LUCIANA CAMARGO DE OLIVEIRA MELO

Atenção ao aleitamento materno em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto no contexto da Rede Amamenta Brasil: análise segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde

RIBEIRÃO PRETO
2016

LUCIANA CAMARGO DE OLIVEIRA MELO

Atenção ao aleitamento materno em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto no contexto da Rede Amamenta Brasil: análise segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Márcia Spanó Nakano

RIBEIRÃO PRETO
2016

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

MELO, L.C.O.

Atenção ao aleitamento materno em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto no contexto da Rede Amamenta Brasil: análise segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, 2016.

98 p.: il.; 30 cm.

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

Orientadora: Nakano, Ana Márcia Spanó

1.Aleitamento materno 2.Atenção Primária à saúde 3.Profissional de saúde

MELO, Luciana Camargo de Oliveira

Atenção ao aleitamento materno em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto no contexto da Rede Amamenta Brasil: análise segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Ana Márcia, por todos os grandes ensinamentos e pela compreensão desde a graduação, e que, mesmo em tempos difíceis, foi luz e calmaria, permitindo que este estudo fosse possível. Sinto-me privilegiada por tê-la como orientadora, sendo exemplo para minha formação pessoal e profissional. Que Deus a abençoe imensamente sempre. Saiba que a admiro muito, e que tem um lugar especial no meu coração.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo dom de viver, e por me permitir estudar, tornando real mais esse sonho em minha vida.

Aos meus pais, **Edna e Osmar**, que sempre me ensinaram o caminho correto a seguir, a valorizar os estudos e ser confiante. Agradeço principalmente por cuidarem com tanto amor do meu filho, nos momentos em que mais precisei. Sou grata a Deus por vocês existirem. Amo vocês.

As minhas irmãs **Giseli e Renata**, por sempre torcerem pelo meu sucesso, amo vocês.

Aos meus sobrinhos **Igor e Alice**, sou a tia mais feliz do mundo por ter vocês na minha vida.

Ao meu marido **Lucas**, meu amor incondicional e infinito. Por todos os momentos de companheirismo e incentivo, e por sempre acreditar em mim. Amo você.

Ao meu filho **Arthur**, que chegou de mansinho no meio do caminho, transformou minha vida e meu coração, que agora transborda de amor. Você é a razão da minha vida.

À minha segunda família, meus sogros **Marialva e Aluízio**, sou grata pelo carinho e dedicação que sempre tiveram comigo e com meu filho em todos os momentos.

À **Juliana Monteiro e Cândida**, pela disponibilidade em me ajudar. Suas contribuições foram essenciais para a construção e conclusão deste estudo. Vocês são exemplos de profissionalismo e dedicação à docência.

À **Márcia Reis**, pelas enormes contribuições em todas as etapas deste trabalho, sua disponibilidade e imprescindível colaboração para enriquecer este trabalho.

À **Juliana Stefanello**, pelas importantes contribuições e sugestões no exame de qualificação.

À **Raquel Germano** e **Juliana Cafer**, amigas que fiz durante a pós-graduação e com quem vivenciei bons momentos, agradeço pelo carinho e amizade. Vou guardar a vida toda no coração.

À **Miyeko Hayashida** pelas contribuições e análises do banco de dados.

À todos os **profissionais das unidades de saúde** que participaram deste estudo, pela receptividade e colaboração.

À todos os **docentes da EERP-USP**, que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação, dos quais sinto orgulho e admiração.

“Suba o primeiro degrau com fé.

Não é necessário que você veja toda a escada.

Apenas dê o primeiro passo.”

