrutura física da unidade, das salas de consultas, da sala de espera, da recepção, da sala de vacinas e da sala de reuniões/grupos; a ambiência; a privacidade; e a atuação dos profissionais durante as atividades. No que se refere às visitas domiciliares, consideraram-se as condições do domicílio e, prioritariamente, a abordagem do binômio mãe-filho pelos profissionais.

Durante as observações, a pesquisadora acompanhou a usuária desde a sala de espera até o local onde seria realizado o atendimento. Neste ambiente, o posicionamento foi feito de forma a não interferir ou prejudicar o desenvolvimento das atividades, atentando-se para a necessidade de visão ampla do espaço e dos sujeitos envolvidos. Houve, também, a preocupação em manter-se o silêncio durante o momento da observação. Em relação às observações ocorridas no domicílio, as mesmas precauções foram tomadas, e a pesquisadora acompanhou os profissionais desde sua saída da unidade até seu retorno à mesma.

Imediatamente após as observações, a pesquisadora dispensou tempo considerável para o registro dos eventos observados em um diário de campo específico para esta etapa da coleta dos dados (APÊNDICE E). A tarefa primária de um observador é transcrever para o diário de campo tudo o que observou e ouviu durante a observação, sem, no entanto, fazer interpretações e inferências dos eventos e expressar sentimentos em relação aos observados. Entretanto, tais notas e comentários podem ser feitos, desde que, destacados do restante das transcrições (MAYKUT; MOREHOUSE, 2005).

Destaca-se que, durante todo o desenvolvimento deste estudo, a pesquisadora fez uso de um diário de campo, além daquele utilizado particularmente para as observações, onde registrou

informações não obtidas por meio da utilização dos instrumentos de coleta dos dados, como: questionamentos, agendamentos, dados da pesquisa, impressões e percepções pessoais, resultados de conversas informais, manifestações dos sujeitos, dentre outros dados.

De acordo com Minayo (2004), o diário de campo é um instrumento utilizado pelo pesquisador durante todo o trabalho de desenvolvimento da pesquisa, que permite a construção de um conjunto de detalhes e dados que irão reunir os diferentes momentos da investigação e auxiliar na descrição e análise do objeto estudado.

Portanto, para a construção deste estudo, houve uma interlocução da pesquisa quantitativa advinda dos questionários com a pesquisa qualitativa advinda das observações. O conjunto de dados qualitativos e quantitativos é complementar entre si, pois a realidade que abrangem interage de forma dinâmica, excluindo qualquer oposição e dicotomia (MINAYO, 2004). Esta complementaridade contribuiu para as investigações e permitiu uma visão ampliada do objeto estudado, direcionando o planejamento de estratégias e mudanças para a realidade local.

5.6 Variáveis do estudo

Para a análise univariada, foram consideradas as seguintes variáveis:

→ Variáveis de caracterização sociodemográfica:

- idade: em anos completos na data da coleta dos dados;
- sexo: feminino ou masculino;
- filhos: sim ou não;
- número de filhos.

→ Variável relacionada à amamentação dos filhos:

- filhos foram amamentados: sim ou não.

→ Variáveis de caracterização profissional:

- número de cursos sobre aleitamento materno: nunca, uma vez, duas vezes, pelo menos três vezes;
- duração, aproximada, do maior curso sobre aleitamento materno: em horas;
- percepção quanto à própria competência para atuação em aleitamento materno: sim ou não.

→ Variáveis de caracterização do trabalho dos profissionais:

- tempo de trabalho na equipe de saúde da família atual: em meses;

- realização de consultas (apenas para enfermeiros): sim ou não;
- número de pacientes atendidos, em média, por dia de consultas (apenas para enfermeiros);
- horário de entrada no trabalho (apenas para enfermeiros);
- horário de saída do trabalho (apenas para enfermeiros).

→ Variáveis relacionadas ao conhecimento sobre aleitamento materno dos profissionais:

- necessidade de lavar o mamilo com água e sabão após cada mamada: verdadeiro ou falso;
- necessidade de alternar as mamas após, aproximadamente, dez minutos de início da mamada: verdadeiro ou falso;
- uso de chupetas prejudica a amamentação: verdadeiro ou falso;
- necessidade de massagear as mamas antes da mamada e aplicar compressas geladas após, em caso de ingurgitamento mamário: verdadeiro ou falso;
- necessidade de complementação, caso não haja descida do leite até três dias após o parto: verdadeiro ou falso;
- exposição à luz solar é benéfica para a mama: verdadeiro ou falso;
- necessidade de regularidade dos intervalos entre as mamadas: verdadeiro ou falso;
- necessidade de complementação, caso haja diminuição da produção do leite: verdadeiro ou falso;
- leite do início da mamada é diferente do leite final: verdadeiro ou falso;
- influência cultural e familiar no sucesso da amamentação: verdadeiro ou falso.

→ Variáveis relacionadas às práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem:

- frequência de orientações sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação: em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- participação em atividades educativas em grupo: sim ou não;
- frequência de orientações sobre aleitamento materno durante as atividades educativas em grupo: em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- retorno das mulheres aos grupos após o parto: quase todas, algumas, quase nenhuma;
- frequência das trocas de informações e experiências sobre aleitamento materno entre as nutrízes nos grupos: em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- frequência da participação dos profissionais em visitas domiciliares às puérperas: não faz este tipo de visita, frequentemente, eventualmente, raramente;
- idade dos bebês no momento da primeira visita domiciliar após o nascimento: até três dias, até sete dias, até 15 dias, até 30 dias, mais que 30 dias, não faz este tipo de visita;

- contato com grupos comunitários de apoio à amamentação: sim ou não;
- encaminhamento de mães que amamentam aos grupos comunitários de apoio à amamentação: sim ou não.

→ Variáveis relacionadas às práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas pelos enfermeiros:

- realização de consultas pré-natal: sim ou não;
- duração das consultas de pré-natal: em minutos;
- frequência das orientações sobre as vantagens/importância da amamentação durante as consultas de pré-natal: em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- realização de consultas de puericultura: sim ou não;
- duração das consultas de puericultura: em minutos;
- frequência das orientações sobre as vantagens/importância da amamentação durante as consultas de puericultura: na maioria das consultas, eventualmente, muito raramente;
- frequência do questionamento sobre o andamento da amamentação durante as consultas de puericultura: na maioria das consultas, eventualmente, muito raramente;
- frequência das orientações sobre prevenção ou tratamento de fissuras, dor ou ingurgitamento mamário durante as consultas de puericultura: na maioria das consultas, eventualmente, muito raramente;
- frequência da verificação de uma mamada do bebê durante as consultas de puericultura: na maioria das consultas, eventualmente, muito raramente;
- frequência das orientações sobre aleitamento materno durante as visitas domiciliares às puérperas: não participa deste tipo de atividade, em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- frequência da verificação de uma mamada e correção dos possíveis erros nas visitas domiciliares: em quase todas as visitas, em algumas visitas, raramente, não participa deste tipo de atividade;
- frequência das orientações sobre aleitamento materno nas atividades de educação continuada: não participa deste tipo de atividade, em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- questões abordadas nas atividades educação continuada: não participa deste tipo de atividade, técnicas de amamentação (sim ou não), importância/vantagens da amamentação (sim ou não), prevenção e solução das dificuldades na amamentação (sim ou não), outros (sim ou não, e especificar).

→ Variáveis relacionadas às práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem:

- preocupação em descobrir uma gestante na comunidade: não se preocupa, se preocupa;
- formas utilizadas para descobrir uma gestante na comunidade: pelo teste de gravidez, por conversas informais, pelas visitas domiciliares, outras maneiras (especificar);
- preocupação em descobrir uma puérpera na comunidade: não se preocupa, se preocupa;
- formas utilizadas para descobrir uma puérpera na comunidade: pelas visitas domiciliares, pela família, pelo contato com a maternidade, outros (especificar);
- frequência das orientações sobre as vantagens/importância do aleitamento materno durante conversas com gestantes: na maioria das vezes, às vezes, muito raramente;
- frequência das orientações sobre as vantagens/importância do aleitamento materno durante os encontros com mães de crianças menores de seis meses: na maioria das vezes, às vezes, muito raramente;
- frequência do questionamento sobre o andamento da amamentação durante os encontros com mães de crianças menores de seis meses: na maioria das vezes, às vezes, muito raramente;
- frequência da verificação de uma mamada do bebê e correção dos possíveis erros durante os encontros com mães de crianças menores de seis meses: na maioria das vezes, às vezes, muito raramente;
- frequência das orientações sobre prevenção ou tratamento de fissuras, dor ou ingurgitamento mamário durante os encontros com mães de crianças menores de seis meses: na maioria das vezes, às vezes, muito raramente;
- frequência de recebimento de orientações sobre aleitamento materno nas atividades de educação continuada: não participa, em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- questões abordadas nas atividades de educação continuada: não participa, técnicas de amamentação (sim ou não), importância/vantagens da amamentação (sim ou não), prevenção e solução das dificuldades na amamentação (sim ou não), outros (sim ou não, e especificar).
- frequência das orientações sobre aleitamento materno na primeira visita domiciliar às puérperas após o parto: em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente.

Para a análise bivariada, foram consideradas as seguintes variáveis:

→ Variável-resposta A:

- média de acertos no teste de conhecimento sobre aleitamento materno, tipo verdadeiro ou falso.

→ Variáveis explanatórias A:

- filhos foram amamentados: sim ou não;
- participação em cursos sobre aleitamento materno: sim ou não;
- percepção quanto à própria competência para atuação em aleitamento materno: sim ou não.
- tempo de atuação na equipe de saúde da família atual: meses.

→ Variáveis-resposta B:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem:

- frequência de orientações sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação: em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- frequência de orientações sobre aleitamento materno durante as atividades educativas em grupo: em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente.

Enfermeiros:

- frequência das orientações sobre as vantagens/importância da amamentação durante as consultas de pré-natal: em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- frequência das orientações sobre as vantagens/importância da amamentação durante as consultas de puericultura: na maioria das consultas, eventualmente, muito raramente;
- frequência das orientações sobre prevenção ou tratamento de fissuras, dor ou ingurgitamento mamário durante as consultas de puericultura: na maioria das consultas, eventualmente, muito raramente;
- frequência da verificação de uma mamada do bebê durante as consultas de puericultura: na maioria das consultas, eventualmente, muito raramente;
- frequência das orientações sobre aleitamento materno durante as visitas domiciliares às puérperas: não faz este tipo de visita, em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente;
- frequência da verificação de uma mamada e correção dos possíveis erros nas visitas domiciliares: em quase todas as visitas, em algumas visitas, raramente, não faz este tipo de visita;
- frequência das orientações sobre aleitamento materno nas atividades de educação continuada: não participa deste tipo de atividade, em quase todos os encontros, em alguns encontros, raramente;

Técnicos de enfermagem:

- frequência das orientações sobre as vantagens/importância do aleitamento materno durante conversas com gestantes: na maioria das vezes, às vezes, muito raramente;

- frequência das orientações sobre as vantagens/importância do aleitamento materno durante os encontros com mães de crianças menores de seis meses: na maioria das vezes, às vezes, muito raramente;
- frequência da verificação de uma mamada do bebê e correção dos possíveis erros durante os encontros com mães de crianças menores de seis meses: na maioria das vezes, às vezes, muito raramente;
- frequência das orientações sobre prevenção ou tratamento de fissuras, dor ou ingurgitamento mamário durante os encontros com mães de crianças menores de seis meses: na maioria das vezes, às vezes, muito raramente;
- frequência das orientações sobre aleitamento materno na primeira visita domiciliar às puérperas após o parto: em quase todos os encontros, em alguns encontros, muito raramente.

→ Variável explanatória B:

- média de acertos no teste de conhecimento sobre aleitamento materno, tipo verdadeiro ou falso.

5.7 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica, no software Excel, e passaram por validação via dupla digitação. Para a análise estatística, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0.

Para o primeiro objetivo, foi utilizada a análise univariada dos dados, os quais estão apresentados na forma de distribuição de frequências absolutas e relativas, e para as variáveis quantitativas, foram calculados valores de média e mediana (medidas-resumo), desvios-padrão e valores máximo e mínimo (medidas de variação).

Quanto ao segundo objetivo, além da análise univariada dos dados, empregou-se a análise bivariada para identificar a relação entre a variável-resposta (média de acertos no teste de conhecimento) e as variáveis explanatórias (amamentação dos filhos, realização de cursos sobre aleitamento materno, percepção quanto à própria competência para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação e tempo de atuação nas equipes de saúde da família), sendo utilizada a comparação de medidas-resumo entre os diferentes grupos ou fatores definidos pelas variáveis categóricas e a análise de Correlação Linear de Pearson.

Para o terceiro objetivo, além da análise univariada dos dados, foi realizada a análise bivariada para identificar a relação entre as variáveis-resposta (frequência da abordagem do aleitamento

materno pelos profissionais de enfermagem em suas atividades nas USFs) e a variável explanatória (média de acertos no teste de conhecimento), sendo utilizada a análise de Correlação de Spearman.

Destaca-se que, para as análises de Correlação de Pearson e Spearman, foram adotados valores do Coeficiente de Correlação (r) para determinar a intensidade das correlações entre as variáveis-respostas e explanatórias (DANIEL, 1974), quais sejam:

$0 < |r| < 0,3 \rightarrow$ Correlação fraca

$0,3 \leq |r| < 0,7 \rightarrow$ Correlação moderada

$0,7 \leq |r| \leq 1 \rightarrow$ Correlação forte

5.8 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto desta pesquisa foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba e, posteriormente, encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, atendendo à determinação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), a qual determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado sob protocolo número 1035/2009 (ANEXO A).

A pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos, respeitando-se a dignidade humana. Assim, constaram nos TCLEs (APÊNDICES A e B) os procedimentos da pesquisa e os parâmetros de segurança para os sujeitos participantes do estudo, ficando uma via assinada com a pesquisadora e outra via com o profissional de saúde entrevistado. Garantiram-se o sigilo e o anonimato dos sujeitos, os quais foram identificados por números.

5.9 Estudo-piloto

Foi realizado, durante o mês de outubro de 2009, estudo-piloto com dois profissionais pertencentes a equipes diferentes, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. O número reduzido de participantes deveu-se ao fato de que, no ano de 2009, a Secretaria de Saúde do município de Uberaba passou por um processo seletivo para contratação de novos enfermeiros e técnicos de enfermagem para a ESF. Neste contexto, alguns enfermeiros e técnicos de enfermagem previamente atuantes foram demitidos e, portanto, grande parte das equipes esteve sem estes profissionais durante o ano, especialmente, no segundo semestre, o que culminou com a interrupção do estudo-piloto.

Tomando-se por base estas duas entrevistas, foi possível vislumbrar alguns resultados e impressões prévias. A duração média das entrevistas foi de 40 minutos e houve certa dificuldade para o agendamento das mesmas. O contato por telefone não foi viável, sendo necessária a ida da

pesquisadora até à unidade de saúde com o objetivo de agendar um momento para a aplicação dos questionários ou mesmo para aplicá-los, caso houvesse disponibilidade por parte dos profissionais. Durante estas visitas às unidades, foi possível a aplicação imediata do questionário para o técnico de enfermagem, porém, o enfermeiro solicitou agendamento da entrevista para outro momento, o qual foi adequadamente cumprido.

Durante a aplicação dos questionários, ambos os profissionais solicitaram ajuda para responder a algumas questões relativas ao conhecimento sobre aleitamento materno, especialmente as questões que exigiam respostas abertas. Ressalta-se, ainda, que ambos não conheciam o conceito de apoadura, o qual aparece no corpo dos instrumentos.

Diante desses empecilhos impostos durante o estudo-piloto, o modo como estavam sendo feitos os agendamentos para aplicação dos questionários foi revisto. Assim, durante a coleta dos dados, o contato com os profissionais continuou sendo via telefone. Entretanto, neste momento, o agendamento foi feito diretamente com o enfermeiro da equipe e sempre para o próximo dia após o contato, pois, desta forma, haveria condições de os profissionais verificarem e confirmarem suas disponibilidades. Quando outro momento foi sugerido pelo enfermeiro, que não o dia seguinte ao contato, registrou-se em diário de campo o dia e horário solicitados e no dia anterior ao agendado retornou-se a ligação com o objetivo de confirmar a disponibilidade dos profissionais para a aplicação dos questionários no dia seguinte.

No que se refere às dificuldades, apresentadas pelos profissionais durante o estudo-piloto, relativas à compreensão de algumas questões que utilizaram terminologias da linguagem técnica, com destaque para a falta de conhecimento sobre o conceito de apoadura, não foram feitas alterações na linguagem utilizada no corpo dos instrumentos. Dessa forma, durante a coleta dos dados, quando os questionamentos em relação a terminologias e conceitos surgiram, a pesquisadora esclareceu o significado dos mesmos sem, no entanto, revelar a resposta correta das questões que abarcavam tais termos. Acredita-se que por ser uma pesquisa que visa a identificar e a analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre aleitamento materno, o esclarecimento de termos e conceitos relativos ao tema, até então desconhecidos por tais profissionais, enriquece sua bagagem teórica e permite o aprimoramento de seus encontros com gestantes e nutrizes em processo de amamentação.

Durante a realização das observações, alguns profissionais solicitaram à pesquisadora que fizesse uma avaliação das atividades desenvolvidas por eles. Nestes momentos foi-lhes explicado que a intenção deste estudo não é verificar se a sua atuação ocorre de maneira correta ou incorreta e sim conhecer como ela se dá, sem, no entanto, atribuir juízo de valor.

Um ponto importante a ser destacado é o de que os profissionais, tanto no estudo-piloto quanto na coleta dos dados propriamente dita, se mostraram receptivos e dispostos a nos receber e participar da pesquisa, interrompendo, muitas das vezes, suas atividades em andamento.

Resultados

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas partes. A primeira refere-se ao perfil sociodemográfico, profissional, de trabalho e de amamentação dos filhos dos enfermeiros e técnicos de enfermagem participantes do estudo. A segunda parte traz os dados de identificação do conhecimento e das práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem em seu dia a dia de trabalho.

6.1 Caracterização dos profissionais de enfermagem

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes deste estudo quanto às características sociodemográficas e de amamentação dos filhos.

Fizeram parte do estudo 85 profissionais de enfermagem, sendo 45 (52,9%) enfermeiros e 40 (47,1%) técnicos de enfermagem.

A idade destes 85 profissionais variou entre 22 e 55 anos, com média de 34,2 anos, desvio-padrão de 8,7 anos e mediana de 32,0 anos. A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (38 - 44,7%).

A maioria dos profissionais de enfermagem era do sexo feminino (82 - 96,5%) e não tinha filhos (43 - 50,6%).

O número de filhos dos 42 (49,4%) profissionais de enfermagem que eram pais variou entre um e cinco, com média de 1,7, desvio-padrão de 0,9 e mediana de 1,5. Todos estes 42 profissionais eram do sexo feminino, sendo que 21 (50%) tinham apenas um filho, 14 (33,3%), dois filhos, cinco (11,9%), três filhos, uma (2,4%) tinha quatro filhos e uma (2,4%), cinco filhos. Os dados evidenciaram que 38 (90,5%) profissionais de enfermagem amamentaram.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo as características sociodemográficas e de amamentação dos filhos. Uberaba, MG, 2010

Variável	Enfermeiros		Técnicos de enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	3	6,7	0	0,0	3	3,5
Feminino	42	93,3	40	100,0	82	96,5
Idade						
20 30	26	57,8	12	30,0	38	44,7
30 40	12	26,7	13	32,5	25	29,4
40 50	5	11,1	13	32,5	18	21,2
50 e mais	2	4,4	2	5,0	4	4,7
Filhos						
Sim	15	33,3	27	67,5	42	49,4
Não	30	66,7	13	32,5	43	50,6
Subtotal	45	100,0	40	100,0	85	100,0
Número de filhos						
Um	11	73,3	10	37,0	21	50,0
Dois	2	13,3	12	44,4	14	33,3
Três e mais	2	13,3	5	18,5	7	16,7
Aleitamento materno						
Sim	14	93,3	24	88,9	38	90,5
Não	1	6,7	3	11,1	4	9,5
Subtotal	15	100,0	27	100,0	42	100,0

Na Tabela 2, observa-se a distribuição dos profissionais de enfermagem do estudo em relação ao número de cursos sobre aleitamento materno realizados e à percepção destes quanto à própria competência⁴ para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto ao aperfeiçoamento da técnica.

⁴ Competência é a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural (DELUIZ, 2001/REDE AMAMENTA BRASIL).

Verificou-se que 32 (37,6%) profissionais de enfermagem participaram pelo menos três vezes de cursos sobre aleitamento materno, 21 (24,7%) participaram duas vezes, 22 (25,9%) participaram uma vez e dez (11,8%) nunca participaram de educação profissional em aleitamento materno. No total, 75 (88,2%) profissionais de enfermagem participaram pelo menos uma vez de cursos relacionados ao tema.

A duração do curso mais extenso realizado por estes 75 (88,2%) profissionais de enfermagem variou de uma a 180 horas, com média de 30,5 horas, desvio-padrão de 31,5 horas e mediana de 30,0 horas.

No que se refere à percepção dos profissionais de enfermagem quanto à própria competência para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação, 76 (89,4%) participantes se consideravam preparados para desempenhar tal função e oito (9,4%) não tinham a mesma percepção e não se consideravam aptos para executar esta atividade.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo a formação profissional em aleitamento materno. Uberaba, MG, 2010

Variável	Enfermeiros		Técnicos de enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Participação em cursos sobre aleitamento materno						
Pelo menos três vezes	22	48,9	10	25,0	32	37,6
Duas vezes	10	22,2	11	27,5	21	24,7
Uma vez	11	24,4	11	27,5	22	25,9
Nunca	2	4,4	8	20,0	10	11,8
Aptidão referida para observar uma mamada e orientar a nutriz						
Sim	43	95,6	33	82,5	76	89,4
Não	2	4,4	6	15,0	8	9,4
Não respondeu	0	0,0	1	2,5	1	1,2
Total	45	100,0	40	100,0	85	100,0

O tempo de atuação dos profissionais de enfermagem deste estudo nas equipes de saúde da família onde estavam alocados no momento da coleta dos dados variou de um mês a 11 anos, com média de dois anos e seis meses, desvio-padrão de três anos e três meses e mediana de cinco meses.

A diferença encontrada entre a média e a mediana se deve ao fato de que a primeira foi desviada por valores extremos de tempo de atuação dos profissionais de enfermagem, considerando-se que a maioria deles (45 – 52,9%) estava inserida nas equipes há menos de seis meses. Destaca-se que a média e a mediana do tempo de atuação dos técnicos de enfermagem nas equipes onde estavam inseridos foram de três anos e seis meses e três anos, respectivamente, sendo maiores que as dos enfermeiros, que foram de um ano e sete meses e de cinco meses, respectivamente.

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros do estudo (44 - 97,8%) realizava consultas de enfermagem no cotidiano da prática profissional. O número de usuários atendidos por dia durante tais consultas variou entre seis e 55, perfazendo uma média de 23,0 atendimentos por dia, com desvio-padrão de 1,2 e mediana de 20,0 atendimentos.

Em relação ao horário de início da jornada de trabalho diária dos enfermeiros nas USFs, a maioria deles (44 - 97,8%) iniciava suas atividades às sete horas da manhã e um (2,2%) entrava no trabalho às oito horas.

No que se refere ao momento de encerramento das atividades dos enfermeiros nas USFs, 39 (86,7%) deles finalizavam seu turno vespertino de trabalho às 17 horas e seis (13,3%) concluíam às 16 horas.

6.2 Conhecimento e práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem

6.2.1 Conhecimento sobre aleitamento materno

As respostas dos profissionais de enfermagem do estudo a cada uma das dez questões, tipo verdadeiro ou falso, que caracterizaram seu conhecimento sobre aleitamento materno, são apresentadas na Tabela 3.

Observa-se que dentre as dez questões, tipo verdadeiro ou falso, quatro (40%) apresentaram um percentual de respostas incorretas maior que o de respostas corretas. Os assuntos abordados nestas quatro questões referem-se à higiene dos mamilos com água e sabão antes e após as mamadas, ao manejo clínico do ingurgitamento mamário, à necessidade de complementação alimentar caso não haja amamentação até três dias pós-parto e à necessidade de amamentação em períodos regulares de tempo.

Ressalta-se que, na tabela, a resposta correta a cada uma das dez questões está realçada em cinza. Além disso, em cada uma delas o percentual maior de respostas está em negrito, enfatizando em quais delas houve maior número de acertos ou erros.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo as respostas a cada uma das dez questões, tipo verdadeiro ou falso. Uberaba, MG, 2010

Variável	Enfermeiros		Técnicos de enfermagem		Total		
	n	%	n	%	n	%	
É importante lavar o mamilo com água e sabão após cada mamada	Verdadeiro	15	33,3	26	65,0	41	48,2
	Falso	29	64,4	10	25,0	39	45,9
	Não respondeu	1	2,2	4	10,0	5	5,9
É importante trocar de mama após cerca de dez minutos de início da mamada	Verdadeiro	7	15,6	14	35,0	21	24,7
	Falso	38	84,4	26	65,0	64	75,3
O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação	Verdadeiro	42	93,3	36	90,0	78	91,8
	Falso	3	6,7	3	7,5	6	7,1
	Não respondeu	0	0,0	1	2,5	1	1,2
Em caso de ingurgitamento é importante massagear a mama antes da mamada e aplicar compressas geladas após	Verdadeiro	9	20,0	14	35,0	23	27,1
	Falso	35	77,8	24	60,0	59	69,4
	Não respondeu	1	2,2	2	5,0	3	3,5
Se não houver apoio até três dias após o parto, é necessário iniciar a complementação	Verdadeiro	20	44,4	21	52,5	41	48,2
	Falso	22	48,9	16	40,0	38	44,7
	Não respondeu	3	6,7	3	7,5	6	7,1
A exposição à luz do sol é benéfica para a mama	Verdadeiro	45	100,0	40	100,0	85	100,0

Continua...

Conclusão

Variável	Enfermeiros		Técnicos de enfermagem		Total		
	n	%	n	%	n	%	
O bebê deve ser amamentado com regularidade: de duas em duas horas na primeira semana e de três em três horas daí em diante	Verdadeiro	23	51,1	30	75,0	53	62,4
	Falso	22	48,9	8	20,0	30	35,3
	Não respondeu	0	0,0	2	5,0	2	2,4
Se houver diminuição da produção do leite e o bebê der mostras de que está com fome, deve-se começar imediatamente a complementação	Verdadeiro	6	13,3	15	37,5	21	24,7
	Falso	39	86,7	24	60,0	63	74,1
	Não respondeu	0	0,0	1	2,5	1	1,2
A composição do leite varia ao longo da mamada em uma mama: o leite inicial é diferente do leite final	Verdadeiro	45	100,0	34	85,0	79	92,9
	Falso	0	0,0	6	15,0	6	7,1
O sucesso da amamentação depende apenas da relação mãe-bebê, não influenciado pela participação dos familiares ou por valores culturais	Verdadeiro	5	11,1	16	40,0	21	24,7
	Falso	40	88,9	23	57,5	63	74,1
	Não respondeu	0	0,0	1	2,5	1	1,2
Total		45	100,0	40	100,0	85	100,0

A seguir, o Gráfico 1 apresenta o percentual de respostas corretas dos profissionais de enfermagem do estudo a cada uma das dez questões, tipo verdadeiro ou falso, segundo sua categoria profissional.

A média geral de acertos dos profissionais de enfermagem do estudo no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso foi de 6,6 acertos (d.p. = 1,8) dentre os dez possíveis.

Ressalta-se que, na maioria (8 – 80%) das questões, tipo verdadeiro ou falso, a porcentagem de acertos dos enfermeiros foi maior que a dos técnicos, com exceção daquela que abordou o manejo clínico do ingurgitamento mamário (Q4), na qual houve maior número de acertos dentre os técnicos de enfermagem. Ademais, a questão que abordou os benefícios da exposição da mama à luz solar (Q6) foi respondida corretamente por todos os participantes.

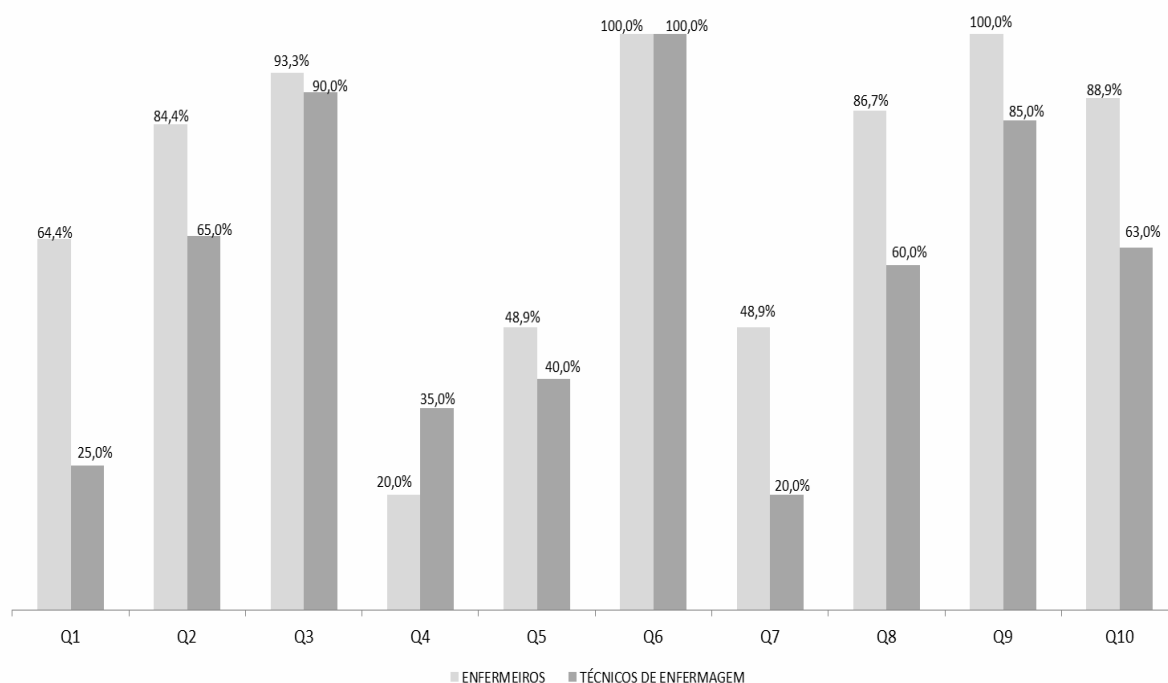


Gráfico 1 – Distribuição de acertos dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família a cada uma das dez questões, tipo verdadeiro ou falso, segundo sua categoria profissional. Uberaba, MG, 2010

Na Tabela 4, serão apresentadas as comparações entre a variável-resposta “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso” e as variáveis explanatórias referentes à amamentação dos filhos, à realização de cursos sobre aleitamento materno e à percepção quanto à própria competência para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação.

Foi realizada a comparação das médias de acertos no teste de conhecimento sobre aleitamento materno entre os diferentes grupos ou fatores definidos pelas variáveis categóricas citadas anteriormente.

No que se refere à amamentação dos filhos, observou-se que as profissionais de enfermagem que amamentaram seus filhos (n=38) apresentaram uma média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, de 6,3. Já as participantes que não amamentaram (n=4) apresentaram uma média de 6,5 acertos.

No que tange à realização de cursos sobre aleitamento materno, notou-se que a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, foi de 6,8 para os profissionais de enfermagem do estudo que participaram de cursos relacionados ao tema (n=75), e de 5,3 para aqueles que não participaram deste tipo de curso (n=10).

Na análise da percepção quanto à própria competência para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação, verificou-se que a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, foi de 6,8 para os profissionais de enfermagem que se consideravam aptos para desempenhar esta função (n=76), e de 5,3 para aqueles que não tinham esta percepção (n=8).

Tabela 4 – Comparação entre a média de acertos dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, e a amamentação dos filhos, a participação em cursos sobre aleitamento materno e a percepção quanto à própria competência para atuação em aleitamento materno. Uberaba, MG, 2010

Variáveis explanatórias	Variável-resposta	Média de acertos		
	n	Média	d.p	
Aleitamento materno				
Sim	38	6,3	1,9	
Não	4	6,5	1,3	
Participação em cursos sobre aleitamento materno				
Sim	75	6,8	1,8	
Não	10	5,3	1,3	
Aptidão referida para observar uma mamada e orientar a nutriz				
Sim	76	6,8	1,7	
Não	8	5,3	2,3	

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson, que houve uma fraca correlação entre a média de acertos no teste de conhecimento sobre aleitamento materno e o tempo de atuação dos profissionais de enfermagem nas equipes de saúde da família (r= 0,02).

6.2.2 Práticas de promoção ao aleitamento materno

6.2.2.1 Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem

A distribuição dos participantes do estudo quanto à variável “orientação sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação” pode ser observada na Tabela 5.

A orientação sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação era feita por 75 (88,2%) profissionais de enfermagem, em quase todos os encontros com estas mulheres, por cinco (5,9%) deles em alguns encontros e dois (2,4%) raramente faziam esta orientação nestes momentos.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo a realização de orientações sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação. Uberaba, MG, 2010

Variável	Enfermeiros		Técnicos de enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Orientação sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação						
Em quase todos os encontros	39	86,7	36	90,0	75	88,2
Em alguns encontros	3	6,7	2	5,0	5	5,9
Muito raramente	0	0,0	2	5,0	2	2,4
Não respondeu	3	6,7	0	0,0	3	3,5
Total	45	100,0	40	100,0	85	100,0

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, que houve uma fraca correlação entre a frequência da realização de orientações sobre aleitamento materno pelos profissionais de enfermagem do estudo às gestantes, no terceiro trimestre de gestação, e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso ($r = 0,09$).

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos profissionais de enfermagem do estudo quanto às variáveis: participação em atividades educativas em grupo, realização de orientação sobre aleitamento materno nos grupos, retorno das puérperas aos grupos com seus bebês e troca de informações e dicas entre as mulheres durante os grupos.

No que se refere à participação dos profissionais de enfermagem do estudo em grupos educativos para gestantes realizados em suas unidades, verificou-se que 46 (54,1%) deles não participavam desta atividade.

Em relação aos grupos de puericultura, situação semelhante foi encontrada, com 44 (51,8%) profissionais de enfermagem não participando de tal atividade.

Destaca-se que 36 (42,4%) profissionais de enfermagem não participavam de nenhum grupo, 18 (21,2%) participavam apenas de um grupo e 31 (36,5%) participavam de ambos os grupos. Do total de 49 profissionais de enfermagem que participavam de atividades educativas em grupo, 43 (87,8%) afirmaram que a orientação sobre aleitamento materno era feita em quase todos os encontros.

Segundo 14 (28,6%) profissionais de enfermagem, quase todas as mulheres que participavam dos grupos antes de darem à luz retornavam a esta atividade com seus bebês após o nascimento, 27 (55,1%) profissionais disseram que apenas algumas mulheres retornavam ao grupo e quatro (8,2%) deles afirmaram que quase nenhuma mulher retornava a esta atividade após o parto (n=49).

A troca de informações e dicas sobre aleitamento materno entre as mulheres, durante os grupos, ocorria em quase todos os encontros de acordo com 25 (51%) profissionais de enfermagem, somente em alguns encontros de acordo com 20 (40,8%) profissionais e muito raramente conforme informações de três (6,1%) profissionais (n=49).

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo as ações de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas nas atividades educativas em grupo e a participação das mulheres nos grupos. Uberaba, MG, 2010

Variável	Enfermeiros		Técnicos de enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Participação em atividades educativas em grupos						
Sim	27	60,0	22	55,0	49	57,6
Não	18	40,0	18	45,0	36	42,4
Subtotal	45	100,0	40	100,0	85	100,0
Orientação sobre aleitamento materno nos grupos						
Em quase todos os encontros	24	88,9	19	86,4	43	87,8
Em alguns encontros	3	11,1	3	13,6	6	12,2
Mães retornam aos grupos com os bebês						
Quase todas	4	14,8	10	45,5	14	28,6
Algumas	17	63,0	10	45,5	27	55,1
Quase nenhuma	2	7,4	2	9,1	4	8,2
Não respondeu	4	14,8	0	0,0	4	8,2
Mulheres trocam dicas entre si nos grupos						
Em quase todos os encontros	15	55,6	10	45,5	25	51,0
Em alguns encontros	8	29,6	12	54,5	20	40,8
Muito raramente	3	11,1	0	0,0	3	6,1
Não respondeu	1	3,7	0	0,0	1	2,0
Subtotal	27	100,0	22	100,0	49	100,0

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, que houve uma fraca correlação entre a frequência da realização de orientações sobre aleitamento materno pelos profissionais de enfermagem do estudo nos grupos educativos para gestantes e nutrizes e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso ($r = 0,09$).

A caracterização das visitas domiciliares às puérperas, realizadas por enfermeiros e técnicos de enfermagem do estudo, está apresentada na Tabela 7.

No que tange às visitas domiciliares às puérperas, dentre os 85 participantes do estudo, 47 (55,3%) as faziam frequentemente, 28 (32,9%), eventualmente, dois (2,4%) raramente as faziam e oito

(9,4%) não faziam este tipo de visita. No total, 77 (90,6%) profissionais de enfermagem faziam visitas domiciliares às puérperas.

Em relação ao momento da primeira visita domiciliar após o parto, destes 77 profissionais, dez (13%) visitavam o binômio mãe-filho em até três dias após o nascimento da criança, 30 (39%), em até sete dias, 18 (23,4%), em até 15 dias, nove (11,7%), em até 30 dias e sete (9,1%), após 30 dias do nascimento.

Tabela 7 – Distribuição dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo as características das visitas domiciliares às puérperas. Uberaba, MG, 2010

Variável	Enfermeiros		Técnicos de enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Visitas domiciliares às puérperas						
Frequentemente	25	55,6	22	55,0	47	55,3
Eventualmente	14	31,1	14	35,0	28	32,9
Nunca ou muito raramente	1	2,2	1	2,5	2	2,4
Não participa deste tipo de visita	5	11,1	3	7,5	8	9,4
Subtotal	45	100,0	40	100,0	85	100,0
Momento da primeira visita domiciliar após o parto						
Até três dias	4	10,0	6	16,2	10	13,0
Até sete dias	20	50,0	10	27,0	30	39,0
Até 15 dias	11	27,5	7	18,9	18	23,4
Até 30 dias	4	10,0	5	13,5	9	11,7
Mais que 30 dias	1	2,5	6	16,2	7	9,1
Não respondeu	0	0,0	3	8,1	3	3,9
Subtotal	40	100,0	37	100,0	77	100,0

No que se refere ao contato com grupos comunitários de apoio à amamentação no município de Uberaba, todos os participantes disseram que não tinham comunicação com este tipo de recurso. Em contrapartida, 27 (31,8%) profissionais de enfermagem afirmaram ter contato com outros grupos de apoio à amamentação situados em instituições de saúde de nível secundário de atenção. Destes, 26

(96,3%) encaminhavam para tais grupos as nutrizes com dificuldades no processo de amamentação que necessitavam de apoio e acompanhamento.

6.2.2.2 Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, exclusivamente, pelos enfermeiros no pré-natal, na puericultura e em visitas domiciliares às puérperas

A abordagem do aleitamento materno na assistência pré-natal prestada, exclusivamente, pelos enfermeiros deste estudo se dá por meio de consultas de pré-natal para a maioria (36 - 80%) destes profissionais. Segundo os dados coletados, a duração destas consultas variou entre 15 e 60 minutos, com média de 32,2 minutos, desvio-padrão de 13,2 minutos e mediana de 30,0 minutos. Do total de enfermeiros que faziam consultas de pré-natal, 33 (91,7%) falavam das vantagens e importância do aleitamento materno em quase todos os encontros e três (8,3%), apenas em alguns encontros (n=36).

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, que houve uma fraca correlação entre a frequência da realização de orientações sobre aleitamento materno pelos enfermeiros do estudo nas consultas de pré-natal e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso ($r = 0,24$).

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos enfermeiros do estudo que realizavam consultas de puericultura quanto às ações de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas nestas atividades.

Do total de enfermeiros participantes do estudo, 42 (93,3%) realizavam consultas de puericultura em suas USFs. A duração de tais consultas variou entre dez e 60 minutos, com tempo médio de 29,9 minutos, desvio-padrão de 12,2 minutos e mediana de 30,0 minutos. Quanto ao conteúdo abordado, 41 (97,6%) enfermeiros falavam das vantagens e importância do aleitamento materno e perguntavam sobre o andamento da amamentação na maioria das consultas. A atividade de ensinar as mães a prevenir e/ou tratar intercorrências mamárias era praticada por 40 (95,2%) enfermeiros na maioria das consultas e por um (2,4%), eventualmente (n=42).

Em relação aos procedimentos realizados durante as consultas de puericultura, 34 (81%) enfermeiros verificavam uma mamada na maioria delas, seis (14,3%) verificavam eventualmente e um (2,4%) nunca ou muito raramente o fazia durante uma consulta (n=42).

Tabela 8 – Distribuição dos enfermeiros das equipes de saúde da família que realizavam consultas de puericultura, segundo as ações de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas nestas atividades. Uberaba, MG, 2010

Variável	Enfermeiros	
	n	%
Fala das vantagens do aleitamento materno		
Na maioria das consultas	41	97,6
Não respondeu	1	2,4
Pergunta sobre o andamento da amamentação		
Na maioria das consultas	41	97,6
Não respondeu	1	2,4
Verifica uma mamada		
Na maioria das consultas	34	81,0
Eventualmente	6	14,3
Nunca ou muito raramente	1	2,4
Não respondeu	1	2,4
Ensina a prevenir ou tratar intercorrências mamárias		
Na maioria das consultas	40	95,2
Eventualmente	1	2,4
Não respondeu	1	2,4
Total	42	100,0

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, que houve uma fraca correlação entre as variáveis-resposta relacionadas às consultas de puericultura realizadas pelos enfermeiros do estudo e a variável explanatória “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso”. A Tabela 9 apresenta esta análise.

Tabela 9 – Correlação entre as variáveis-resposta relacionadas às consultas de puericultura realizadas pelos enfermeiros das equipes de saúde da família e a variável explanatória “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso”. Uberaba, MG, 2010

Variáveis-resposta	Variável explanatória	Média de acertos
		Coefficiente de Correlação de Spearman
Fala das vantagens e importância do aleitamento materno		$r = 0,06$
Verifica uma mamada		$r = 0,06$
Ensina a prevenir ou tratar intercorrências mamárias		$r = 0,07$

As ações de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, unicamente, pelos enfermeiros deste estudo durante as visitas domiciliares às puérperas, estão destacadas na Tabela 10.

Dos 40 enfermeiros que faziam visitas domiciliares às puérperas, 38 (95%) as orientavam sobre aleitamento materno em quase todos os encontros e dois (5%), somente em alguns encontros (n=40).

A verificação de uma mamada e a correção dos possíveis erros em relação à técnica da amamentação eram práticas realizadas por 36 (90%) enfermeiros em quase todas as visitas domiciliares às puérperas, por dois (5%) deles em algumas visitas e um (2,5%) raramente realizava este tipo de verificação durante esta atividade (n=40).

Tabela 10 – Distribuição dos enfermeiros das equipes de saúde da família, segundo as ações de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas durante as visitas domiciliares às puérperas. Uberaba, MG, 2010

Variável	Enfermeiros	
	n	%
Orientação sobre aleitamento materno		
Em quase todos os encontros	38	95,0
Em alguns encontros	2	5,0
Verificação de uma mamada e correção dos possíveis erros		
Em quase todas as visitas	36	90,0
Em algumas visitas	2	5,0
Muito raramente	1	2,5
Não respondeu	1	2,5
Total	40	100,0

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, que houve uma fraca correlação entre as variáveis-resposta relacionadas às visitas domiciliares às puérperas realizadas pelos enfermeiros das equipes de saúde da família e a variável explanatória “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso”. A Tabela 11 apresenta esta análise.

Tabela 11 – Correlação entre as variáveis-resposta relacionadas às visitas domiciliares às puérperas realizadas pelos enfermeiros das equipes de saúde da família e a variável explanatória “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso”. Uberaba, MG, 2010

Variáveis-resposta	Variável explanatória	Média de acertos
		Coefficiente de Correlação de Spearman
Orientação sobre aleitamento materno		r = 0,11
Verificação de uma mamada e correção dos possíveis erros		r = 0,09

6.2.2.3 Abordagem do aleitamento materno pelos enfermeiros na educação continuada

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos enfermeiros do estudo quanto à abordagem do aleitamento materno nas atividades de educação continuada em suas USFs.