Martin Luther King

RESUMO

MELO, L.C.O. **Atenção ao Aleitamento Materno em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto no contexto da Rede Amamenta Brasil: análise segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde.** 2016. 98f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A prevalência baixa de aleitamento materno exclusivo em nosso país aponta a necessidade de novas abordagens, a valorização de ações efetivas na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM), mas também o contexto de processo de trabalho em que acontecem. Nesse sentido a Rede Amamenta Brasil (RAB) se constitui de uma proposta inovadora no contexto da Atenção Básica em consonância com os atributos da Atenção Primária a Saúde (APS). A APS reúne atributos com características fundamentais nas ações quanto à garantia de adesão e continuidade do cuidado, possibilitando autonomia dos sujeitos, condição fundamental para manter a amamentação. Buscou-se avaliar as ações do processo de amamentação segundo a RAB em unidades de saúde certificadas e não certificadas, sob a perspectiva da APS, em Ribeirão Preto-SP. Estudo quantitativo, transversal, descritivo, com profissionais médicos e enfermeiros que atendem diretamente as mães/bebês em AM. Participaram 53 profissionais (25 médicos e 28 enfermeiros) pertencentes a 10 unidades de saúde. Para a coleta de dados utilizamos um roteiro de caracterização dos profissionais e o instrumento de avaliação da Atenção Primária PCA-Tool Brasil-versão profissionais, validado no Brasil. Na análise dos dados foram calculadas as medidas de tendência central (mínima, máxima e média) e dispersão (desvio padrão) e proporções foram usadas para variáveis categóricas. A maioria dos profissionais que participaram do estudo era do sexo feminino, enfermeiros, idade média de 36 anos e graduação em instituições públicas. No que se refere à prática da amamentação, os participantes consideraram como boa/satisfatória, devido aos aspectos relacionados ao profissional. As atividades mais citadas pelos profissionais foram orientação, aconselhamento, acolhimento e consulta. Aspectos relacionados ao binômio mãe/bebe foram os mais citados como dificuldades em desenvolver tais atividades, enquanto aspectos relacionados ao profissional foram os mais citados para facilidades. Nas 10 unidades de saúde, verificou-se baixo grau de orientação para a APS dos atributos Acesso e Coordenação integração de cuidados, e forte grau de orientação para a APS para Longitudinalidade, Coordenação sistemas de informação e Integralidade. As unidades certificadas pela RAB responderam mais positivamente aos atributos da APS do que as unidades não certificadas. Os enfermeiros responderam mais positivamente para os atributos Integralidade e Acesso. O grupo de participantes com treinamento para a RAB respondeu mais positivamente para os atributos Acesso, Coordenação sistemas de informação, Coordenação integração de cuidados e Integralidade do que o grupo que não recebeu este treinamento. Este estudo contribui com resultados relevantes para a melhoria na assistência às mães e a seus filhos, fornecendo subsídios que podem gerar ações de promoção, proteção e apoio ao AM visando a melhoria nos indicadores; na qualidade da APS e maior sustentabilidade dessa política.

Palavras-chave: aleitamento materno. atenção primária à saúde. profissional de saúde

ABSTRACT

MELO. L.C.O. **Attention to Breastfeeding in basic units of Ribeirão Preto health in the context of the Brazilian Breastfeeding Network: analysis according to the attributes of the Primary Health Care.** 2016. 98p. Dissertation (MSc) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The low prevalence of exclusive breastfeeding in our country indicates the need for new approaches, the valuation of effective action in promoting, protecting and supporting breastfeeding, but also the work process context happen. In this sense the Brazilian Breastfeeding Network (BBN) constitutes an innovative proposal in the context of primary care in line with the attributes of the Primary Health Care (PHC). The PHC combines attributes with key features in the actions with regard to bond guarantee and continuity of care, enabling autonomy of individuals, fundamental condition for maintaining breastfeeding. We sought to evaluate the actions of the breastfeeding process according to BBN certified health facilities and uncertified, from the perspective of APS in Ribeirão Preto-SP. Quantitative, cross-sectional, descriptive, medical professionals and nurses that directly meet the mother/baby in breastfeeding. On that participated 53 professionals (25 doctors and 28 nurses) belonging to 10 health units. For data collection we used a script characterization of professionals and instrument evaluation of Primary PCA-Tool Professional Brazil-version validated in Brazil. In the data analysis we calculated the measures of central tendency (minimum, maximum and average) and dispersion (standard deviation) and proportions were used for categorical variables. Most of the professionals who participated from the study were female, nurses, average age of 36 years old and degree in public institutions. As regards the practice of breastfeeding, the participants considered as good/satisfactory due to the aspects related to the professional. The most cited professional activities were guidance, counseling, care and consultation. Aspects related for both the mother/baby were the most cited as difficulties in developing such activities as aspects related from professional were the most mentioned facilities. In the 10 health units, there was a low degree of orientation for PHC attributes Access and coordination integration of care, and high degree of orientation for PHC to longitudinality, coordination of information and Completeness systems. The units certified by BBN responded more positively from the PHC attributes of the not certified units. Nurses responded more positively to the Completeness attributes and first contact access. The group of participants with training for BBN responded more positively to access attributes, coordination of information systems, coordination and integration of care Completeness more than the group that did not receive this training. This study provides relevant results to improve care for mothers and their children by providing subsidies that can generate promotion, protection and breastfeeding support aimed at improving the indicators; the quality of PHC and greater sustainability of this policy.

Keywords: breastfeeding. primary health care. healthcare professional.

RESUMEN

MELO. L.C.O**. Atención a la lactancia materna en las unidades básicas de salud de Ribeirão Preto en el contexto de la Red Amamanta Brasil: análisis de acuerdo con los atributos de la Atención Primaria de Salud.** 2016. 98p. Disertación (Maestría) - Ribeirão Preto Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

La baja prevalencia de la lactancia materna exclusiva en nuestro país no solo indica la necesidad de nuevas estrategias, la valorización de acciones eficaces en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (LM), sino que también al contexto del proceso de trabajo en el que sucede. En este sentido, la Red Amamanta Brasil (RAB) se constituye como una propuesta innovadora en el contexto de la Atención Primaria de acuerdo con los atributos de la Atención Primaria de Salud (APS). La APS reúne atributos con características fundamentales en las medidas relacionadas con la garantía de adhesión y la continuidad de la atención, lo que permite la autonomía de los individuos, condición fundamental para el mantenimiento del amamantamiento. Se buscó evaluar las acciones del proceso de la lactancia materna de acuerdo a la RAB en