Considerando as atividades de educação continuada nas USFs, 23 (51,1%) enfermeiros faziam orientações sobre aleitamento materno em alguns destes encontros, 18 (40%) focavam o assunto em quase todos os encontros, três (6,7%) raramente abordavam o tema e um (2,2%) não participava deste tipo de atividade. No total, 44 (97,8%) enfermeiros participavam das atividades de educação continuada em suas unidades e orientavam sobre aleitamento materno nestes momentos.

No que tange aos assuntos referentes ao aleitamento materno abordados nestas atividades, 43 (97,7%) enfermeiros orientavam sobre vantagens e importância desta prática social, 39 (88,6%) tratavam da prevenção e manejo das principais dificuldades enfrentadas pela nutriz e 38 (86,4%) abordavam as técnicas da amamentação (n=44).

Tabela 12 – Distribuição dos enfermeiros das equipes de saúde da família, segundo as ações de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas durante as atividades de educação continuada nas USFs. Uberaba, MG, 2010

Variável	Enfermeiros	
	n	%
Orientação sobre aleitamento materno nas atividades de educação continuada		
Em quase todos os encontros	18	40,0
Em alguns encontros	23	51,1
Muito raramente	3	6,7
Não participa deste tipo de atividade	1	2,2
Subtotal	45	100,0
Abordagem das técnicas da amamentação		
Sim	38	86,4
Não	6	13,6
Abordagem das vantagens e importância do aleitamento materno		
Sim	43	97,7
Não	1	2,3
Abordagem da prevenção/tratamento de intercorrências mamárias		
Sim	39	88,6
Não	5	11,4
Subtotal	44	100,0

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, que houve uma fraca correlação entre a frequência da realização de orientações sobre aleitamento materno pelos enfermeiros do estudo nas atividades de educação continuada e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso ($r = 0,02$).

6.2.2.4 Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, exclusivamente, pelos técnicos de enfermagem com gestantes, puérperas, mães de menores de seis meses e em visitas domiciliares

A preocupação dos técnicos de enfermagem do estudo em identificar gestantes e puérperas na comunidade e as formas utilizadas para esta identificação podem ser observadas na Tabela 13.

A maioria (39 - 97,5%) dos técnicos de enfermagem deste estudo se preocupava em identificar gestantes na comunidade. Dentre eles, 33 (84,6%) as identificavam em visitas domiciliares, 20 (51,3%) as identificavam por meio de conversas informais e 11 (28,2%) as identificavam pelo teste de gravidez realizado na USF (n=39).

A maioria (39 – 97,5%) dos técnicos de enfermagem do estudo se preocupava em identificar puérperas que retornavam à comunidade após o parto. Destes, 30 (76,9%) faziam a identificação em visitas domiciliares, 26 (66,7%) pediam para a família da puérpera avisá-los de seu retorno e um (2,6%) buscava esta informação por meio de contato com a maternidade (n=39).

Destaca-se que os profissionais que se preocupavam em identificar gestantes na comunidade eram os mesmos que se preocupavam em identificá-las quando retornavam das maternidades, após o parto.

Tabela 13 – Distribuição dos técnicos de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo a busca por gestantes e puérperas na comunidade e as formas adotadas para esta identificação. Uberaba, MG, 2010

Variável	Técnicos de enfermagem	
	n	%
Preocupação em identificar gestantes na comunidade		
Preocupa	39	97,5
Não se preocupa	1	2,5
Subtotal	40	100,0
Identificação pelo teste de gravidez na USF		
Sim	11	28,2
Não	28	71,8
Identificação por meio de conversas informais		
Sim	20	51,3
Não	19	48,7

Continua...

Conclusão

Variável	Técnicos de enfermagem	
	n	%
Identificação em visitas domiciliares		
Sim	33	84,6
Não	6	15,4
Subtotal	39	100,0
Preocupação em identificar puérperas na comunidade		
Preocupa	39	97,5
Não se preocupa	1	2,5
Subtotal	40	100,0
Identificação em visitas domiciliares		
Sim	30	76,9
Não	9	23,1
Identificação pelo aviso da família		
Sim	26	66,7
Não	13	33,3
Identificação por meio de contato com a maternidade		
Sim	1	2,6
Não	38	97,4
Subtotal	39	100,0

No que tange aos encontros com gestantes, 39 (97,5%) técnicos de enfermagem falavam das vantagens e importância do aleitamento materno na maioria das vezes, e um (2,5%) raramente abordava o assunto nestes momentos.

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, que houve uma fraca correlação entre a frequência da realização de orientações sobre aleitamento materno pelos técnicos de enfermagem do estudo em seus encontros com gestantes e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso ($r = 0,25$).

Em seus encontros com mães de crianças menores de seis meses de idade, 36 (90%) técnicos de enfermagem falavam das vantagens e importância do aleitamento materno na maioria das vezes, e quatro (10%) falavam desta importância apenas algumas vezes.

Na maioria destes encontros, 36 (90%) técnicos de enfermagem perguntavam às mães sobre o andamento da amamentação, três (7,5%) profissionais faziam esta pergunta apenas em alguns encontros e um (2,5%) raramente a fazia.

A maioria (34 - 85%) dos técnicos de enfermagem ensinava as mães de crianças de até seis meses de idade a prevenir e/ou tratar problemas com a amamentação na maioria de seus encontros, cinco (12,5%) deles ensinavam em apenas alguns encontros, e um (2,5%) raramente as ensinava.

Quanto aos procedimentos realizados nestes encontros com mães de crianças de até seis meses, 29 (72,5%) técnicos de enfermagem verificavam uma mamada e corrigiam os possíveis erros na maioria das vezes, seis (15%) deles verificavam apenas algumas vezes, e cinco (12,5%) profissionais raramente faziam esta verificação.

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, que houve uma fraca correlação entre as variáveis-resposta relacionadas aos encontros dos técnicos de enfermagem do estudo com mães de crianças menores de seis meses e a variável explanatória “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso”. A Tabela 14 apresenta esta análise.

Tabela 14 – Correlação entre as variáveis-resposta relacionadas aos encontros dos técnicos de enfermagem das equipes de saúde da família com mães de crianças menores de seis meses e a variável explanatória “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso”. Uberaba, MG, 2010

Variáveis-resposta	Variável explanatória	Média de acertos
	Coeficiente de Correlação de Spearman	
Fala das vantagens e importância do aleitamento materno		r = 0,03
Verifica uma mamada e corrige os possíveis erros		r = 0,07
Ensina a prevenir ou tratar intercorrências mamárias		r = 0,06

A distribuição dos técnicos de enfermagem do estudo que faziam visitas domiciliares às puérperas quanto à variável “orientação sobre aleitamento materno na primeira visita domiciliar após o parto” pode ser observada na Tabela 15.

Na primeira visita domiciliar às puérperas, após o parto, a orientação sobre aleitamento materno era feita por 30 (81,1%) técnicos de enfermagem em quase todos os encontros e por quatro

(10,8%) somente em alguns encontros. Destaca-se, que dentre os 40 técnicos de enfermagem participantes do estudo, 37 (92,5%) faziam visitas domiciliares às puérperas.

Tabela 15 – Distribuição dos técnicos de enfermagem das equipes de saúde da família que faziam visitas domiciliares às puérperas, segundo a realização de orientações sobre aleitamento materno na primeira visita, após o parto. Uberaba, MG, 2010

Variável	Técnicos de enfermagem	
	n	%
Orientação sobre aleitamento materno na primeira visita domiciliar, após o parto		
Em quase todos os encontros	30	81,1
Em alguns encontros	4	10,8
Não respondeu	3	8,1
Total	37	100,0

Verificou-se, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, que houve uma correlação moderada entre a frequência da realização de orientações sobre aleitamento materno pelos técnicos de enfermagem do estudo em sua primeira visita domiciliar às puérperas, após o parto, e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso ($r = 0,31$).

6.2.2.5 Orientações sobre aleitamento materno recebidas pelos técnicos de enfermagem na educação continuada

A distribuição dos técnicos de enfermagem do estudo quanto ao recebimento de orientações sobre aleitamento materno nas atividades de educação continuada é apresentada na Tabela 16.

Sete (17,5%) técnicos de enfermagem disseram que recebiam orientação sobre aleitamento materno em quase todos estes encontros, 18 (45%) recebiam esta orientação apenas em alguns encontros, dois (5%) raramente eram orientados sobre aleitamento materno nestas atividades e nove (22,5%) disseram que não participavam dos momentos de educação continuada. No total, 27 (67,5%) técnicos de enfermagem participavam das atividades de educação continuada em suas unidades e recebiam orientações sobre aleitamento materno nestes momentos.

No que se refere às orientações relativas ao aleitamento materno, recebidas pelos técnicos de enfermagem durante a educação continuada, 21 (77,8%) eram orientados quanto às vantagens e importância desta prática social, 20 (74,1%) disseram que recebiam orientações sobre as técnicas da

amamentação e 19 (70,4%) eram orientados em relação à prevenção e ao manejo das principais dificuldades enfrentadas pelas nutrizes (n=27).

Tabela 16 – Distribuição dos técnicos de enfermagem das equipes de saúde da família, segundo o recebimento de orientações sobre aleitamento materno durante as atividades de educação continuada nas USFs. Uberaba, MG, 2010

Variável	Técnicos de enfermagem	
	n	%
Recebimento de orientação sobre aleitamento materno		
Em muitos encontros	7	17,5
Em alguns encontros	18	45,0
Muito raramente	2	5,0
Não participa deste tipo de atividade	9	22,5
Não respondeu	4	10,0
Subtotal	40	100,0
Recebimento de orientação sobre as técnicas da amamentação		
Sim	20	74,1
Não	6	22,2
Não respondeu	1	3,7
Recebimento de orientação sobre as vantagens e importância do aleitamento materno		
Sim	21	77,8
Não	5	18,5
Não respondeu	1	3,7
Recebimento de orientação sobre a prevenção/manejo das intercorrências mamárias		
Sim	19	70,4
Não	7	25,9
Não respondeu	1	3,7
Subtotal	27	100,0

Discussão

7 DISCUSSÃO

7.1 Caracterização dos profissionais de enfermagem

O grupo em estudo caracterizou-se por profissionais de enfermagem jovens, sendo que 44,7% deles tinham entre 20 e 29 anos, com média de 34,2 anos de idade. Estes dados estão em concordância com estudo realizado no município de Rio Branco (AC), onde a idade média dos profissionais de enfermagem da atenção básica que atuavam na assistência à saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal foi de 34,3 anos, com predomínio (47,8%) da faixa etária de 20 a 30 anos (CUNHA, 2008). Estão de acordo, também, com os resultados encontrados por Kaewsarn, Moyle e Creedy (2003) em seu trabalho desenvolvido na Tailândia, onde a idade média dos profissionais de enfermagem que prestavam assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal foi de 33,7 anos.

A maioria dos profissionais de enfermagem do estudo era do sexo feminino (96,5%), sendo somente três (3,5%) enfermeiros do sexo masculino. Tal resultado corrobora o encontrado por Cunha (2008) em investigação desenvolvida na cidade de Rio Branco (AC), onde a maioria (91,3%) dos profissionais de enfermagem atuantes na assistência pré-natal na atenção básica era do sexo feminino. Além disso, estes achados são semelhantes aos identificados nos trabalhos de Kaewsarn, Moyle e Creedy (2003), Rocha e Zeitoune (2007), Rocha et al. (2009) e Fernandes et al. (2010), onde a porcentagem de enfermeiros do sexo feminino girou em torno de 90%.

Os resultados do presente estudo confirmam que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina em todos os seus níveis, apesar da existência de um incipiente grau de inserção de homens neste cenário (LOPES; LEAL, 2005). Um estudo sobre o perfil de médicos e enfermeiros na ESF, realizado pelo Ministério da Saúde em 2000, constatou que a saúde pública é um espaço de concentração do trabalho feminino, sendo que a enfermagem, nesta estratégia, compõe-se de 90,1% de mulheres (BRASIL, 2000).

De acordo com Lopes e Leal (2005), a princípio, existe na enfermagem brasileira uma seletividade baseada no sexo, a qual se manifesta no ensino e marca as preferências do sistema em todos os níveis. Os textos didáticos e, mais raramente, a conduta de docentes confirmam tal seletividade, por meio da determinação de pacientes e técnicas mais adequadas às habilidades de gênero. A partir disso, existem ainda hoje, áreas do conhecimento que oferecem resistência à entrada do homem enfermeiro, como: ginecologia, obstetrícia, pediatria e berçário (PEREIRA, 2008). Este tipo de limitação pode estender-se para a abordagem do aleitamento materno, supondo-se que esta é mais aceita quando feita por uma mulher enfermeira. Entretanto, não encontramos, na literatura, evidências científicas que comprovem esta suposição.

Dentre os 85 enfermeiros e técnicos de enfermagem participantes do estudo, 42 (49,4%) tinham filhos. Tal resultado não corrobora aqueles encontrados no trabalho de Cunha (2008) no qual 69,6% dos profissionais de enfermagem inseridos na atenção básica tinham filhos. Discorda, ainda, dos achados do estudo de Marques et al. (2009), em que o percentual de profissionais da ESF que tinha filhos foi de 29,4%. Ressalta-se que todos os 42 participantes do estudo que eram pais pertenciam ao sexo feminino.

O número de filhos das 42 profissionais de enfermagem que eram mães variou entre um e cinco, com média de 1,7, sendo que 83,3% delas tinham até dois filhos. Investigação realizada em Moreno (PE) por Silva, Araújo e Bittencourt (2008) evidenciou que 93,4% dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF tinham até dois filhos. Entretanto, os achados da presente pesquisa discordam dos identificados em estudo desenvolvido em Rio Branco (AC) (CUNHA, 2008), onde o número de filhos dos profissionais de enfermagem estudados variou entre um e quatro.

Estas 42 profissionais de enfermagem foram questionadas quanto à amamentação de seus filhos. Os dados encontrados apontam que 90,5% delas amamentaram, assim como nos estudos de Becker (2001), Karaçam e Kitis (2005), Caldeira et al. (2007) e Marques et al. (2009), onde mais de 80% dos profissionais afirmaram ter tido experiência pessoal com aleitamento materno, seja como mãe ou como companheiro de mulheres que amamentaram. Autores de estudo desenvolvido na Tailândia revelaram que 52,9% das profissionais de enfermagem que prestavam assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal amamentaram seus filhos (KAEWSARN; MOYLE; CREEDY, 2003).

Iniciando a discussão sobre a formação profissional em aleitamento materno dos participantes deste estudo, destaca-se que a maioria (88,2%) deles participou ao menos uma vez de cursos sobre o tema, o que vai de encontro aos achados de Becker (2001), em seu estudo sobre a promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família, no qual 85% dos profissionais participaram de, no mínimo, um curso. Tais dados discordam dos encontrados em estudo desenvolvido no município de Teixeira (MG), onde pouco mais da metade (57,1%) dos profissionais de enfermagem atuantes na ESF havia participado de cursos sobre aleitamento materno (AZEREDO et al., 2008). Investigação realizada em Coimbra (MG) com profissionais de uma USF revelou que 82,4% deles nunca haviam participado de cursos específicos sobre o assunto (MARQUES et al., 2009).

A formação em saúde tem um papel relevante na construção do SUS e de seus princípios. Nesse contexto, a educação tem sido considerada como instrumento vital para deflagrar mudanças e transformações em uma sociedade (BALBINO et al., 2010).

A atuação dos profissionais de saúde pode influenciar negativamente o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, caso estes não tenham uma visão ampliada que vá além do manejo clínico e ofereça suporte às mães (NAKANO et al., 2007). As equipes de saúde da família têm

como local de intervenção o ambiente familiar e, portanto, têm a oportunidade de identificar o significado do aleitamento materno para a nutriz e seus entornos, além de transmitir conhecimentos teóricos e práticos visando a orientar e a capacitar esta mulher em seu processo de amamentação (AZEREDO et al., 2008). Portanto, autores sugerem o investimento em educação profissional para os trabalhadores da atenção básica, já que é neste nível de atenção que a maior parte das mulheres faz o pré-natal e o acompanhamento puerperal, momentos em que necessitam de apoio e orientações sobre aleitamento materno (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007).

Nesse sentido, apesar das mudanças advindas com a estruturação da ESF, a ausência de um programa municipal de incentivo e educação, em aleitamento materno, e de um protocolo de atendimento ao binômio mãe-filho, em processo de amamentação, leva a uma abordagem desarticulada desta prática social, na qual cada profissional atua conforme seus conhecimentos e habilidades adquiridos em sua formação profissional inicial ou continuada. É esta a ideia trazida pelos cursos sobre aleitamento materno realizados pelos profissionais de enfermagem do estudo, os quais estão inseridos dentro do referencial da educação continuada que objetiva a atualização de conhecimentos teóricos e práticos destes sujeitos com vistas a uma melhor assistência à população (MARTINS; MONTRONE, 2009).

A educação continuada tem como pressupostos pedagógicos a valorização da ciência, como fonte de conhecimento, e do saber técnico-científico, como definidor das práticas. Parte da concepção pedagógica tradicional que considera a educação como mera transmissora do conhecimento e saber, e baseia-se em atividades educativas pontuais, fragmentadas e construídas de forma não articulada à gestão e ao controle social. Sua finalidade é transformar a organização na qual está inserido o profissional por meio da atualização de conhecimentos, tendo como público alvo ou participante as categorias profissionais separadamente, com foco no conhecimento técnico-científico de cada área. Ademais, utilizam-se de estratégias de ensino construídas a partir do diagnóstico de necessidades individuais de atualização, que resultam em cursos ou treinamentos, sendo geralmente externas ao serviço (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2009d).

No entanto, a educação relaciona-se a um processo que acontece durante toda a vida, por meio do qual os indivíduos têm a oportunidade de se conscientizar sobre o contexto em que estão inseridos e refletir criticamente sobre seu papel e, desta forma, propor mudanças que visem à construção de uma sociedade mais justa. Parte-se da ideia de inconclusão dos sujeitos, os quais estão em permanente transformação (FREIRE, 2004).

Nesse contexto, ganha destaque a educação permanente em saúde enquanto política pública do Ministério da Saúde, a qual valoriza o saber prático e o trabalho enquanto fonte de conhecimento e aprendizagem significativa. Advém de uma concepção pedagógica transformadora e emancipatória,

onde a educação é tida como transformação, baseada em atividades educativas articuladas com a atenção à saúde, a gestão e o controle social. Tem como finalidade principal a transformação das práticas em saúde, com enfoque no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Pauta-se em estratégias de ensino contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas, tendo um caráter participativo e de problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2009d).

Atualmente, na atenção básica, existe uma estratégia de educação permanente em aleitamento materno para os profissionais de saúde, a Rede Amamenta Brasil, que parte do aprendizado significativo e da problematização da realidade, possibilitando um novo olhar e um novo fazer diante da rede sociobiológica da amamentação. Entretanto, o município de Uberaba não conta com tutores da rede e com UBSs certificadas, não havendo, portanto, um estímulo à educação permanente em saúde direcionada ao aleitamento materno.

Assim, conclui-se que os profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município em estudo possuem uma formação em aleitamento materno pautada na pedagogia tradicional e na educação continuada, sendo centrada em ações intencionais, planejadas, de enfoque cognitivo e distantes dos problemas contextuais, o que resulta em uma prática fragmentada, descontextualizada e arraigada no olhar biologicista e verticalizado da amamentação (BRASIL, 2009a).

A carga horária média do maior curso sobre aleitamento materno realizado pelos participantes do estudo foi de 30,5 horas, sendo superior às encontradas nas pesquisas de Becker (2001) e Ciconi, Venancio e Escuder (2004) que foram de 12 e nove horas, respectivamente. A oficina de trabalho em aleitamento materno nas UBSs, proposta pela Rede Amamenta Brasil, tem duração de seis a oito horas. Entretanto, não se pode fazer uma comparação entre esta carga horária e a encontrada no estudo, pois partem de perspectivas diferentes de educação. Além disso, esta oficina não tem a lógica de atuar por meio de programas que tenham começo e fim e que visem à capacitação de profissionais, mas objetiva discutir a prática do aleitamento materno no contexto das unidades e pactuar ações de promoção, proteção e apoio de acordo com a realidade de cada uma (BRASIL, 2009a). No entanto, no Brasil existem alguns cursos sobre aleitamento materno inseridos dentro do referencial da educação continuada, com cargas horárias específicas, como o curso da IHAC e o curso de Aconselhamento em Amamentação, mas, ainda assim, não se pode inferir nada a respeito da aproximação de sua carga horária com a dos cursos realizados pelos profissionais de enfermagem do presente estudo, pois não é reconhecida a natureza destes.

Os cursos sobre aleitamento materno, realizados pelos participantes do estudo, não são inválidos, pois a educação permanente pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional (BRASIL,

2009d). Desse modo, para se conseguir transformar a realidade de um serviço e propor soluções para os problemas encontrados, é necessário ter o mínimo de conhecimento e habilidades teóricas e práticas a respeito daquilo que se pretende mudar, e isto pode ser conseguido por meio de estratégias de educação continuada.

No que se refere à percepção dos profissionais de enfermagem participantes do estudo quanto à própria competência para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação, 76 (89,4%) deles consideravam-se preparados para tal, assim como 86,4% dos profissionais da ESF no estudo de Becker (2001). Nos Estados Unidos, um estudo que investigou o conhecimento e as práticas em aleitamento materno de profissionais de enfermagem mostrou que 60% deles se sentiam aptos para assistir mulheres em processo de amamentação (HELLINGS; HOWE, 2004).

A mediana do tempo de atuação dos profissionais de enfermagem deste estudo nas equipes de saúde da família onde estavam alocados, no momento da coleta dos dados, foi de cinco meses, o que, de certa forma, representa uma elevada rotatividade dos profissionais nos serviços. Em Francisco Morato (SP), um estudo revelou que o tempo médio de atuação dos profissionais nas equipes de saúde da família foi de um ano e seis meses, sendo superior ao encontrado na presente investigação (CICONI; VENANCIO; ESCUDER, 2004). Destaca-se que a mediana do tempo de atuação dos técnicos de enfermagem do presente estudo nas equipes onde estavam inseridos foi de três anos, sendo maior que a dos enfermeiros, que foi de cinco meses, o que vai de encontro ao observado em estudo desenvolvido em Ribeirão Preto (SP), onde a categoria de enfermeiros apresentou baixa estabilidade no emprego, enquanto a de técnicos de enfermagem foi mais estável (ANSELM; DUARTE; ANGERAMI, 2001).

A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem no serviço constitui-se em elemento relevante dentro do processo gerencial. Um quadro de profissionais estável e qualificado sustenta o processo de cuidar, garante a qualidade dos serviços ofertados e amplia o vínculo com os usuários, além de permitir que estes profissionais reconheçam os problemas existentes em sua realidade e proponham soluções mais facilmente (ANSELM; DUARTE; ANGERAMI, 2001).

Para o caso específico da promoção do aleitamento materno em Uberaba, esta maior rotatividade dos profissionais de enfermagem nas equipes de saúde da família, especialmente dos enfermeiros, não permite que eles estabeleçam vínculo com a comunidade e, conseqüentemente, se aprofundem no conhecimento sobre o contexto social, cultural, histórico e econômico das gestantes e nutrizas de suas populações adscritas. Esta situação dificulta a compreensão do processo de amamentação além de suas determinações biológicas e o acompanhamento das mulheres desde o início do pré-natal até o período pós-parto, durante o acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento da criança, fragmentando, assim, a assistência e a abordagem do aleitamento materno, muito propícia nestes momentos.

A maioria dos enfermeiros do estudo (97,8%) realizava consultas de enfermagem no cotidiano da prática profissional. Segundo Rosas (2003), o cuidado prestado pelo enfermeiro por meio da consulta não se restringe às pessoas doentes, sendo necessária uma visão que englobe não somente os aspectos técnico-científicos, mas um conceito de assistência que se coadune com o holismo, superando a fragmentação e o reducionismo, o que possibilita uma compreensão ampla do processo saúde-doença e do contexto em que está inserido o usuário. A consulta de enfermagem permite que o enfermeiro repasse o conhecimento e conscientize o usuário quanto ao autocuidado, estando, portanto, relacionada à promoção da saúde da população.

Levando-se em conta que todos os enfermeiros da ESF cumpriam uma carga horária na unidade de oito horas diárias, período em que faziam em média 23 consultas, e, considerando-se todas as atividades assistenciais, administrativas e educativas sob sua responsabilidade, supõe-se que às consultas não era dado tempo suficiente para se considerar o usuário enquanto um sujeito inserido num contexto social, cultural e familiar, centrando-as, conseqüentemente, na abordagem queixa-conduta e no modelo médico tradicional.

7.2 Conhecimento e práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem

7.2.1 Conhecimento sobre aleitamento materno

Ao tratar da identificação do conhecimento sobre aleitamento materno dos enfermeiros e técnicos de enfermagem do presente estudo, ressalta-se que a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, foi de 6,6, o que condiz com o fato de que seis (60%) questões obtiveram maior número de acertos que erros. Levando-se em conta que a maioria dos profissionais participou pelo menos uma vez de cursos sobre aleitamento materno e considerou-se apta para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação, era esperado que seu desempenho fosse superior ao encontrado. Além disso, as questões do teste eram simples e referentes a assuntos geralmente abordados em cursos sobre a temática. Entretanto, estas condições não se refletiram sobre o conhecimento dos profissionais de enfermagem.

A média de acertos dos profissionais de enfermagem do estudo no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, foi inferior à encontrada no trabalho de Becker (2001) que foi de aproximadamente 7,5, desempenho considerado razoável pelo autor. Destaca-se que outros autores (CALDEIRA et al.,

2007; AZEREDO et al., 2008) fizeram uso dos instrumentos utilizados neste estudo, entretanto houve divergências no que se refere à abordagem e análise dos dados, já que tais investigações não se atentaram para o cálculo da média de acertos dos profissionais nas questões que investigaram seu conhecimento sobre aleitamento materno. Estudo desenvolvido na Turquia que investigou o conhecimento sobre aleitamento materno de profissionais de enfermagem e parteiras, por meio de questões de múltipla escolha, revelou uma média de acertos de 7,6 (KARAÇAM; KITIS, 2005), também superior à encontrada no presente estudo.

Dentre as quatro questões do teste de conhecimento que apresentaram o percentual de respostas incorretas maior que o de respostas corretas, três foram destacadas pelo autor responsável pela elaboração dos instrumentos (BECKER, 2001) como sendo essenciais para a promoção do aleitamento materno. Estas três questões abordaram o manejo clínico do ingurgitamento mamário, a necessidade de complementação alimentar, caso não haja apoadura até três dias pós-parto, e a necessidade de amamentação em períodos regulares de tempo.

Assim, a questão que afirmou ser importante, em casos de ingurgitamento mamário, a massagem da mama previamente às mamadas e a aplicação de compressas geladas após, foi respondida incorretamente pela maioria (59 - 69,4%) dos profissionais de enfermagem do estudo, os quais discordaram desta afirmação.

O ingurgitamento mamário afeta um grande número de mulheres no período pós-parto e é uma condição dolorosa e desagradável, podendo ser particularmente angustiante neste momento em que as mães estão envolvidas com as demandas de um novo bebê. Esta intercorrência mamária pode levar à interrupção precoce da amamentação, além de estar potencialmente associada a patologias mais graves, como a mastite. Seu manejo clínico envolve as seguintes medidas (BIANCUZZO, 1999): ordenha manual da aréola antes da mamada, caso esta esteja tensa, o que facilita a pega correta do bebê; adoção da livre demanda, com mamadas frequentes e sem horários preestabelecidos; massagens circulares nas mamas previamente às mamadas, especialmente nas regiões mais ingurgitadas, o que facilita a fluidificação e retirada do leite estagnado; uso perene de sutiã de alças largas e firmes, para sustentar as mamas, aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica; aplicação de compressas frias após as mamadas, as quais provocam vasoconstrição transitória devido à hipotermia, limitando o fluxo sanguíneo, com conseqüente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção de leite, devido à redução da oferta de substratos necessários à sua síntese. Neste sentido, o esvaziamento da mama alivia a pressão no interior dos alvéolos, aumenta a drenagem da linfa e do edema e não compromete a produção láctea, além de prevenir o aparecimento da mastite (SMITH; HEADS, 2007; BRASIL, 2009c). Uma revisão sistemática da literatura (MANGESI; DOWSWELL, 2010) selecionou estudos controlados que avaliaram tratamentos para o ingurgitamento

mamário. Dentre eles, uma investigação feita com puérperas que desenvolveram esta intercorrência mamária sugeriu que a aplicação de frio não causa danos e está associada à melhora dos sintomas (ROBSON, 1990).

A questão que afirmou ser necessário o início da complementação alimentar em caso de não haver apojadura, até três dias após o parto, foi respondida incorretamente por 41 (48,2%) profissionais de enfermagem, os quais concordaram com esta assertiva.

Nos casos em que a “descida do leite” ou apojadura ocorre somente alguns dias após o parto, os profissionais de saúde têm o papel de desenvolver a confiança na mãe e orientar medidas de estimulação da mama, tais como sucção frequente do bebê e ordenha. Utiliza-se, ainda, o sistema de translactação, que consiste em um recipiente (copo ou xícara) contendo leite (de preferência humano) colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. Neste sistema, ao fazer a sucção, a criança recebe o leite e estimula a mama. Faz-se necessário, aqui, definir aleitamento materno complementado, que é quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com o objetivo de complementá-lo. Nesta categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não será considerado alimento complementar. Portanto, a translactação não é considerada uma forma de alimentação complementar (GIUGLIANI, 2000; BRASIL, 2009c).

A questão que afirmou ser necessário que o bebê amamente com regularidade foi respondida incorretamente pela maioria dos profissionais de enfermagem (53 - 62,4%), os quais concordaram com esta afirmação.

Há a recomendação de que a criança seja amamentada sem restrição de horários e tempo de permanência na mama, ou seja, amamentação em livre demanda, a qual faz parte do comportamento normal do recém-nascido (GIUGLIANI, 2000; CADWELL, 2007; BRASIL, 2009c). Aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido, favorece a recuperação mais rápida do peso do nascimento (CARVALHO et al., 1983), promove uma rápida “descida do leite”, aumenta a duração do aleitamento materno (HUMENICK, 1987) e previne o ingurgitamento mamário (HILL; HUMENICK, 1994). Destaca-se que o oitavo passo para o sucesso da amamentação da IUBAAM refere-se ao encorajamento da amamentação sob livre demanda por parte dos profissionais da atenção básica.

A questão que afirmou ser importante a higiene do mamilo com água e sabão, após cada mamada, apesar de não destacada por Becker (2001) como essencial para a promoção do aleitamento materno, também foi respondida incorretamente por 41 (48,2%) profissionais de enfermagem do presente estudo, os quais consideraram ser importante esta higienização.

A higiene dos mamilos com água, sabão ou qualquer outra substância, antes e após as mamadas, é uma prática não recomendada, pois remove a camada hidrolipídica, formada naturalmente pela secreção das glândulas sudoríparas, sebáceas, tubérculos de Montgomery e pelo leite materno. Esta camada tem como finalidade lubrificar o complexo mamilo-areolar. Recomenda-se que a higiene das mamas seja feita durante o banho diário da nutriz. Além disso, a lavagem das mãos com água e sabão antes de amamentar também é um procedimento de rotina que deve ser adotado pelas mulheres (VINHA, 2007; BRASIL, 2009c).

A partir de agora, inicia-se a discussão das questões do teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, que apresentaram maior número de acertos que erros.

A maioria (64 - 75,3%) dos profissionais de enfermagem obteve resposta correta na questão que afirmou ser importante a alternância das mamas, após cerca de dez minutos de início da sucção, os quais discordaram desta afirmação.

O tempo de permanência da criança em uma mama, durante a mamada, não deve ser fixado, pois cada bebê possui um ritmo próprio e um tempo específico de esvaziamento do peito. Ademais, num mesmo binômio mãe-filho, este tempo pode variar dependendo da fome da criança, do momento da última mamada e da quantidade de leite armazenado. Desta forma, a criança deve ter tempo suficiente para esvaziar a mama de forma adequada, pois, assim, ela receberá o leite do final da mamada, que é rico em calorias, promove sua saciedade e o espaçamento entre as mamadas, além de ser essencial para a manutenção da produção láctea (ALMEIDA, 2000; ALENCAR et al., 2002; CADWELL, 2007; BRASIL, 2009c). Esta questão recai sobre aquela que afirmou que o leite inicial de uma mamada é diferente do leite final, na qual 79 (92,9%) profissionais obtiveram resposta correta ao concordarem com esta afirmação.

A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada, sendo o leite do final, ou posterior, mais rico em energia/calorias, o que permite uma melhor saciedade da criança. Já o leite do início da mamada, ou anterior, possui alto teor de água e anticorpos. Neste sentido, é importante e necessário que a criança seja estimulada a esvaziar efetivamente a mama (ALENCAR et al., 2002; BRASIL, 2009c).

Dos 85 profissionais de enfermagem participantes do estudo, 78 (91,8%) responderam corretamente à questão que afirmava ser o uso de chupetas prejudicial para a amamentação, ao concordarem com esta assertiva.

O uso de chupetas é desaconselhado devido à sua interferência negativa na duração do aleitamento materno, sendo um dos fatores associados à interrupção precoce desta prática, o que pode ser encontrado em diversos estudos (SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007; PANSY et al., 2008; CASTILHO; ROCHA, 2009; VIEIRA et al., 2010). É provável que o uso de chupetas implique na

redução do número de mamadas por dia, o que compromete a produção láctea e, conseqüentemente, leva ao desmame precoce (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007). Entretanto, alguns autores sugerem que a chupeta não seria a causa primária do desmame, mas sim um indicativo da vontade materna de desmamar ou, ainda, um sinal de dificuldade com a prática da amamentação (VICTORA et al., 1997). Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de chupetas é um dos passos para o sucesso da amamentação da IUBAAM.

A totalidade dos participantes do estudo respondeu corretamente à questão que afirmou ser a exposição à luz solar benéfica para a mama.

A exposição da mama à luz solar é benéfica para a prevenção dos traumas mamilares, que são importantes causas de desmame. Entretanto, o tratamento seco de lesões mamilares, por meio da exposição à luz solar, não tem sido mais recomendado, pois se acredita que a cicatrização de feridas é mais eficiente quando as camadas internas da pele se mantêm úmidas (BIANCUZZO, 2000; BRASIL, 2009c).

A maior parte (63 – 74,1%) dos profissionais de enfermagem do estudo acertou a questão que afirmou ser necessário o início imediato da complementação alimentar em casos de diminuição da produção de leite, discordando desta afirmativa.

A maioria das mulheres tem condições biológicas para produzir quantidades suficientes de leite para alimentar seu filho. Entretanto, durante a amamentação, há uma queixa comum de “pouco leite”, percepção advinda da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente seu bebê, o que faz com que o choro da criança e as mamadas frequentes sejam interpretados como sinais de fome. Inicialmente, é normal que o bebê em AME mame frequentemente e sem horários regulares, cerca de oito a 12 vezes por dia. A ansiedade gerada por esta situação é repassada para a criança que reage com mais choro. A introdução de outros leites alivia a tensão materna e isto é transmitido à criança que passa a chorar menos, reforçando a ideia de que ela estava passando fome. Iniciada a complementação/suplementação, a criança suga menos o peito e, conseqüentemente, reduz a produção láctea, o que leva ao desmame precoce. Assim, caso haja uma diminuição da produção, algumas medidas são indicadas, tais como: melhorar a posição e pega do bebê; aumentar a frequência das mamadas; oferecer as duas mamas em cada mamada; dar tempo para o bebê esvaziar as mamas; trocar de mama várias vezes numa mamada, caso a criança esteja sonolenta ou não suga vigorosamente; evitar o uso de mamadeiras, chupetas e intermediários; consumir dieta balanceada; ingerir líquidos em quantidades suficientes e repousar (GIUGLIANI, 2004; BRASIL, 2009c).

A porcentagem de respostas corretas, na última questão do teste de conhecimento, foi maior que a de respostas incorretas, sendo que a maioria (63 – 74,1%) dos profissionais de enfermagem

discordou da afirmação de que o sucesso do aleitamento materno depende exclusivamente da relação mãe-bebê.

A amamentação não é uma prática meramente instintiva, mas é um ato fortemente influenciado pelo contexto sociocultural onde a nutriz está inserida (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Para que ela tenha sucesso em seu processo de amamentação, há a necessidade de um contínuo incentivo, apoio e suporte por parte dos profissionais de saúde, família e comunidade, não bastando apenas que ela opte pelo aleitamento materno. A influência de pessoas significativas para a mãe é extremamente importante, sendo essencial que os profissionais de saúde envolvam estes indivíduos no aconselhamento em amamentação, pois sua influência pode favorecer ou dificultar este processo. Assim, a lactação é influenciada por diferentes condições, processos, mitos, crenças e valores, bem como pela rede social da nutriz (VARI; CAMBURN; HENLY, 2000; BRASIL, 2009c; MARQUES et al., 2010).

Ressalta-se que, na maioria (8 – 80%) das questões do teste de conhecimento sobre aleitamento materno, a porcentagem de acertos dos enfermeiros foi maior que a dos técnicos de enfermagem. Apenas na questão que abordou o manejo clínico do ingurgitamento mamário o número de acertos foi maior dentre os técnicos de enfermagem. Situação contrária foi encontrada no estudo de Caldeira et al. (2007), onde o melhor desempenho nas questões que abordaram o manejo dos principais problemas com a amamentação foi do grupo de enfermeiros. Tal resultado discorda, também, do encontrado no trabalho de Becker (2001), onde os profissionais de nível superior tiveram um melhor desempenho nesta questão.

A aplicação de compressas geladas, após as mamadas, exige certa atualização do conhecimento, por ser uma recomendação atual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009c). Apesar da maioria dos enfermeiros (32 – 71,1%) e técnicos de enfermagem (21 – 52,5%) do estudo ter participado, ao menos duas vezes, de cursos sobre aleitamento materno, não é conhecido o momento em que tais cursos aconteceram. Neste sentido, não é possível afirmar que este melhor desempenho e atualização por parte dos técnicos de enfermagem se deva à sua participação em cursos. Portanto, infere-se que o maior número de acertos por parte destes profissionais pode ser devido à sua experiência de trabalho, já que a mediana do tempo de atuação nas equipes de saúde da família onde estavam alocados no momento da coleta dos dados foi de três anos, enquanto a dos enfermeiros foi de cinco meses.

Essa situação demonstra uma falha na sustentação científica dos enfermeiros para abordar questões mais complexas que envolvam a amamentação, o que dificulta o adequado suporte às mães com alguma dificuldade para amamentar. Caldeira et al. (2007) afirmam que, frequentemente, os profissionais de saúde detêm o conhecimento teórico acerca das vantagens do aleitamento materno.

Entretanto, nem sempre possuem sustentação científica para lidar com questões complexas referentes à técnica da amamentação e ao manejo das principais intercorrências mamárias, contribuindo sistematicamente para o desmame precoce e para a morbimortalidade infantil. De nada adianta um profissional consciente das vantagens e da importância do aleitamento materno, se fornecer informações incorretas às mães ou se não souber manejar adequadamente as diferentes situações que surgem durante o processo de amamentação (BECKER, 2001).

A seguir serão discutidos os resultados das análises de comparações entre a variável-resposta “média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso” e as variáveis explanatórias referentes à amamentação dos filhos, à realização de cursos sobre aleitamento materno e à percepção quanto à própria competência para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação.

A comparação das médias de acertos dos participantes, entre os diferentes grupos ou fatores definidos pelas variáveis categóricas citadas anteriormente, revelou que os profissionais de enfermagem que tiveram um melhor desempenho no teste de conhecimento sobre aleitamento materno foram aqueles que não amamentaram seus filhos, participaram de cursos sobre aleitamento materno e consideraram-se aptos para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação, apesar das médias girarem em torno de seis acertos.

Dois estudos desenvolvidos na Austrália revelaram que um grande número de profissionais que vivenciaram a experiência da amamentação teve um elevado escore de acertos nos testes que avaliaram seu conhecimento sobre aleitamento materno, o que contraria os resultados encontrados no presente estudo (CANTRILL; CREEDY; COOKE, 2003; BRODRIBB, 2008).

De acordo com Marques et al. (2009), uma questão importante a ser considerada é a de que o conhecimento repassado pelos profissionais de saúde às mulheres em processo de amamentação pode advir, em grande parte, da sua vivência pessoal, como mãe, ou da observação da amamentação de mulheres próximas.

A experiência da amamentação pode ser um fator determinante no vínculo entre profissional de enfermagem e usuária, pois aquele deixa de ocupar o lugar, muitas vezes distante de um técnico, e passa a compartilhar suas experiências vividas (QUEIROZ, 2008). Gestantes no Estado do Ceará demonstraram satisfação e segurança no atendimento de enfermeiras que haviam vivenciado a maternidade. O fato de possuírem experiências comuns a serem compartilhadas favoreceu a sua interação (MOURA; RODRIGUES; SILVA, 2003).

Nesse sentido, os profissionais podem considerar-se incapacitados para orientar a nutriz durante a lactação, pelo fato de não terem vivenciado a amamentação. Entretanto, a não vivência deste processo não “desqualifica” o profissional que trabalha com gestantes e nutrizas, especialmente

se este estiver capacitado para tal (MARQUES et al., 2009). Esta foi a situação encontrada no presente estudo, onde os quatro profissionais de enfermagem que não amamentaram seus filhos participaram ao menos uma vez de cursos sobre aleitamento materno, o que pode ter determinado seu melhor desempenho no teste de conhecimento, quando comparados com as profissionais que amamentaram. Esta inferência justifica-se pelo fato de que aqueles que participaram de cursos sobre aleitamento materno tiveram uma média de acertos maior que a dos que não participaram.

Avaliação realizada após um curso sobre aleitamento materno para profissionais de UBSs e maternidades mostrou que a média de acertos no teste de conhecimento aumentou significativamente, quando se comparou o grupo exposto ao grupo controle (REA; VENANCIO, 1999).

O investimento na educação permanente dos profissionais de saúde, seu crescente envolvimento enquanto equipe e um gerenciamento adequado das unidades levam a um melhor aproveitamento do potencial já existente na rede básica de saúde e, conseqüentemente, asseguram um bom desempenho na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002).

De acordo com um estudo realizado por Taddei et al. (2000), equipes treinadas para a promoção do aleitamento materno obtiveram um aumento da duração do AME de 29%, quando comparadas com equipes não treinadas, o que indica a necessidade de continuidade da formação dos profissionais de saúde. No entanto, tal investigação não foi conduzida com avaliação posterior sistematizada. Em estudos realizados nos municípios de Montes Claros (CALDEIRA; FAGUNDES; AGUIAR, 2008) e Rio de Janeiro (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002) verificou-se um aumento nos índices de AME, após atividades educativas voltadas aos profissionais da atenção básica.

Os resultados dos cursos sobre aleitamento materno, entre outros fatores, fazem refletir na autoavaliação dos profissionais quanto a sua capacidade de atuação em aleitamento materno, pois engendram confiança e facilitam a participação em atividades (BECKER, 2001). Esta confiança parece estar instaurada nos participantes do estudo, já que o melhor desempenho no teste de conhecimento foi dos profissionais que se consideraram aptos para atuar em aleitamento materno.

Cantrill, Creedy e Cooke (2003), em seu estudo desenvolvido na Austrália, encontraram que profissionais que se consideravam capacitados para a atuação em aleitamento materno, obtiveram melhor avaliação quanto ao seu conhecimento sobre o tema.

Destaca-se que não houve correlação entre a média de acertos dos profissionais de enfermagem no teste de conhecimento sobre aleitamento materno e o seu tempo de atuação nas equipes de saúde da família, o que foi verificado por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson. Esperava-se que, com o aumento do tempo de trabalho nas equipes, houvesse um acréscimo nos níveis de conhecimento sobre aleitamento materno dos profissionais de enfermagem. Esta situação

denota uma certa ausência de comprometimento e interesse por parte dos profissionais em aprimorar seus saberes e, conseqüentemente, sua assistência ao binômio mãe-filho em processo de amamentação, o que eleva o risco de desmame precoce.

Dados da investigação realizada na Austrália contrariam os encontrados no presente estudo, ao revelarem elevados escores de acertos no conhecimento sobre aleitamento materno de profissionais de saúde que tinham um maior tempo de atuação em seus campos de trabalho (CANTRILL; CREEDY; COOKE, 2003; BRODRIBB, 2008). Outro estudo, cujos resultados não corroboram o encontrado, é o de Ciconi, Venancio e Escuder (2004), no qual se verificou maior concentração de acertos entre os profissionais que trabalhavam entre 24 e 30 meses na ESF.

7.2.2 Práticas de promoção ao aleitamento materno

7.2.2.1 Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem

No que tange às orientações sobre aleitamento materno, feitas às gestantes no terceiro trimestre de gestação, 75 (88,2%) profissionais de enfermagem referiram fazê-las em quase todos os encontros com estas mulheres. Estudo desenvolvido no município de Montes Claros (MG) (CALDEIRA et al., 2007) encontrou que 87,6% dos profissionais da ESF realizavam orientação sobre aleitamento materno às gestantes no final do pré-natal. De acordo com Ramos e Almeida (2003), um dos motivos alegados pelas mulheres para não amamentar ou interromper precocemente a amamentação é a falta de orientação por parte dos profissionais de saúde durante o pré-natal. Destaca-se que dentre os dez passos para o sucesso da amamentação da IUBAAM, seis envolvem a orientação e apoio às gestantes.

O Coeficiente de Correlação de Spearman mostrou a existência de uma fraca correlação entre a frequência de realização de orientações sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso. Isto significa que independente de seu nível de conhecimento sobre aleitamento materno, os profissionais do estudo frequentemente orientavam as gestantes sobre esta prática social. Tal situação pode desencadear repercussões negativas sobre o processo de amamentação do binômio mãe-filho, pois o conhecimento das mulheres sobre esta prática, muitas das vezes advindo das orientações dos profissionais de saúde, é um dos fatores que contribui para sua adoção (SUSIN et al., 1998). Portanto, informações incorretas, incompletas ou sem embasamento científico repassadas às gestantes podem acarretar problemas relacionados à amamentação, o que contribui para o desmame precoce.

Foi possível presenciar, durante a coleta dos dados, apenas um encontro dos profissionais de enfermagem do estudo com gestantes no terceiro trimestre de gestação. Este encontro aconteceu no momento em que uma gestante com 34 semanas de gestação procurou o enfermeiro de uma das equipes para agendar uma consulta de pré-natal devido à queixa de dor em baixo ventre. O profissional agendou a consulta para o dia seguinte e não fez orientações, não se atentando imediatamente para a situação vivenciada pela mulher naquele momento. Esta falha encontrada na abordagem de mulheres no final da gestação, momento repleto de expectativas, dúvidas e ansiedade, especialmente em relação ao aleitamento materno, pode advir do reducionismo biológico com que elas são tratadas pelo profissional de enfermagem, deixando de lado as demais dimensões em que estão inseridas, como a psicológica, a social e a cultural (NAKANO et al., 2007).

Nesse sentido, são necessárias estratégias que facilitem a difusão de informações sobre as vantagens e importância do aleitamento materno, de orientações a respeito do manejo clínico da amamentação e de maneiras de conciliar esta prática com outros papéis exercidos pela mulher na sociedade (FREITAS et al., 2008; MACHADO; BOSI, 2008). Esta é uma tarefa de todos os profissionais de saúde, com destaque para a equipe de enfermagem, visto que ela atua como agente da promoção da saúde, influenciando positivamente a prática do aleitamento materno. Assim, a enfermagem deve valorizar a força do processo educativo, pois este contribui para a aproximação entre as pessoas e para o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas no que se refere à valorização da saúde, à utilização de recursos disponíveis e ao exercício da cidadania (ORIÁ; GLICK; ALVES, 2005; FREITAS et al., 2008).

O sucesso do aleitamento materno associa-se a programas educativos de diversas naturezas e à valorização da cultura estritamente relacionada a esta prática social. Ademais, sua promoção e incentivo devem ocorrer em todas as circunstâncias, para que as mães ampliem seu conhecimento sobre o assunto e, conseqüentemente, elevem sua prevalência e duração (CICONI; VENANCIO; ESCUDER, 2004; FREITAS et al., 2008). Neste contexto, inserem-se os grupos educativos para gestantes e nutrizes realizados nas USFs.

Dentre os profissionais de enfermagem do estudo, 49 (57,6%) participavam das atividades educativas em grupo realizadas em suas unidades. Destes, 43 (87,8%) faziam orientações sobre aleitamento materno em quase todos os encontros. Caldeira et al. (2007) encontraram em seu estudo que a maioria dos profissionais da ESF participava de grupos educativos para gestantes e nutrizes e fazia orientações sobre aleitamento materno nestes momentos. Resultados de uma revisão sistemática da literatura indicaram que, durante o pré-natal, a educação grupal foi a única estratégia efetiva de intervenção capaz de estender a duração do aleitamento materno (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2001).

Os grupos constituem-se em estratégias para a prática da promoção da saúde e caracterizam-se por um conjunto de pessoas que se interagem com o objetivo de ampliar suas capacidades, o que propicia o desenvolvimento de autonomia e enfrentamento de novas situações, permitindo maior controle dos usuários sobre seu contexto social e ambiental. Neste sentido, é essencial a superação das formas tradicionais de abordagem do processo saúde-doença e da redução simplista dos grupos enquanto promotores de mudanças das condutas individuais (SANTOS et al., 2006; HORTA et al., 2009).

As ações educativas em saúde, mediante atividades grupais, podem se constituir num método privilegiado de intervenção, uma vez que possibilitam a troca de experiências entre seus participantes (DELFINO et al., 2004), situação encontrada no presente estudo, onde esta troca de informações e dicas sobre aleitamento materno entre as mulheres ocorria em quase todos os encontros, de acordo com 25 (51%) profissionais de enfermagem.

As atividades educativas em grupo para gestantes e nutrizes partem da ideia de que o compartilhamento das expectativas, experiências e vivências destas mulheres em relação ao aleitamento materno, aliado à orientação dos profissionais de saúde, podem prevenir dificuldades e ensiná-las a lidar com a ansiedade, inseguranças e possíveis problemas relacionados à prática da amamentação. Neste sentido, seriam neutralizados alguns dos empecilhos e obstáculos ao AME (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005). Entretanto, esta talvez não seja uma realidade vigente nas USFs do estudo, pois independente de possuir ou não bons níveis de conhecimento sobre aleitamento materno, os profissionais de enfermagem frequentemente orientavam gestantes e nutrizes em relação a esta prática social durante os grupos, o que foi demonstrado pela existência de uma fraca correlação entre a frequência da realização de orientações sobre aleitamento materno pelos profissionais de enfermagem nos grupos e sua média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso.

Além disso, ao presenciar alguns encontros dos grupos educativos para gestantes e nutrizes, estes se mostraram, na realidade, como aulas expositivas e prescritivas sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido, aí incluído o aleitamento materno. As orientações não eram exploradas no grupo de maneira reflexiva, sendo que poucas informações eram trocadas entre as mulheres, as quais pouco participavam ou se manifestavam. Outro detalhe a se ressaltar é o de que a afirmação de mais da metade dos profissionais de enfermagem de que participavam de atividades educativas em grupo em suas unidades não se refletiu na prática, pois apenas os profissionais de quatro USFs realmente desenvolviam este tipo de atividade. Esta situação revela que a necessidade e a importância dos grupos para a promoção do aleitamento materno são reconhecidas teoricamente pelos participantes do estudo, entretanto, isto não é repassado para a prática, o que pode ser consequência de diversos fatores que vêm desde a falta de infraestrutura e ambiência adequadas, perpassa pela

baixa adesão e chega até a falta de comprometimento ou até conhecimento por parte dos responsáveis pela efetivação dessas atividades.

Percebe-se que a educação sanitária, marcada pela informação, adestramento, inspeção e coerção, ainda se faz presente nas ações de saúde, cujos objetivos ainda giram em torno da mudança de comportamentos e práticas corporais visando a adequá-los a preceitos higiênicos (TEIXEIRA, 2008).

A justificativa para a baixa adesão de usuários às ações educativas em grupos advém da falta de planejamento de tais atividades, as quais não correspondem às suas reais necessidades. Assim, quando estas práticas educativas são organizadas pelo interesse do profissional, seus resultados podem ficar aquém do esperado. Para que seja feito o planejamento, é necessário ajustar o contexto da população e os objetivos da equipe (RONZANI; SILVA, 2008).

Nessa direção, para o planejamento das atividades educativas em grupo, é necessário, ainda, um ambiente com estrutura física adequada, que comporte um coletivo e propicie bem-estar a todos os participantes, além de outros aspectos relevantes para o bom desenvolvimento destas atividades como, iluminação adequada, suficiente circulação de ar e privacidade. A ausência destes fatores pode ocasionar a desmotivação dos profissionais e usuários (ROCHA et al., 2010). Os resultados do presente estudo apontam nesta direção, pois foi observado que grande parte das unidades não contava com espaço físico suficiente para o desenvolvimento de atividades grupais. Entretanto, tais limitações encontradas nos aspectos ambientais não se constituem em motivo para a não realização de atividades em grupo, pois é possível a utilização de ambientes externos à USF, dentro do território de abrangência das equipes, como alternativa para buscar maior proximidade com o usuário e facilitar o acesso, a adesão e o vínculo da comunidade às atividades grupais (ROCHA et al., 2010). Ressalta-se que o vínculo das mulheres com os grupos no presente estudo não foi uma constante, pois a maioria (27 – 55,1%) dos profissionais afirmou que apenas algumas delas retornavam a esta atividade com os bebês após o nascimento, o que pode ser um reflexo da realidade encontrada nas unidades.

Portanto, no processo de educação em saúde é fundamental que se considere o outro como sujeito, detentor de conhecimento e não mero receptor de informações, uma vez que o processo de interação e de abertura ao saber do outro propicia uma construção compartilhada de conhecimento e de formas de cuidado diferenciadas (ACIOLI, 2008). O papel do profissional de saúde no grupo é acolher os participantes, ouvindo suas experiências e dúvidas, para que, a partir disso, eles tenham condições de explicitar suas dificuldades em autocuidar-se, de identificar os recursos que possuem para enfrentá-las e de estabelecer conexões entre o conhecimento, as informações e as vivências, fortalecendo o vínculo com as equipes de saúde (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A sensibilidade do profissional de enfermagem em atender às necessidades de sua clientela, apresentando disponibilidade em se engajar no incentivo ao aleitamento materno, pode ser

determinada por características pessoais, em que não apenas o conhecimento, mas as experiências e a personalidade possam guiar suas atitudes no que se refere à assistência a esta prática social (SILVA, 1999).

Um ponto importante a ser enfatizado neste momento é o de que, após a primeira etapa da coleta dos dados, as enfermeiras de duas equipes localizadas em uma mesma USF implementaram o grupo de gestantes em suas atividades de assistência à saúde materno-infantil.

As visitas domiciliares às puérperas eram feitas por 77 profissionais de enfermagem do estudo, sendo que a maioria (47 – 55,3%) deles as fazia frequentemente. Ademais, destes 77 profissionais, a maioria (58 – 75,3%) realizava a primeira visita após o parto nas duas primeiras semanas de vida da criança. Estes dados corroboram os encontrados em estudo desenvolvido no município de Teixeira (MG), onde 66,7% dos profissionais da ESF realizavam a primeira visita domiciliar após o parto em até 15 dias do nascimento (AZEREDO et al., 2008).

Uma revisão sistemática realizada com o objetivo de identificar procedimentos conduzidos nas fases de pré-natal e de acompanhamento infantil, que teriam efetividade na extensão da duração do aleitamento materno, revelou que uma das estratégias identificadas foram as visitas domiciliares durante o acompanhamento infantil (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2001). Becker (2001), em estudo feito com mães cadastradas na ESF, encontrou na visita domiciliar um fator decisivo para que a mãe se sentisse apoiada no ato de amamentar.

Ao responderem a estas questões relativas às visitas domiciliares às puérperas, durante a primeira etapa da coleta dos dados, a maioria dos profissionais afirmou que a assistência à puérpera era feita no momento da realização do teste do pezinho e que as visitas domiciliares somente aconteciam quando havia algum problema com a mulher ou o recém-nascido, sendo que nestes momentos o ACS os avisava da necessidade do acompanhamento domiciliar. Devido a esta contradição, foi solicitado aos profissionais de enfermagem que entrassem em contato com a pesquisadora, quando fossem realizar visitas domiciliares às puérperas, o que não aconteceu. Entretanto, a pesquisadora conseguiu agendar quatro visitas com enfermeiros, das quais, apenas uma se efetivou, pois dois profissionais as fizeram em outro momento que não o combinado e um desistiu da visita, dizendo que não iria mais fazer este tipo de atividade durante aquele mês.

A observação desta única visita domiciliar revelou que a prática biologicista e prescritiva também acontece nesses momentos, pois não houve preocupação em se contextualizar a mulher dentro de um ambiente familiar, onde o exercício da amamentação se torna uma experiência complexa e determinada por elementos que estão aquém do determinismo biológico da lactação (SILVA, 2001). Isso pôde ser comprovado pelo fato de que o enfermeiro se atentou apenas para a observação da mamada, para orientações relacionadas à técnica correta da amamentação, à presença de

intercorrências mamárias, à anticoncepção, ao AME e à alimentação complementar, ao exame físico e acompanhamento do bebê, delegando a segundo plano os determinantes subjetivos, psicológicos, sociais e culturais no processo de amamentação daquela mulher. Ademais, ressalta-se que a visita foi realizada no segundo mês de vida da criança, momento em que grande parte dos problemas e dificuldades com a amamentação já ocorreu.

O período mais vulnerável da amamentação abrange as duas primeiras semanas de vida, pois é nesse momento que a decisão prévia da mulher de amamentar é colocada à prova. A amamentação inicial prazerosa e eficiente é o caminho para o estabelecimento do aleitamento materno, já o contrário leva ao fracasso, mesmo em mulheres inicialmente dispostas a amamentar (MURAHOSVICH, 2003). O apoio às nutrizes nos primeiros dias pós-parto é essencial na manutenção da lactação e no auxílio à prevenção das dificuldades que são mais comuns neste período (GIUGLIANI, 1994).

A ampliação e o fortalecimento da assistência domiciliar valorizam o processo saúde-doença e a influência do contexto de vida e da dinâmica familiar sobre a saúde materno-infantil, além de viabilizar a entrada dos profissionais de saúde dentro dos lares. O objetivo dessa inserção é observar e trabalhar o desenvolvimento do binômio mãe-filho dentro do seu contexto ambiental, cultural e familiar (YAMAMOTO et al., 1998).

Devido à informação de que a assistência precoce à puérpera é realizada no momento da coleta do teste do pezinho, foram feitas observações durante a realização de dois destes procedimentos. Verificou-se, entretanto, que nestes momentos a abordagem dos enfermeiros girou em torno do recém-nascido, por meio da adoção de uma postura prescritiva e de perguntas fechadas às mães, as quais investigaram a prática do AME, a presença de alguma dificuldade, a exposição da mama ao sol e os cuidados com o umbigo. Além disso, a ausência de orientações e de abertura para o esclarecimento de dúvidas bloqueou a interação entre profissional e usuária e induziu a respostas imprecisas do tipo “sim” ou “não”. Durante as consultas, os enfermeiros esboçaram brevemente uma abordagem às condições de saúde das puérperas, questionando-as quanto às condições da sutura e da loqueação. Ressalta-se, ainda, que, durante a realização dos procedimentos, nenhuma das duas mulheres foi incentivada a amamentar e não foi feito o exame das mamas.

A partir dessa situação, conclui-se que há uma falha na assistência às puérperas na ESF do município de Uberaba.

No que se refere ao contato com grupos comunitários de apoio à amamentação no município de Uberaba, todos os participantes disseram que não tinham comunicação com este tipo de recurso. Tal resultado discorda dos encontrados por Becker (2001) e Dubeux et al. (2004) em seus estudos, onde cerca de 20% dos profissionais da ESF tinham algum tipo de contato com grupos comunitários de apoio à amamentação. Estudo desenvolvido em Belo Horizonte e Contagem revelou que as ações

intersetoriais se davam esporadicamente e se traduziam em parcerias com escolas, igrejas, creches e organizações não governamentais (HORTA et al., 2009).

Buss (1998) destaca que a promoção da saúde pressupõe o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, o qual é expresso em adequadas condições de vida, serviços resolutivos, ações integrais com foco na intersetorialidade e no estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social.

Apesar da intersetorialidade não ocorrer de forma efetiva, ela é apontada como o reconhecimento de que o setor saúde, sozinho, não é capaz de desenvolver e implementar práticas de promoção da saúde, pois, estas envolvem o lazer, a cultura, a educação, entre outros. Neste sentido, como alternativas sugerem-se ações construídas com a comunidade (HORTA et al., 2009).

Grupos comunitários de apoio à amamentação são um meio efetivo de se promover esta prática e prevenir seu declínio (TOGNETTI, 1988). Neste sentido, os recursos humanos advindos da própria comunidade favorecem a continuidade das ações, pois propiciam uma atuação dos participantes nas decisões e atividades, tendo como base o contexto cultural. Ademais, a participação destas pessoas da comunidade leva a um repasse mais efetivo do conhecimento (GARCIA, 2002). Estes grupos oferecem suporte adicional à mulher em processo de amamentação (DINTER; WILLIS, 2003).

A escassa comunicação das equipes com grupos comunitários surpreende pelo fato de a ESF estar em um contexto de proximidade com a comunidade. No Brasil existem alguns grupos de apoio ao aleitamento materno em grandes cidades, entretanto, não há um vínculo destes com os serviços de saúde, e os profissionais não sabem como contactá-los. Além disso, grupos comunitários espontâneos são, principalmente, iniciativas de mulheres de classe média, e a ESF está inserida, prioritariamente, em áreas de classes menos abastadas (BECKER, 2001). Outras entidades de apoio social ao aleitamento materno podem ser as igrejas, creches e escolas.

Ressalta-se que esta falta de entrosamento com os serviços e, conseqüentemente, da intersetorialidade, pode levar ao desmame precoce, causado por falsos conceitos e crenças difundidas na comunidade, os quais poderiam ser trabalhados no âmbito das unidades de saúde em parceria com os segmentos da comunidade (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Em contrapartida, 31,8% dos profissionais de enfermagem do estudo afirmaram ter contato com outros grupos de apoio à amamentação situados em instituições de saúde de nível secundário de atenção, sendo que a maioria encaminhava para tais grupos as nutrizes com dificuldades no processo de amamentação que necessitavam de apoio e acompanhamento. Entretanto, este encaminhamento significa a orientação das mulheres quanto à existência dos grupos, não havendo um sistema formal e efetivo de referência e contrarreferência, ou seja, um encaminhamento rotineiro ou contato da atenção

básica com serviços especializados em atender o binômio mãe-filho em processo de amamentação, tais como GAMA e Banco de Leite. Neste sentido, apesar de os profissionais do nível primário de atenção saberem da existência destes grupos especializados em atender nutrizes com problemas na amamentação, eles não as referem formalmente, ocorrendo, portanto, uma fragilização e precariedade do atendimento humanizado e integral a esta população.

Ressalta-se que os grupos de apoio são um dos dez passos para o sucesso da amamentação da IUBAAM: implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

7.2.2.2 Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, exclusivamente, pelos enfermeiros no pré-natal, na puericultura e em visitas domiciliares às puérperas

A Política Nacional de Atenção Básica define as atribuições específicas mínimas dos enfermeiros da ESF, quais sejam: realizar assistência integral que englobe a promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde dos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano, seja na USF ou no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.); realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACSs e da equipe de enfermagem, dentre outras (BRASIL, 2006b).

Dentre as atividades direcionadas à assistência materno-infantil desenvolvidas pelos enfermeiros na USF, destaca-se a consulta de pré-natal que foi mencionada como rotina pela maioria (36 – 80%) dos enfermeiros do estudo, dos quais 33 (91,7%) orientavam sobre as vantagens e importância do aleitamento materno em quase todos os encontros. Tais dados estão de acordo com os encontrados por Queiroz (2008) em Americana (SP), onde 95,2% das enfermeiras da atenção básica realizavam consultas de enfermagem às gestantes. Por outro lado, discordam do resultado encontrado no estudo de Hellings e Howe (2004), onde apenas 26,3% dos profissionais de enfermagem faziam orientações sobre aleitamento materno frequentemente no pré-natal.

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa a preservar a saúde do binômio mãe-filho, garantindo a prevenção e a detecção precoce das intercorrências da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas preexistentes (QUEIROZ, 2008).

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para isto, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde-doença, que

compreenda a pessoa em sua integralidade e considere o contexto social, econômico, cultural e físico onde está inserida; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde e construir uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2006a).

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é essencial para que o binômio mãe-filho possa vivenciar esta experiência de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional de saúde orientações necessárias e adequadas ainda na gestação, como as relacionadas às vantagens do aleitamento para a mulher, a criança, a família e a comunidade (BRASIL, 2006a).

A consulta de pré-natal é considerada uma ocasião importante para se trabalhar o incentivo ao aleitamento materno, cabendo ao profissional responsável o estímulo à capacidade da mulher de amamentar (JONES, 2005). Dessa forma, a relação entre a gestante e o enfermeiro deve compreender: expectativas, crenças e experiências anteriores da mulher em relação ao aleitamento materno; orientações sobre o cuidado com as mamas, técnica da amamentação, reconhecimento da apojadura e de intercorrências mamárias e suas respectivas condutas; e eliminação de dúvidas sobre a prática da amamentação (FUJIMORI; REZENDE, 2009).

Entretanto, verificou-se que houve uma fraca correlação entre a frequência da realização de orientações sobre aleitamento materno pelos enfermeiros do estudo nas consultas de pré-natal e a sua média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso. Isto significa que, independentemente do nível de conhecimento sobre aleitamento materno dos enfermeiros do estudo, estes realizavam orientações sobre o assunto em quase todas as consultas de pré-natal. Destarte, tais orientações poderiam ser, muitas das vezes, distorcidas ou incorretas, o que contribui passivamente para uma concepção e conhecimento errôneos das mulheres em relação a esta prática social e, conseqüentemente, para seu declínio.

A despeito de a maioria dos enfermeiros do estudo ter afirmado fazer consultas de enfermagem às gestantes e orientar sobre o aleitamento materno nestes encontros, observou-se que eles não conseguiam colocar em prática esta referida assistência, pois apenas cinco realmente desenvolviam esta atividade. Ao presenciar esses momentos, constatou-se que as consultas eram individuais, baseadas em queixas e condutas, exame obstétrico sumário, interpretação ou solicitação de exames, checagem da vacinação, entrega de sulfato ferroso e ácido fólico, ou seja, pautadas em um modelo biomédico onde as mulheres não são ouvidas, e o seu contexto familiar, de vida, saúde e trabalho não são considerados. A abordagem fundamentou-se em uma conduta prescritiva, com perguntas fechadas e com escassas orientações, especialmente no que se refere ao aleitamento materno, que ficou restrito às questões sobre o cuidado com as mamas, como: expô-las ao sol, usar

sutiã de alças largas e passar hidratantes e óleos, sendo esta última não recomendada durante a gestação. Outra orientação realizada por um dos enfermeiros foi em relação à contraindicação da amamentação em caso de uma nova gravidez, o que é possível em uma gestação de risco habitual, o que confirma o fato de que os enfermeiros faziam orientações sobre aleitamento materno independente de seu nível de conhecimento sobre o tema. No que se refere ao exame das mamas, apenas um enfermeiro o realizou durante as consultas de pré-natal. Ademais, um dentre os cinco enfermeiros, na realidade, fazia uma pré-consulta e, posteriormente, encaminhava as gestantes para a consulta médica.

A atenção pré-natal qualificada exige conhecimentos e habilidades específicos da fisiopatologia obstétrica e dos aspectos socioculturais inerentes à gestação (NARCHI, 2010). A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil torna o enfermeiro legalmente competente para realizar consulta de enfermagem à mulher na gestação, solicitar exames e prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Portanto, o enfermeiro possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência à gestação de baixo risco, incluindo a abordagem do aleitamento materno, os quais advêm de sua formação inicial (COREN, 2009). Destaca-se que, no momento da coleta dos dados, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba dispunha de um protocolo específico para a assistência pré-natal dos enfermeiros da atenção básica, o qual autorizava a solicitação de exames e prescrição de medicamentos. Apesar disto, esta prática não estava consolidada nos serviços.

Apesar de terem afirmado que a duração média de suas consultas girou em torno de meia hora, esta não foi a realidade encontrada, pois os atendimentos dos cinco enfermeiros que realizavam consultas pré-natal duraram em média 15 minutos. A exigência da produtividade pela Secretaria Municipal faz com que os profissionais cumpram um número mínimo de procedimentos ao mês. Este pode ser um dos motivos que impede a realização de pré-natal pelos enfermeiros do estudo ou mesmo que justifique o fato de as consultas serem pautadas no modelo queixa-conduta, o que impõe a necessidade de revisão da forma como se dão as condutas dos enfermeiros durante estas práticas, pois estas podem se desvincular do reducionismo biologicista e considerar o sujeito em sua integralidade, independente do tempo de duração das consultas. Para isto, basta apenas que o profissional amplie seu olhar e deixe de enxergar a gestante enquanto uma barriga e uma mama.

Não é compreendido o motivo de, num contexto da ESF, enfermeiros comportarem-se como coadjuvantes, pois eles deveriam contribuir para uma atenção de qualidade, à medida que promovem a saúde e oferecem apoio e confiança às gestantes (NARCHI, 2010). A qualidade da assistência está relacionada a estes aspectos minimamente valorizados pela população e até mesmo pelos enfermeiros, que associam qualificação profissional à autonomia na prescrição de medicamentos e

solicitação de exames, restringindo as consultas ao intervencionismo, em detrimento dos aspectos preventivos e de educação em saúde, bem mais marcantes na prática dos enfermeiros (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

Quanto às consultas de puericultura, do total de enfermeiros participantes do estudo, 42 (93,3%) as realizavam em suas USFs. Destes, a maioria orientava sobre as vantagens e importância do aleitamento materno, ensinava as mães a prevenir e/ou tratar intercorrências mamárias e verificava uma mamada na maioria das consultas. Tais dados corroboram os encontrados por Caldeira et al. (2007) e Queiroz (2008) em seus estudos, onde a maioria dos profissionais realizava consultas de puericultura e orientava sobre aleitamento nesses momentos. Becker (2001), em seu estudo, revelou que durante a puericultura, 80% dos profissionais de nível superior ensinavam a mulher a prevenir e/ou tratar intercorrências mamárias e que 33,9% deles verificavam uma mamada.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no que se refere à saúde da criança na atenção básica, destaca-se a consulta de enfermagem, atividade indispensável à vigilância do crescimento e desenvolvimento infantis e à promoção da saúde da criança (DEL CIAMPO et al., 2006).

O Ministério da Saúde, visando a incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança, priorizou cinco ações básicas que possuem comprovada eficácia, quais sejam: a promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, as imunizações, a prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (BRASIL, 2002c).

Apesar da importância da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantis, a puericultura deve ir além de ações puramente assistencialistas e biologicistas, priorizando a promoção da saúde e as ações de educação em saúde e valorizando o contexto socioeconômico e cultural particulares de cada criança (DEL CIAMPO et al., 2006). Dessa forma, os profissionais devem pautar sua conduta na escuta, no vínculo e na valorização dos vários saberes, por meio do diálogo, conscientização e sensibilidade às necessidades de cada criança e sua família (SILVA; ROCHA; SILVA, 2009).

Uma das formas de se promover o aleitamento materno é a puericultura, a qual atua com o objetivo principal de promover a saúde. Por meio dela é possível enfatizar a importância desta prática para a criança e para a mãe, evitar a introdução precoce de outros líquidos e alimentos na dieta da criança, orientar e esclarecer sobre dúvidas da nutriz e, desta forma, consolidar seu conhecimento sobre o tema e eliminar fatores que possam dificultar sua consolidação (CIAMPO et al., 2006). A avaliação periódica da criança permite que a promoção ao aleitamento materno aconteça plenamente, desde que o conhecimento adequado sobre a alimentação infantil seja inerente a esta prática (DANELUZZI et al., 1999).

Entretanto, no presente estudo, esta não foi a realidade encontrada nas consultas de puericultura realizadas pelos enfermeiros da ESF, pois houve uma fraca correlação entre a atuação destes profissionais na abordagem do aleitamento materno e sua média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso. Isto mostra que alguns profissionais, mesmo não possuindo um bom nível de conhecimento sobre aleitamento materno, orientavam sobre as vantagens desta prática social, ensinavam a prevenir e/ou tratar intercorrências mamárias e verificavam uma mamada na maioria das consultas, o que de certa forma, contribui para práticas incorretas de alimentação infantil. Ademais, do total de enfermeiros que afirmaram realizar consultas de puericultura, apenas três as faziam na prática, sendo estas pautadas em queixas e condutas, na avaliação do crescimento e desenvolvimento, no exame físico da criança e na checagem da vacinação. As orientações realizadas eram prescritivas e giravam em torno dos cuidados com a criança. No que se refere à abordagem do aleitamento materno, a totalidade dos enfermeiros apenas questionou a prática do AME e orientou a não complementação com outros alimentos ou líquidos até os seis meses, inclusive na presença de cólicas. Apenas um enfermeiro observou uma mamada e nenhum deles examinou as mamas e orientou a mãe quanto à prevenção e/ou tratamento de intercorrências mamárias. Ademais, um dentre os três enfermeiros, na realidade, fazia uma pré-consulta e, posteriormente, encaminhava o binômio para a consulta médica.

A simples verificação da mamada é fundamental para qualquer orientação e intervenção com o objetivo de corrigir eventuais erros de postura, pega e posição do bebê (BECKER, 2001). Neste sentido, uma ação desencadeia a outra, pois, ao observar uma mamada o profissional além de corrigir problemas na técnica, tem condições de verificar a presença de intercorrências mamárias e, conseqüentemente, orientar sua prevenção e/ou tratamento. Ademais, esta simples observação oportuniza e reforça as orientações sobre as vantagens e importância do aleitamento materno para a criança e seus entornos. Porém, observou-se que a abordagem ao aleitamento materno ficou centrada na recomendação de AME até seis meses, sem, no entanto, justificar o motivo desta recomendação, o que pode não surtir efeito na prática das nutrízes, pois não cria vínculo e confiança nas informações repassadas pelos profissionais.

Em relação à duração das consultas de puericultura, situação semelhante a das consultas de pré-natal foi encontrada, pois apesar de os enfermeiros terem afirmado que elas duravam em média 30 minutos, na realidade o atendimento girou em torno de dez minutos.

A assistência à criança vem sendo desenvolvida de forma não integrada, com orientações truncadas e pautadas em queixas, o que compromete a valorização da criança enquanto um ser humano em desenvolvimento. É essencial, portanto, a reformulação das práticas direcionadas à saúde da criança, especialmente valorizando a promoção do aleitamento materno, a capacitação de recursos

humanos, a participação da família no cuidado e a orientação às mães, buscando a atenção integral à saúde. Neste sentido, apesar das inúmeras dificuldades encontradas no cotidiano da USF, como a falta de conscientização por parte dos profissionais de enfermagem da importância do seu papel transformador, é necessária a mudança, não somente técnico-científica, mas também de respeito às pessoas, das relações e suas subjetividades, quebrando o modelo biomédico instalado na realidade dos serviços de saúde (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

Nesse contexto, destaca-se o papel relevante da puericultura no incentivo à prática do aleitamento materno. Durante a consulta, pré-consulta ou pós-consulta, a equipe de enfermagem tem plenas condições de avaliar todos os fatores que estejam influenciando na prática do aleitamento materno, corrigir os erros, oferecer soluções práticas e orientar às lactantes, independente do tempo de duração destes encontros (CIAMPO et al., 2006).

O trabalho integrado de toda a equipe de saúde, especialmente da enfermagem, desde o início do pré-natal e durante todo o acompanhamento da criança na puericultura, é fator decisivo na implantação e manutenção do aleitamento materno por períodos mais longos (CIAMPO et al., 2006). Além disso, a consulta de enfermagem aliada à visita domiciliar é uma estratégia que visa a proporcionar ações educativas e assistenciais para a promoção da saúde nutricional da criança. Entretanto, é necessário que o profissional tenha sensibilidade para ir além do que se observa e escuta, dentro da perspectiva de respeito aos determinantes sociais e culturais (SILVA; ROCHA; SILVA, 2009).

O acompanhamento do binômio mãe-filho no pós-parto é reconhecido como momento propício para a verificação e correção de atitudes prejudiciais ao aleitamento materno (QUEIROZ, 2008). Esta estratégia pode ser efetivada por meio de visitas domiciliares às puérperas, as quais eram feitas por 40 enfermeiros no presente estudo, dos quais 38 (95%) faziam orientações sobre aleitamento materno e 36 (90%) verificavam uma mamada e corrigiam os possíveis erros em quase todos os encontros. Estes dados corroboram os encontrados no estudo de Becker (2001) em que 92,6% dos profissionais de nível superior realizavam visitas domiciliares às puérperas.

Conforme discutido anteriormente, a observação da única visita domiciliar à puérpera realizada por um enfermeiro demonstrou que as orientações sobre aleitamento materno e os procedimentos de verificação de mamada e correção dos possíveis erros eram feitos, apesar de a abordagem se restringir aos aspectos biológicos da amamentação e de detecção de problemas, não se efetivando, desta forma, a promoção da saúde do binômio e da família. Além disso, acrescenta-se o fato de que as orientações e procedimentos eram realizados pelos enfermeiros durante as visitas, independentemente de seu nível de conhecimento sobre aleitamento materno, pois foi demonstrada, pelo Coeficiente de Correlação de Spearman, a existência de uma fraca correlação entre a frequência

da abordagem do tema nestas atividades e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso. Esta situação pode ser determinante para o desmame precoce e para o abandono da amamentação pela mãe, pois orientações incorretas e a não verificação de um simples erro na técnica da amamentação, por falta de conhecimento dos profissionais, podem desencadear um processo de sofrimento para a mulher que acaba introduzindo precocemente outros alimentos na dieta da criança.

7.2.2.3 Aleitamento materno e educação continuada

Considerando as atividades de educação continuada nas USFs, destaca-se que 27 (67,5%) técnicos de enfermagem e 44 (97,8%) enfermeiros participavam destes encontros. No que se refere à abordagem do aleitamento materno, 28 (40%) enfermeiros afirmaram realizar orientações sobre esta prática social em alguns dos encontros e 18 (45%) técnicos afirmaram recebê-las em alguns encontros.

A educação continuada nas USFs no município de Uberaba geralmente acontece uma vez por semana. Neste momento os profissionais da equipe se reúnem e um deles, geralmente com nível superior, discorre sobre determinado tema, em forma de palestra ou aula expositiva.

Não foram realizadas observações nas atividades de educação continuada, pois no momento da coleta dos dados nenhuma das equipes abordou a temática aleitamento materno nestes encontros. Entretanto, a pesquisadora conhece a forma como se dão estas atividades pelo fato de ter feito estágios e supervisão de alunos em diversas equipes.

A nomeação dessas atividades retrata fielmente o modo como acontecem: ações pontuais, representadas por capacitações sobre temática específica e escolhida aleatoriamente pelo responsável. Seu caráter comunicativo é, portanto, pautado pela verticalização na tomada de decisão sobre o processo educativo, cuja finalidade está na transmissão de conhecimentos. Estas atividades restringem-se à atualização dos conhecimentos dos trabalhadores, os quais não serão necessariamente aplicados no cotidiano da prática profissional, pois podem diferir da realidade vivenciada nas unidades (FIGUEIREDO et al., 2010). Apesar disso, as iniciativas de educação continuada podem promover uma reflexão sobre o modo de agir individual de cada profissional, apesar de não terem o objetivo final de problematizar e discutir a realidade do serviço e propor soluções para os problemas encontrados, embora os temas possam advir de uma situação encontrada no cotidiano das ações de saúde.

Os temas abordados pelos enfermeiros na educação continuada em serviço foram: vantagens e importância do aleitamento materno, prevenção e manejo das principais dificuldades enfrentadas pela

nutriz e técnicas da amamentação, todos relacionados a aspectos teóricos e práticos do manejo clínico da amamentação, o que reflete a natureza destas atividades.

Assim, há a necessidade de constante atualização e aquisição de conhecimento por parte da equipe de enfermagem no que se refere ao aleitamento materno, e isto pode ser adquirido por meio da educação continuada, onde o espaço permite a solução de dúvidas, a aquisição de novos conhecimentos e a troca de experiências entre os participantes. Entretanto, no presente estudo, houve uma fraca correlação entre a frequência de realização de orientações sobre aleitamento materno pelos enfermeiros, durante as atividades de educação continuada, e seu nível de conhecimento no teste, tipo verdadeiro ou falso. Isso indica que as orientações eram feitas independentemente do conhecimento que possuíam sobre a temática, o que denota uma certa gravidade e até irresponsabilidade por parte destes profissionais, pois, ao repassarem informações incorretas a respeito do assunto para o restante da equipe, contribuem para o insucesso da amamentação. Ainda neste contexto, as orientações podem refletir o conhecimento dos profissionais adquirido em sua experiência pessoal com o aleitamento materno, o que contribui para a perpetuação de crenças, mitos e falsas verdades na comunidade por eles assistida.

Nesse sentido, destaca-se que o sucesso da amamentação depende da participação e da parceria de todos os profissionais envolvidos no atendimento ao binômio mãe-filho, os quais devem prestar orientação adequada e correta durante o pré-natal e puerpério (QUEIROZ, 2008).

Cabe, aqui, ressaltar o fato de que houve menor participação dos profissionais de nível técnico, quando comparados aos profissionais de nível superior nas atividades de educação continuada, o que parece contraditório, pois ao se pensar na formação inicial destas duas categorias profissionais constata-se a maior necessidade por parte dos técnicos de enfermagem em se capacitar e adquirir novos conhecimentos sobre aleitamento materno.

7.2.2.4 Práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas, exclusivamente, pelos técnicos de enfermagem com gestantes, puérperas, mães de menores de seis meses e em visitas domiciliares

As atribuições dos técnicos de enfermagem na ESF são definidas pela Política Nacional de Atenção Básica. Dentre elas, destacam-se a função de realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, na USF ou no domicílio e demais espaços comunitários, e realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situações de risco (BRASIL, 2006b).

Destaca-se que 39 (97,5%) técnicos de enfermagem se preocupavam em identificar precocemente gestantes e puérperas na comunidade, o que contribui para o sucesso do aleitamento

materno. No que se refere à identificação de puérperas, esta preocupação se refletiu na prática dos profissionais, pois quando questionados sobre o momento da primeira visita domiciliar após o parto, 57,5% deles afirmaram que esta acontecia nas primeiras duas semanas após o nascimento, apesar de a visita domiciliar observada durante a coleta dos dados ter acontecido no segundo mês de vida da criança. Entretanto, em relação à captação precoce de gestantes, não foi possível confirmar se esta preocupação se refletiu na prática, pois não foi objetivo do estudo identificar o momento da primeira consulta de pré-natal.

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento define que para o adequado acompanhamento pré-natal à gestante, os profissionais das USFs deverão realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação (BRASIL, 2004a).

No que se refere à captação precoce de puérperas após o retorno da maternidade, a Primeira Semana de Saúde Integral recomenda além da visita domiciliar, nos primeiros dias, o retorno do binômio mãe-filho ao serviço de saúde, entre sete e dez dias após o parto (BRASIL, 2006a).

A redução das taxas de desmame precoce e a maior duração do aleitamento materno dependem de estratégias desenvolvidas continuamente no pré-natal, puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e visitas domiciliares (QUEIROZ, 2008). Nesse sentido, os técnicos de enfermagem do presente estudo afirmaram desenvolver práticas de promoção ao aleitamento materno em todos esses períodos vitais para a consolidação desta prática social. Esta atuação foi confirmada pelo fato de que a maioria deles frequentemente orientava sobre as vantagens e importância do aleitamento materno em seus encontros com gestantes, com mães de crianças menores de seis meses e na primeira visita domiciliar após o parto; além disso, na maioria dos encontros com mães de crianças menores de seis meses, mais de 90% deles ensinavam-nas a prevenir e/ou tratar intercorrências mamárias e verificavam uma mamada e corrigiam os possíveis erros.

Verificou-se que a maioria dessas práticas de promoção citadas anteriormente teve uma fraca correlação com a média de acertos dos profissionais no teste de conhecimento sobre aleitamento materno, com exceção de uma delas, a orientação sobre as vantagens e importância do aleitamento materno durante a primeira visita domiciliar após o parto, onde houve uma moderada correlação. Isto demonstra que os profissionais de nível técnico tinham um maior cuidado nas orientações repassadas às mulheres no ciclo grávido-puerperal no que se refere ao aleitamento materno, pois de certa forma as orientações durante as visitas domiciliares eram feitas com mais frequência à medida que seu nível de conhecimento aumentava. Destaca-se que, esses momentos em que se acredita que as orientações eram pautadas em conhecimento mais profundo, eram propícios para a abordagem precoce do aleitamento materno, o que contribui para os menores índices de desmame e morbimortalidade infantil,

já que os problemas na amamentação são mais frequentes nas primeiras semanas após o parto, momento em que as mulheres encontram-se em suas casas (NAKANO et al., 2007).

No entanto, foi possível observar esses momentos de interação dos técnicos de enfermagem com as mulheres apenas durante a vacinação, momentos restritos à realização do procedimento, onde os profissionais se detiveram a perguntar se a criança estava amamentando, não verificando uma mamada ou examinando as mamas. A sala de vacinas é uma oportunidade para aperfeiçoar a comunicação com o usuário e ultrapassar o limite da técnica de administração da vacina. Este momento propicia a criação do vínculo entre o profissional de enfermagem e a mãe, facilita o envolvimento e conhecimento de outras necessidades do binômio e sua família, especialmente no que se refere ao aleitamento materno (FIGUEIREDO; MELLO, 2003), o que não aconteceu no presente estudo.

Limitações do
estudo

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a elaboração de uma dissertação de mestrado, é sempre possível que ocorram falhas e limitações devido à escassez de tempo, à necessidade de cumprir prazos estabelecidos e à opção de seguir uma trajetória que permita responder ao problema da pesquisa, mesmo que seja diferente da proposta inicial da investigação.

Apesar dos instrumentos utilizados na pesquisa serem adequados para responder aos objetivos propostos, ao longo da coleta e análise dos dados, ambos se mostraram limitantes, quando se buscou identificar o quanto nas ações dos profissionais de enfermagem os aspectos de promoção ao aleitamento materno estavam contemplados, de acordo com o compromisso da política de promoção da saúde de deslocar a atenção dos profissionais da doença para a potencialidade e autonomia dos sujeitos no cuidado à saúde. Daí a necessidade da utilização das observações das práticas de promoção ao aleitamento materno dos participantes.

Nesse sentido, apesar da preocupação com o rigor metodológico das observações realizadas, a possibilidade de viés durante esta etapa está sempre presente, pois se pauta em dados e informações subjetivas. Ademais, embora ofereça a possibilidade de uma maior aproximação e exploração da realidade estudada, neste método de coleta dos dados o observador é visível aos observados, o que pode provocar mudanças na forma como normalmente conduzem suas atividades.

Outra limitação a ser considerada é o fato de que as informações reveladas pelos profissionais de enfermagem do estudo, especialmente pelos enfermeiros, nos questionários, não se confirmaram durante a etapa das observações. Uma nova pesquisa que investigue os motivos para a não realização das atividades direcionadas à assistência materno-infantil consideradas no estudo e que, ao mesmo tempo, permita um contato mais próximo com os profissionais poderá revelar esta lacuna e propor intervenções para a falta de adesão/interesse dos profissionais de enfermagem em relação às atividades de promoção ao aleitamento materno.

Ressalta-se, ainda, que foram indagados quanto à realização de atividades de promoção ao aleitamento materno apenas os profissionais de enfermagem, não sendo objetivo do estudo questionar gestantes e nutrizes quanto às orientações e ao apoio recebidos, o que aconteceu no trabalho de Becker (2001). Tais informações poderiam ser contrastadas com as dos profissionais e, desta forma, enriqueceriam os resultados encontrados.

Outro aspecto a ser considerado é o de que a pesquisadora não atentou para a possibilidade de comparar as atividades de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem nas realidades da UBS e da ESF. Considerando-se a ESF como *locus* privilegiado para a

promoção da saúde, poderiam ser encontrados melhores resultados para os profissionais atuantes nesta estratégia, o que abrandaria os dados obtidos com as observações.

Destarte, as limitações do estudo impulsionam a pesquisadora a trabalhar na direção de uma pesquisa cada vez mais qualificada e aprimorada.

Conclusões

9 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que:

→ Os profissionais de enfermagem da ESF do município de Uberaba eram jovens, sendo que a maioria deles era do sexo feminino e não tinha filhos. Todos os participantes que tinham filhos eram do sexo feminino e, dentre elas, a maioria amamentou.

→ A maioria dos profissionais de enfermagem participou, ao menos uma vez, de cursos sobre aleitamento materno, os quais estavam inseridos dentro do referencial da educação continuada que trabalha com a perspectiva de atualização de conhecimentos, não se atendo à problematização da realidade vivenciada e à solução de problemas.

→ A maioria dos profissionais de enfermagem tinha uma percepção positiva quanto à própria competência para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação.

→ A mediana do tempo de atuação dos profissionais de enfermagem deste estudo nas equipes de saúde da família onde estavam alocados, no momento da coleta dos dados, foi de cinco meses, sendo que os técnicos de enfermagem estavam inseridos há mais tempo em suas equipes, quando comparados aos enfermeiros.

→ A média geral de acertos dos profissionais de enfermagem do estudo no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, foi de 6,6 acertos dentre os dez possíveis.

→ Em 80% das questões, tipo verdadeiro ou falso, a porcentagem de acertos dos enfermeiros foi maior que a dos técnicos, com exceção daquela que abordou o manejo clínico do ingurgitamento mamário.

→ Quatro (40%) questões do teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso, apresentaram um percentual de respostas incorretas maior que o de respostas corretas, nas quais abordaram-se a higiene dos mamilos com água e sabão antes e após as mamadas, o manejo clínico do ingurgitamento mamário, a necessidade de complementação alimentar, caso não haja apoadura até três dias pós-parto, e a necessidade de amamentação em períodos regulares de tempo, sendo as três últimas apontadas como essenciais para a promoção do aleitamento materno (BECKER, 2001).

→ As maiores médias de acertos no teste de conhecimento sobre aleitamento materno foram dos profissionais de enfermagem que não amamentaram seus filhos, que participaram de cursos sobre

aleitamento materno e que se consideraram aptos para observar uma mamada e orientar a nutriz quanto à técnica correta da amamentação.

→ Houve uma fraca correlação entre a média de acertos no teste de conhecimento sobre aleitamento materno e o tempo de atuação dos profissionais de enfermagem, nas equipes de saúde da família onde estavam alocados no momento da coleta dos dados.

→ A orientação sobre aleitamento materno às gestantes no terceiro trimestre de gestação era feita pela maioria dos profissionais de enfermagem, em quase todos os encontros com estas mulheres. Entretanto, houve uma fraca correlação entre a frequência da realização destas orientações nestes momentos e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso. Ademais, a observação deste encontro revelou a ausência da abordagem do assunto com a gestante.

→ Dentre os 49 profissionais de enfermagem que participavam de atividades educativas em grupo, a maioria realizava orientações sobre aleitamento materno em quase todos os encontros. Porém, houve uma fraca correlação entre a frequência da realização destas orientações e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso. Ademais, as observações destes encontros revelaram que estes se mostraram, na realidade, como aulas expositivas e prescritivas sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido, aí incluído o aleitamento materno. Revelaram, ainda, que apenas os profissionais de quatro USFs realmente desenvolviam grupos educativos.

→ A maioria dos profissionais de enfermagem fazia visitas domiciliares às puérperas, sendo que a primeira visita após o parto acontecia, principalmente, em até sete dias de vida da criança. Entretanto, foi informado de forma majoritária que a assistência à puérpera era feita no momento da realização do teste do pezinho e que as visitas domiciliares somente aconteciam quando havia algum problema com o binômio mãe-filho. Ademais, a observação da visita domiciliar revelou que esta aconteceu no início do segundo mês de vida da criança, pautando-se em uma prática biologicista e prescritiva, pois não houve preocupação em se contextualizar a mulher dentro de um ambiente social, cultural e familiar.

→ Nenhum profissional de enfermagem participante do estudo tinha contato com grupos comunitários de apoio à amamentação no município de Uberaba, o que indica a ausência da intersectorialidade, um dos componentes essenciais da promoção da saúde.

→ As consultas de pré-natal eram realizadas pela maioria dos enfermeiros do estudo. Dentre eles, a maior parte falava das vantagens e importância do aleitamento materno em quase todos os encontros. Entretanto, as observações revelaram que apenas cinco enfermeiros realmente desenvolviam esta

atividade, a qual estava pautada em um modelo biomédico, onde as mulheres não são ouvidas, recebem escassas orientações, especialmente no que se refere ao aleitamento materno, e seu contexto familiar, de vida, saúde e trabalho não são considerados.

→ Realizavam consultas de puericultura em suas USFs 42 enfermeiros. Dentre eles, a maioria falava das vantagens e importância do aleitamento materno, ensinava às mulheres a prevenir e/ou tratar intercorrências mamárias e verificava uma mamada na maioria das consultas. Entretanto, as observações revelaram a mesma situação encontrada nas consultas de pré-natal, sendo que apenas três enfermeiros desenvolviam esta atividade em sua rotina. A abordagem do aleitamento materno nestas consultas girou em torno do questionamento quanto ao AME e da não necessidade de complementação até os seis meses.

→ Dos 40 enfermeiros que faziam visitas domiciliares às puérperas, a maioria as orientava sobre aleitamento materno e verificava uma mamada e corrigia os possíveis erros em relação à técnica em quase todos os encontros. A observação da visita domiciliar à puérpera realizada por enfermeiro demonstrou que as orientações sobre aleitamento materno e os procedimentos de verificação de mamada e correção dos possíveis erros eram feitos, apesar de a abordagem se restringir aos aspectos biológicos da amamentação.

→ A maioria dos enfermeiros participava das atividades de educação continuada em suas unidades e orientava sobre aleitamento materno nestes momentos.

→ Houve uma fraca correlação entre as práticas de promoção ao aleitamento materno realizadas pelos enfermeiros do estudo no pré-natal, puericultura, visitas domiciliares e educação continuada e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso.

→ A maioria dos técnicos de enfermagem se preocupava em identificar precocemente gestantes e puérperas na comunidade, o que contribui para a redução dos índices de desmame precoce.

→ Na maioria de seus encontros com gestantes, 97,5% dos técnicos de enfermagem falavam das vantagens e importância do aleitamento materno.

→ Na maioria de seus encontros com mães de crianças menores de seis meses, mais de 70% dos técnicos de enfermagem falavam das vantagens e importância do aleitamento materno, ensinavam-nas a prevenir e/ou tratar intercorrências mamárias, verificavam uma mamada e corrigiam os possíveis erros.

-
- Na primeira visita domiciliar às puérperas após o parto, a orientação sobre aleitamento materno era feita pela maioria dos técnicos de enfermagem em quase todos os encontros.
 - A observação dos momentos de interação dos técnicos de enfermagem com as mulheres foi possível apenas durante a vacinação, momentos restritos à realização do procedimento, onde os profissionais se detiveram a perguntar se a criança estava amamentando.
 - A maioria dos técnicos de enfermagem participava das atividades de educação continuada em suas unidades e recebia orientações sobre aleitamento materno nestes momentos.
 - Houve uma fraca correlação entre as práticas de promoção ao aleitamento materno realizadas pelos técnicos de enfermagem do estudo em seus encontros com gestantes e nutrizas e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso.
 - Houve uma moderada correlação entre a frequência da realização de orientações sobre aleitamento materno pelos técnicos de enfermagem do estudo em sua primeira visita domiciliar às puérperas após o parto e a média de acertos no teste de conhecimento, tipo verdadeiro ou falso.

Implicações para a
prática

10 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que o conhecimento sobre aleitamento materno dos enfermeiros e técnicos de enfermagem da ESF do município de Uberaba – MG é resultante da sua participação em cursos sobre o tema.

Neste sentido, para o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, é necessário o oferecimento de orientações adequadas e acessíveis, por parte dos profissionais de enfermagem, às gestantes e nutrízes, com o intuito de prevenir as dificuldades e intercorrências comuns a este período. Para que isto aconteça, é necessário que enfermeiros e técnicos de enfermagem estejam devidamente qualificados para a atuação na promoção do aleitamento materno desde a gestação até os dois anos de vida da criança ou mais, seja na USF ou na comunidade.

Destarte, partindo-se da ideia de que a qualificação profissional proveniente da educação continuada contribui para um incremento no conhecimento sobre o aleitamento materno, sua associação com a educação permanente em saúde proverá maior conhecimento sobre o assunto e permitirá aos profissionais uma mobilização reflexiva e crítica, a problematização da realidade do serviço e a identificação das necessidades do binômio mãe-filho, promovendo sua saúde e permitindo que se tornem cada vez mais capacitados para seu autocuidado.

As declarações dos profissionais de enfermagem são unânimes no que se refere à abordagem do aleitamento materno nas atividades direcionadas à assistência materno-infantil investigadas no estudo, como: pré-natal, puericultura, visitas domiciliares às puérperas, encontros com gestantes e nutrízes, educação continuada em serviço e grupos educativos para gestantes e nutrízes. Entretanto, a correlação entre o nível de conhecimento e a frequência da abordagem do aleitamento materno nestas práticas indicou que os profissionais de enfermagem faziam orientações independentemente do conhecimento que possuíam sobre o tema. Desde sua formação profissional inicial, enfermeiros e técnicos de enfermagem são orientados quanto à necessidade da abordagem do aleitamento materno nestas atividades. Ademais, é esperado pelas mulheres que, durante seus contatos com profissionais de enfermagem da ESF, no ciclo grávido-puerperal, estas orientações estejam presentes.

A afirmação positiva da maioria dos profissionais de enfermagem, quanto ao desenvolvimento de atividades direcionadas à promoção do aleitamento materno, mostrou ser pouco consistente na prática, uma vez que apenas alguns deles realmente atuavam neste sentido. Ademais, sua atuação nestas atividades não condissse com a proposta da promoção da saúde de ir além da dimensão biológica do aleitamento materno, pois centrou-se em uma abordagem individual, curativa e prescritiva.

Parece, portanto, haver uma consciência e uma intencionalidade, por parte dos profissionais de enfermagem, em realizar as atividades direcionadas à promoção do aleitamento materno desde o pré-

natal, o que não é repassado para a prática. Tal discrepância entre teoria e prática propõe especulações e reflexões sobre onde se localiza a lacuna que leva ao insucesso da promoção do aleitamento materno por parte destes profissionais.

O excesso de funções exercidas pelos profissionais de enfermagem nas equipes de saúde da família; a cobrança, por parte dos gestores, quanto ao alcance das metas da produtividade; a rotatividade dos profissionais nos serviços; a ausência de um programa municipal de educação e de um protocolo para a atuação em aleitamento materno direcionado à atenção básica; a inexistência de parcerias com grupos comunitários de apoio à amamentação; a não implementação de atividades de educação permanente nas unidades e o baixo nível de conhecimento sobre o tema podem levar ao não aproveitamento do potencial existente na ESF. Tais obstáculos impedem a efetivação de uma assistência que considere o binômio mãe-filho enquanto sujeitos inseridos em um contexto social, cultural, histórico, político, econômico, emocional e familiar; a criação de ambientes favoráveis a esta prática; a capacitação, a informação e o desenvolvimento de habilidades e atitudes pró-amamentação nas mulheres e seus entornos, aspectos relativos à promoção da saúde.

Assim, os resultados do presente estudo permitem a sensibilização de profissionais de enfermagem da ESF e gestores quanto à necessidade de um programa de educação permanente em aleitamento materno, de parcerias intersetoriais, inclusive com grupos comunitários, e da reorganização de todo o processo de trabalho, incluindo aí a maior estabilidade dos profissionais nas equipes, o que permitirá a efetivação das atividades de promoção a esta prática social.

Devido à escassez de estudos cujo enfoque seja o conhecimento e as práticas de promoção ao aleitamento materno de profissionais de enfermagem da ESF, os achados do presente estudo propõem novas pesquisas para investigar esta distância encontrada entre teoria e prática.

Referências

REFERÊNCIAS⁵

ACIOLI, S. A. prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.

ALENCAR, N. M. N. et al. Estudo das diferenças nutricionais do leite humano maduro no início e final da mamada. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 67-69, 2002.

ALMEIDA, J. A. G. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, J. A. G. Composição e síntese do leite humano. In: SANTOS, J. L. A. *A mama no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 101-104.

ALMEIDA, J. A. G. Leite fraco: um problema da mama ou da cultura? *Masto Magazine*, v. 2, p. 2, 1998.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, p. S119-S125, 2004. Suplemento 5.

ANSEMI, M. L.; DUARTE, G. G.; ANGERAMI, E. L. S. “Sobrevivência” no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 13-18, jul. 2001.

ARAÚJO, L. D. S. *A construção de um novo olhar sobre o ensino do aleitamento materno: uma contribuição da educação crítico-reflexiva*. 2005. 278 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Reassessment of baby-friendly hospitals in Brazil. *Journal of Human lactation*, Chicago, v. 23, n.3, p. 246-252, 2007.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEDIA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-438, jul./ago. 2007.

AZEREDO, C. M. et al. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 336-344, 2008.

⁵ Este trabalho foi realizado segundo as normas:

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico ou impresso Parte I (ABNT). São Paulo: SIBi/USP, 2009.

BALBINO, A. C.; MAIA, T. M.; ROSA, T. C. A.; SILVA, F. F.; CECON, P. R.; COTTA, R. M. M. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 249-266, jul./out. 2010.

BECKER, D. *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família*. 2001. 117 p. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BERQUÓ, E. et al. *Caracterização e determinantes do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Grande Recife*. São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 1984. (Cadernos CEBRAP, Nova Série, 2).

BIANCUZZO, M. Maternal physical assessment and counseling. In: _____ *Breastfeeding the newborn: clinical strategies for nurses*. St. Louis: Mosby, 1999. p. 226-283.

BIANCUZZO, M. *Sore nipples: prevention and problem solving*. Herndon, USA: WMC Worldwide, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Pesquisa de prevalência do aleitamento materno em municípios brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Básica. *Rede Amamenta Brasil: caderno tutor*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009d. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008, 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 163 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004 – ano da mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 186 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS, caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma operacional da assistência à saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002c. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 50 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Perfil dos médicos e enfermeiros de Saúde da Família no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990b. 10 p.

BRODRIBB, W. Breastfeeding and Australian GP Registrars_Their Knowledge and Attitudes. *Journal of Human Lactation*, v. 24, n.4, p. 422-430, nov. 2008.

BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, p. S126-S130, 2004. Suplemento 5.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública: contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. cap. 1, p. 19-42.

CADWELL, K. Latching-on and suckling of the healthy term neonate: breastfeeding assessment. *Journal of Midwifery & Woman's Health*, Silver Spring, v. 52, n. 6, p. 638-642, nov./dez. 2007.

CALDEIRA, A. P.; AGUIAR, G. N.; MAGALHÃES, W. A. C.; FAGUNDES, G. M. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1965-1970, ago. 2007.

CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C.; AGUIAR, G. N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção em amamentação. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1027-1033, 2008.

CALDERON, M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-315, maio 2006.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, jul./set. 2004.

CANTRILL, R. M.; CREEDY, D. K.; COOKE, M. How midwives learn about breastfeeding. *Australian journal of midwifery*, v. 16, n. 2, p. 11-16, jun. 2003.

CARVALHO, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 4-5, jan. 2008. Editorial.

CARVALHO, M.; ROBERTSON, S.; FRIEDMAN, S.; KLAUS, M. Effect of frequent breastfeeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, v. 72, n. 3, p. 307-311, 1983.

CASTILHO, S. D.; ROCHA, M. A. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 85, n. 6, p. 480-489, 2009.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003. p. 211-226.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, p. 241-246, mai./jun. 2007.

CIAMPO, L. A. D.; JUNQUEIRA, M. J. G.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; FERRAZ, I. S.; MARTINELLI JÚNIOR, C. E. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n. 4, p. 391-396, out./dez. 2006.

CICONI, R. C. V.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 2, p. 193-202, abr./jun. 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Principais legislações para o exercício da enfermagem. São Paulo: COREN, 2009.

- COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./fev. 2009.
- CUNHA, M. A. *Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco-AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo grávido-puerperal*. 2008. 159 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- DANELUZZI, J. C.; JUNQUEIRAI, M. J. G.; RICCOIII, R. G.; DANELUZZII, J. C.; FERRAZI, I. S.; MARTINELLI JÚNIOR, C. E. Programa de atenção primária à saúde da criança e do adolescente em Vila Lobato. *Estudos Avançados USP*, São Paulo, v. 13, p. 56-57, 1999.
- DANIEL, W. W. *Bioestatics: a foundation for analysis in the health sciences*. New York: John Wiley & Sons, 1974.
- DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; DEL CIAMPO, I. R. L.; FERRAZ, I. S.; ALMEIDA, C. A. N. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006.
- DELFINO, M. R. R.; PATRÍCIO, Z. M.; MARTINS, A. S.; SILVÉRIO, M. R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1057-1066, 2004.
- DINTER, V. M.; WILLIS, S. A. The pediatric nurse practioner as lactation consultant. *Journal of Pediatric Health Care*, v. 17, p. 335-337, 2003.
- DUBEUX, L. S.; FRIAS, P. G.; VIDAL, S. A.; SANTOS, D. M. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 4, p. 399-404, out./dez. 2004.
- FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.
- FERNANDES, J. S.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434-442, jul./set. 2010.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 544-551, jul./ago. 2003.

FIGUEIREDO, P. P.; CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, J. F. DE S.; SENA, J.; CARDOSO, L. S. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010.

FORMAN, M. R. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics*, Illinois, v. 74, n. 4, p. 667-694, out. 1984.

FRANÇA, G. V. A.; BRUNKEN, G. S.; SILVA, S. M.; ESCUDER, M. M.; VENANCIO, S. I. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 711-718, 2007.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 39. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FREITAS, G. L.; JOVENTINO, E. S.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 461-468, out./dez. 2008.

FUJIMORI, E.; REZENDE, M. A. Aleitamento materno. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (Org.). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri: Manole, 2009. p. 152-173.

GARCIA, M. V. *Formação de agentes comunitários para a promoção do aleitamento materno e da estimulação do bebê*. Barueri: Manole, 2002.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação: como e porque promover. *Jornal de pediatria*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 138-147, 1994.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, p. S117-S118, 2004. Suplemento 5.

- GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 76, p. S238-S252, 2000. Suplemento 3.
- GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, p. S147-S154, 2004. Suplemento 5.
- GOODSTADT, M. S.; SIMPSON, R. I.; LORANGER, P. O. Health promotion: a conceptual integration. *American Journal of Health Promotion*, Cleveland, v.1, p. 56-63, 1987.
- GREEN, L.; KREUTER, M. *Health promotion planning: an educational & environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing, 1991.
- HARTZ, Z. M. A.; POUVOURVILLE, G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 68-82, 1998.
- HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEBS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006.
- HELLINGS, P.; HOWE, C. Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, v. 18, n.1, p. 8-14, jan. 2004.
- HILL, P. D.; HUMENICK, S. S. The occurrence of breast engorgement. *Journal of Human Lactation*, Chicago, v. 10, n.2, p. 79-86, jun. 1994.
- HORTA, N. C.; SENA, R. R.; SILVA, M. E. O.; OLIVEIRA, S. R.; REZENDE, V.A. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, jul./ago. 2009.
- HORTA, N. C.; SENA, R. R.; SILVA, M. E. O.; TAVARES, T. S.; CALDEIRA, I. M. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.
- HUMENICK, S. S. The clinical significance of breastmilk maturation rates. *Birth*, v. 14, n. 4, p.174-179, dez. 1987.
- JONES, R. H. Enfoque Obstétrico. In: CARVALHO, M. R. D.; TAMEZ, R. N. (Ed.). *Amamentação: bases científicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 151-165.
- KAEWSARN, P.; MOYLE, W.; CREEDY, D. Thai nurse's beliefs about breastfeeding and postpartum practices. *Journal of Clinical Nursing*, England, v. 12, n. 4, p. 467-475, jul. 2003.

KARAÇAM, Z.; KITIS, Y. What do midwives and nurses in Turkey know about nutrition in the first six months of life. *Midwifery*, v. 21, n.1, p. 61-70, mar. 2005.

LALONDE, M. El concepto de "campo de la salud": uma perspectiva canadense. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Promoción de la salud: uma antologia*. Washington: OPAS, 1996.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 8, n. 2, p. 187-196, jan./mar. 2008.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. S.; SA', P. K. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*, v. 19, n.4, p. 303-317, out./dez. 2004.

MAIA, M. G. M.; TAVARES-NETO, J.; RÊGO, R. C. F.; MUNIZ, P. T. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade, da cidade do Rio Branco (Acre). *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 30, n. 1, p. 129-140, jan./jun. 2006.

MANGESI, L.; DOWSWELL, T. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.10, Art. N. CD006946, 2010.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; MAGALHÃES, K. A.; SANT'ANA, L. F. da R.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. S1391-S1400, 2010. Suplemento 1.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; BOTELHO, M. I. V.; ARAÚJO, R. M. A. Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: consensos e dissensos no cotidiano de cuidado numa Unidade de Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 439-455, 2009.

MARTINS, G. P. *Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção*. 2006. 151 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

- MARTINS, R. M. C.; MONTRONE, A. V. G. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 545-553, 2009.
- MASCARENHAS, M. L. W.; ALBERNAZ, E. P.; SILVA, M. B.; SILVEIRA, R. B. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.
- MATUMOTO S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Inferface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.
- MAYKUT, P.; MOREHOUSE, R. *Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide*. London: Falmer press, 2005.
- MERHY, E. E. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *VER – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 62-83.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80 p.
- MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n.1, p. 146-150, jan./mar. 2006.
- MOURA, E. R. F.; RODRÍGUES, M. S. P.; SILVA, R. M. Percepções de enfermeiros e gestantes sobre a assistência pré-natal: uma análise à luz de king. *Revista Cubana de Enfermería*, Ciudad de la Habana, v. 19, n. 3, 2003.
- MURAHOVSKI, J. Amamentação – repensando as dificuldades. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, n.6, p. 561-566, 2003.
- NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S355-S363, 2003. Suplemento 2.
- NAKANO, A. M. S.; REIS, M. C. G.; PEREIRA, M. J. B.; GOMES, F. A. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007.

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da Cidade de São Paulo – Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 266-273, 2010.

NEIVA, F. C. B.; CATTONI, D. M.; RAMOS, J. L. de A. R.; ISSLER, H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 7-12, 2003.

O'DONNELL, M. P. Definition of health promotion: Part III: Expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, Cleveland, v.3, n.3, p. 5, 1989.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 41-51, 2002.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; SOUZA, I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, nov./dez. 2005.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; TEDSTONE, A. E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation*, v. 17, n. 4, p. 326-343, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Caribbean charter for health promotion: Port-of-Spain, Trinidad*. Washington: OPAS, 1993.

ORIÁ, M. O.; GLICK, D. F.; ALVES, M. D. Trends in breastfeeding research by Brazilian nurses. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 20-28, 2005.

PANSY, J.; ZOTTER, H.; SAUSENG, W.; SCHNEUBER, S.; LANG, U.; KERBL, R. Pacifier use: what makes mothers change their mind? *Acta Paediatrica*, v. 97, n. 7, p. 968-971, jul. 2008.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; WINCKLER, C. C.; WINCKLER, L. A.; WINCKLER, V. C. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família – PSF. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 407-414, mai./jun. 2005.

PASSOS, M. C.; LAMOUNIER, J. A.; SILVA, C. A. M.; BAUDSON, M. F. R. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 617-622, dez. 2000.

PENDER, N.J. *Health promotion in nursing practice*. 3. ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1996.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 595 p.

PEREIRA, M. J. B. *O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem*. 2001. 256 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, P. F. *Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional*. 2008. 104 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

PINTO, T. V. Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade: revisão das estratégias no período pré-natal e após a alta. *Arquivos de Medicina*, Porto, v. 22, n. 2/3, p. 57-68, 2008.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, Â. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun. 2007.

QUEIROZ, P. H. B. *Enfermeiras na atenção básica de saúde e a amamentação*. 2008. 148 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, p. S142-S146, 2004. Suplemento 5.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S37-S45, 2003. Suplemento 1.

REA, M. F.; VENANCIO, S. I. Avaliação do Curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 75, n. 2, p. 112-118, mar./abr. 1999.

ROBSON, B. A. *Breast engorgement in breastfeeding mothers*. 1990. 164 p. Thesis (Doctor degree) – School of Nursing, Case Western Reserve University, 1990.

ROCHA, B. S.; MUNARI, D. B.; BEZERRA, A. L. Q.; MELO, L. K. A. Enfermeiros Coordenadores de Equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 229-233, abr./jun. 2009.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 46-52, jan./mar. 2007.

ROCHA, L. P.; CEZAR-VAZ, M. R.; CARDOSO, L. S.; ALMEIDA, M. C. V. Processos grupais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 210-215, abr./jun. 2010.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.23-34, jan./fev. 2008.

ROSAS, A. M. M. T. F. O ensino da atividade assistencial – consulta de enfermagem: o típico da ação intencional. 2003. 180 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

ROSS, D. D.; KYLE, D. W. Qualitative inquiry: a review and analysis. In: ANNUAL MEETING OF AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 1982, New York. *Annals...New York: AERA*, 1982.

SANTO, L. C.; OLIVEIRA, L. D.; GIUGLIANI, E. R. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*, v. 34, n.3, p. 212-219, set. 2007.

SANTOS, L. M.; ROS, M. A.; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006.

SECLÉN, J.; FERNANDES, A. S. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8)

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MÁRIN-LÉON, L.; PANIGASSI, G.; REA, M. F.; PEREZ-ESCAMILLA, R. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. cap. 10, p. 195 - 212.

SIGULEN, D. M.; TUDISCO, E. S. Aleitamento natural em diferentes classes de renda no município de São Paulo. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, Caracas, v. 30, n. 3, p. 400-416, 1980.

SILVA, C. F.; ARAÚJO, P. M.; BITTENCOURT, R. A. Aleitamento materno entre profissionais do Programa de Saúde da Família. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 2, n. 2, p. 171-176, 2008.

- SILVA, I. A. **Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: um processo interacional**. 1999. 145p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.
- SILVA, I. A. **Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 362-369, dez. 2000.
- SILVA, I. A. **O profissional reconhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno**. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 7-14, jan./jun. 2001.
- SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.
- SILVA, M. M.; ROCHA, L.; SILVA, S. O. **Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 141-144, mar. 2009.
- SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. **Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 91-104, set. 2004.
- SMITH, A.; HEADS, J. **Breast pathology**. In: MANNEL, R.; MARTENS, P. J.; WALKER, M. (Eds.). *Core curriculum for lactation consultant practice*. 2. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2007. p. 637-662.
- SOUZA, T. O.; BISPO, T. C. **Aleitamento materno exclusivo e o Programa de Saúde da Família da Chapada, município de Aporá (BA)**. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, n. 1, p. 38-51, jan./jun. 2007.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
- SUSIN, L. R.; ELSA, R.J.; GIUGLIANI, S. C.; KUMMER, M. M.; ANA, C. W.; BENJAMIN, D. B. ; ACHADO, M.; BARCARO, V. D. O. **Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação**. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 5, p. 368-376, 1998.
- SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. **Health promotion**. In: SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. (Eds.). *Health care in Canada*. Ottawa: CPHA, 1992.

TADDEI, J. A. A. C. et al. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v. 118, n. 6, p. 185-191, 2000.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 965-974, mai./jun. 2008.

TOGNETTI, J. Evaluating breast feeding promotion programmes. In: JELLIFFE, D. B.; JELLIFFE, E. F. (Ed.). *Programmes to promote breastfeeding*. New York: Oxford University Press, 1988. p. 405-409.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S235-S246, 2008. Suplemento 2.

TRIOLA, M. F. *Introdução à estatística*. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 696 p.

UBERABA. Uberaba: desenvolvimento de Cidade Grande. Qualidade de vida do interior. *Revista de Uberaba para empresários*, Uberaba, 2009a. Disponível em: <http://uberaba.mg.gov.br/revistadigital/edicoes/pt/0001/Revista%20Uberaba%2003%2010.pdf>. Acesso em: 27 out. 2010.

UBERABA. Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo. *Uberaba em dados*. Uberaba, 2009b. Disponível em: http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/desenvolvimento_economico/arquivos/uberaba_em_dados/Edicao_2009/capitulo_01.pdf. Acesso em: 27 out. 2010.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde da Família. *História da implantação do Programa de Saúde da Família em Uberaba*. Uberaba: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

VARI, P. M.; CAMBURN, J.; HENLY, S. J. Professionally mediated peer support and early breastfeeding success. *Journal of Perinatal Education*, v. 9, n.1, p. 22-30, 2000.

VENANCIO, S. I. Amamentação: repensando as dificuldades. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 564-565, 2003.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 40-49, 1998.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.14, n.1, p. 82-88, jan./mar. 2005.

VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. O.; XIMENES, L. B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.18, n.3, p. 235-40, 2005.

VICTORA, C. G.; BEHAGUE, D. P.; BARROS, F. C.; OLINTO, M. T. A.; WEIDERPASS, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, v. 99, n. 3, p. 445-53, mar. 1997.

VIEIRA, G. O.; MARTINS, C. C; VIEIRA, T. O; OLIVEIRA, N. F. DE; SILVA, L. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 441-444, 2010.

VINHA, V. H. P. *O livro da amamentação*. São Paulo: CLR Baliero, 2007. 80 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programmes and projects: child and adolescent health and development. Breastfeeding. 2010. Disponível em: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/en/index.html . Acesso em: 11 nov. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Bangkok charter for health promotion in the globalized world*. Geneve: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (WHO/UNICEF). *Primary health care: report of the international conference on PHC*. Geneva: WHO, 1978.

YAMAMOTO, R. M.; PRIMO, E.; CARDOSO, I.; CONCEICAO, E. M; ANZAI, I. M. N; SANTOS, M. G.; OLIVEIRA, N. L; LEONE, C. Um modelo de ensino para médicos residentes na área de Pediatria Comunitária: a visita domiciliar contribuindo para uma formação profissional mais abrangente. *Revista Pediatria*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 172-178, 1998.

ZEIN, E. T. *Princípios do aconselhamento aplicados ao assistir em amamentação na perspectiva dos profissionais de saúde*. 2001. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (Questionários)

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno”. O objetivo deste estudo é identificar conhecimentos e a prática em aleitamento materno, dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Uberaba. E para alcançar tal objetivo serão aplicados dois questionários, sendo um para enfermeiros e outro para auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Tais questionários irão investigar o perfil dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, identificar os conhecimentos, a formação e a capacitação destes profissionais em relação ao aleitamento materno e analisar as atividades de promoção realizadas no seu dia a dia de trabalho. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco ao seu emprego. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao seu emprego. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado (a) com um número. Meu nome é Mariana de Oliveira Fonseca e este é meu projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestre pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Minha orientadora é a Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes.

Endereço e telefone de contato dos pesquisadores: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Av. Bandeirantes, 3900 / CEP: 14040-902 - (16) 3602-3419

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____

Mariana de Oliveira Fonseca: _____

Flávia Azevedo Gomes: _____

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido (Observações)

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno”. O objetivo deste estudo é identificar conhecimentos e a prática em aleitamento materno, dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Uberaba. E para alcançar tal objetivo serão aplicados dois questionários, sendo um para enfermeiros e outro para auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Tais questionários irão investigar o perfil dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, identificar os conhecimentos, a formação e a capacitação destes profissionais em relação ao aleitamento materno e analisar as atividades de promoção realizadas no seu dia a dia de trabalho. Como complementação da coleta de dados, solicito sua permissão para acompanhar algumas de suas atividades rotineiras com gestantes, puérperas e nutrizas. O objetivo desta etapa do estudo é observar como se dão suas atividades. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao seu emprego. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado (a) com um número. Meu nome é Mariana de Oliveira Fonseca e este é meu projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestre pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Minha orientadora é a Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes.

“Eu, _____, declaro que recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.”

Assinatura do (a) participante: _____

Mariana de Oliveira Fonseca: _____

Flávia Azevedo Gomes: _____

Endereço e telefone de contato dos pesquisadores: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Av. Bandeirantes, 3900 – CEP: 14040-902 - (16) 3602-3419

APÊNDICE C – Questionário para enfermeiros

Título da pesquisa: Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno

Prezado (a) colega,

Você está recebendo um questionário referente a uma pesquisa sobre a promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família, parte de uma dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A pesquisa visa a identificar conhecimentos e a prática em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Uberaba.

Estes questionários não pretendem avaliar o seu trabalho pessoal ou o de sua equipe. Note que eles são totalmente anônimos. Os dados serão utilizados numa análise de conjunto de diversas experiências da promoção do aleitamento materno por parte dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família de Uberaba.

O preenchimento deste questionário não é obrigatório. Mas suas respostas pessoais são extremamente importantes para este trabalho e para a sua contribuição à saúde pública. Pedimos que você responda com franqueza e objetividade a todas as perguntas.

Agradecemos de coração o tempo que você dedicará a esta colaboração. Estaremos em alguns meses remetendo-lhe os resultados desta análise e esperamos que sejam úteis para sua equipe e comunidade.

Comece a preencher no número 1. Ao terminar, entregue o questionário à pessoa responsável. Mais uma vez obrigada e bom trabalho.



Flávia Azevedo Gomes



Mariana de Oliveira Fonseca

USF : _____ DISTRITO: _____

1- Sexo: M () F ()

2- Data de nascimento: ____/____/____

3- Tem filhos? (S) (N) Se sim, quantos? ()

4- Seus filhos foram amamentados? (S) (N)

5- Em caso positivo, até quantos meses o leite materno foi o único alimento do bebê?

1º Filho: () meses

2º Filho: () meses

3º Filho: () meses

6- Há quanto tempo trabalha na equipe? () meses

7- Aproximadamente quantos pacientes você atende, em média, por turno de consultas?

() pacientes

Se você não realiza consultas, assinale aqui ()

8- Você fez algum treinamento ou curso em amamentação?

() Nunca () Uma vez () Duas vezes () Pelo menos três vezes

9- Qual a duração aproximada do maior treinamento? () horas

10- Quanto tempo dura sua consulta típica de:

Pré-natal? () minutos

Puericultura? () minutos

Se você não realiza consultas, assinale aqui ()

11- Qual o seu horário de entrada e saída?

Entrada: ()

Saída: ()

12 - Em suas consultas de pré-natal, você fala alguma vez das vantagens e/ou importância da amamentação?

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

13- Você orienta a gestante prestes a dar à luz no que se refere à amamentação?

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

Em suas consultas de puericultura (crianças até seis meses), você:

- 14 - Fala das vantagens e da importância da amamentação?

() Na maioria das consultas

() Eventualmente

() Muito raramente

- 15 - Pergunta como anda a amamentação?

() Na maioria das consultas

() Eventualmente

() Muito raramente

- 16 - Verifica uma mamada do bebê?

() Na maioria das consultas

() Eventualmente

() Muito raramente

- 17 - Ensina como prevenir ou lidar com fissuras, dor ou ingurgitamento?

() Na maioria das consultas

() Eventualmente

() Muito raramente

18 - Liste três vantagens da amamentação para a mãe e para o bebê:

1 _____

2 _____

3 _____

19 - Liste três aspectos importantes a serem verificados na mamada (posicionamento do bebê e da mãe, pega, etc.) para uma boa amamentação:

1 _____

2 _____

3 _____

20 - Liste duas sugestões que você faria para uma mãe com seios ingurgitados ou com fissuras no bico:

1 _____

2

Assinale com V para verdadeiro ou F para falso:

21. () É importante lavar o bico dos seios com água e sabão após cada mamada.
22. () É importante trocar de seio após cerca de dez minutos de início da mamada para que o bebê mame os dois seios.
23. () O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação.
24. () Em caso de ingurgitamento, é importante massagear o seio antes da mamada e fazer compressas geladas após.
25. () Se não houver apojadura até três dias após o parto, é necessário iniciar complementação.
26. () A exposição à luz do sol é benéfica para o seio.
27. () O bebê deve ser amamentado com regularidade: de duas em duas horas na primeira semana e de três em três horas daí em diante.
28. () Se houver diminuição da produção de leite e o bebê der mostras de que está com fome, deve-se começar imediatamente a complementação.
29. () A composição do leite varia ao longo da mamada em um seio, isto é, o leite inicial é diferente do leite final.
30. () O sucesso da amamentação depende apenas da relação mãe-bebê, não sendo influenciada pela participação dos familiares ou por valores culturais.

31 - Você participa de atividades educativas em grupo?

Grupo de Gestantes (pré-natal): (S) (N)

Grupo de Puericultura: (S) (N)

32 - Nestas atividades as mães e gestantes são orientadas sobre amamentação?

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

33 - As gestantes que deram à luz voltam ao grupo com os bebês?

() Quase todas

() Algumas

() Quase nenhuma

34 - As mães que estão amamentando trocam informações e dicas entre si sobre o assunto?

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

35 - Você participa de visitas domiciliares a puérperas?

() Não participo deste tipo de atividade

() Frequentemente

() Eventualmente

() Muito raramente

36 - Nestas atividades as mães são orientadas sobre amamentação?

() Não participo deste tipo de atividade

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

37 – Em geral, com que idade estão os bebês quando você faz a primeira visita domiciliar após o nascimento?

() Até três dias

() Até sete dias

() Até 15 dias

() Até 30 dias

() Mais que 30 dias

() Não participo deste tipo de atividade

38 – Nestas visitas você costuma verificar a mamada e corrigir os possíveis erros?

() Em quase todas as visitas

() Em algumas visitas

() Muito raramente

() Não participo deste tipo de atividade

39 - Você se considera capacitado (a) para observar uma mamada e orientar a mãe para melhorar a técnica?

() Sim

() Não

40 – Nas atividades de educação continuada, você costuma orientar sobre amamentação?

() Não participo deste tipo de atividade

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

41 – Que questões você aborda nestas ocasiões?

() Não participo deste tipo de atividade

- Técnicas da amamentação: () sim () não

- Importância / vantagens da amamentação: () sim () não

- Prevenção e solução para dificuldades na amamentação: () sim () não

- Outros: () sim () não. Por favor, especifique:

42 – Você tem contato com grupos comunitários de apoio à amamentação?

() Sim

() Não

43 - Se tem contato, encaminha mães que amamentam para estes grupos?

() Sim

() Não

Muito obrigada pelo seu tempo e dedicação.

APÊNDICE D – Questionário para técnicos de enfermagem

Título da pesquisa: Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno

Prezado (a) colega,

Você está recebendo um questionário referente a uma pesquisa sobre a promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família, parte de uma dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A pesquisa visa a identificar conhecimentos e a prática em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Uberaba.

Estes questionários não pretendem avaliar o seu trabalho pessoal ou o de sua equipe. Note que eles são totalmente anônimos. Os dados serão utilizados numa análise de conjunto de diversas experiências da promoção do aleitamento materno por parte dos profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família de Uberaba.

O preenchimento deste questionário não é obrigatório. Mas suas respostas pessoais são extremamente importantes para este trabalho e para a sua contribuição à saúde pública. Pedimos que você responda com franqueza e objetividade a todas as perguntas.

Agradecemos de coração o tempo que você dedicará a esta colaboração. Estaremos em alguns meses remetendo-lhe os resultados desta análise e esperamos que sejam úteis para sua equipe e comunidade.

Comece a preencher no número 1. Ao terminar, entregue o questionário à pessoa responsável. Mais uma vez obrigada e bom trabalho.



Flávia Azevedo Gomes



Mariana de Oliveira Fonseca

USF: _____ DISTRITO: _____

1- Sexo: M () F ()

2 - Data de nascimento: ____/____/____

3 - Tem filhos? (S) (N) Se sim, quantos? ()

4 - Seus filhos foram amamentados? (S) (N)

5 - Em caso positivo, até quantos meses o leite materno foi o único alimento do bebê?

1º Filho: () meses

2º Filho: () meses

3º Filho: () meses

6 - Há quanto tempo trabalha na equipe? () meses

7 - Você fez algum treinamento ou curso em amamentação?

() Nunca () Uma vez () Duas vezes () Pelo menos três vezes

8 - Qual a duração aproximada do maior treinamento? () horas

9 - Como você faz para descobrir uma mulher grávida na comunidade?

() Você não se preocupa em descobrir, espera que ela procure o serviço

() Você se preocupa com a questão

Se você se preocupa, como faz para chegar a ela?

Descobre pelo teste de gravidez na unidade: Sim () Não ()

Descobre por conversas informais: Sim () Não ()

Pergunta em suas visitas domiciliares: Sim () Não ()

Você lembra de outras maneiras? Por favor, descreva:

10 - Como você faz para descobrir uma mulher que acabou de ter um filho e já voltou à comunidade?

() Você não se preocupa em descobrir, espera que ela procure o serviço

() Você se preocupa com a questão

Se você se preocupa, como faz para chegar a ela?

Pergunta em suas visitas domiciliares: Sim () Não ()

Pede a família para avisar: Sim () Não ()

Entra em contato com a maternidade: Sim () Não ()

Você lembra de outras maneiras? Por favor, descreva:

11- Você faz visitas domiciliares a puérperas (mães de recém-nascidos) que já voltaram da maternidade?

() Frequentemente

Eventualmente

Raramente

12 – Em geral, com que idade estão os bebês quando você faz a primeira visita domiciliar após o nascimento?

Até três dias

Até sete dias

Até 15 dias

Até 30 dias

Mais que 30 dias

13 – Nesta primeira visita domiciliar às mães de recém-nascidos, você as orienta sobre amamentação?

Em quase todos os encontros

Em alguns encontros

Muito raramente

14 - Em suas conversas com mulheres grávidas, você fala das vantagens e da importância da amamentação?

Na maioria das vezes

Às vezes

Muito raramente

15 - Você orienta a gestante prestes a dar à luz no que se refere à amamentação?

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

Em seus encontros com mães de crianças até seis meses você:

- 16 - Fala das vantagens e da importância da amamentação?

Na maioria das vezes ()

Às vezes ()

Muito raramente ()

- 17 - Pergunta como anda a amamentação?

Na maioria das vezes ()

Às vezes ()

Muito raramente ()

- 18 - Verifica uma mamada do bebê e corrige os possíveis erros?

Na maioria das vezes ()

Às vezes ()

Muito raramente ()

- 19 - Ensina como prevenir ou tratar as fissuras, dores ou o ingurgitamento?

Na maioria das vezes ()

Às vezes ()

Nunca ou muito raramente ()

20 - Liste três vantagens da amamentação para a mãe ou para o bebê:

1 _____

2 _____

3 _____

21 - Liste três aspectos importantes a serem verificados na mamada (posicionamento do bebê e da mãe, pega, etc.) para uma boa amamentação:

1 _____

2 _____

3 _____

22 – Você se considera capacitado (a) para observar uma mamada e orientar a mãe para melhorar a técnica?

() Sim

() Não

23 - Liste duas sugestões que você faria para uma mãe com seios ingurgitados ou com fissuras no bico:

Assinale com V para verdadeiro ou F para falso:

24. () É importante lavar o bico dos seios com água e sabão após cada mamada.
25. () É importante trocar de seio após cerca de dez minutos de início da mamada para que o bebê mame os dois seios.
26. () O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação.
27. () Em caso de ingurgitamento, é importante massagear o seio antes da mamada e fazer compressas geladas após.
28. () Se não houver apojadura até três dias após o parto, é necessário iniciar complementação.
29. () A exposição à luz do sol é benéfica para o seio.
30. () O bebê deve ser amamentado com regularidade: de duas em duas horas na primeira semana e de três em três horas daí em diante.
31. () Se houver diminuição da produção de leite e o bebê der mostras de que está com fome, deve-se começar imediatamente a complementação.
32. () A composição do leite varia ao longo da mamada em um seio, isto é, o leite inicial é diferente do leite final.

33. () O sucesso da amamentação depende apenas da relação mãe-bebê, não sendo influenciada pela participação dos familiares ou por valores culturais.

34 - Você participa de atividades educativas em grupo?

Grupo de Gestantes (pré-natal): (S) (N)

Grupo de Puericultura: (S) (N)

35 - Nestas atividades as mães e gestantes são orientadas sobre amamentação?

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

36 - As gestantes que deram à luz voltam ao grupo com os bebês?

() Quase todas

() Algumas

() Quase nenhuma

37 - As mães que estão amamentando trocam informações e dicas entre si sobre o assunto?

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

38 – Nas atividades de educação continuada, você costuma receber orientação sobre amamentação?

() Não participo deste tipo de atividade

() Em muitos encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

39 – Que questões são abordadas nestas ocasiões?

() Não participo deste tipo de atividade

() Técnicas da amamentação: Sim () Não ()

() Importância / vantagens da amamentação: Sim () Não ()

() Problemas e dificuldades na amamentação: Sim () Não ()

() Outros. Por favor, especifique:

40 – Você tem contato com grupos comunitários de apoio à amamentação?

() Sim

() Não

41 - Se tem contato, encaminha mães que amamentam para estes grupos?

() Sim

() Não

Muito obrigada pelo seu tempo e dedicação.

APÊNDICE E – Observações

Mídia digital contendo a descrição das observações - segunda etapa da coleta dos dados.

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – Folhas de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 092/2009

Ribeirão Preto, 21 de maio de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 117ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de maio de 2009.

Protocolo: n° 1035/2009

Projeto: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS SOBRE PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO.

Pesquisadores: Flávia Azevedo Gomes
Mariana de Oliveira Fonseca

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Flávia Azevedo Gomes
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0318
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 069/2010

Ribeirão Preto, 26 de abril de 2010

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 26 de abril de 2010.


Protocolo: nº 1035/2009

Projeto: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS SOBRE PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO.

**Pesquisadores: Flávia Azevedo Gomes
Mariana de Oliveira Fonseca**

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Flávia Azevedo Gomes
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP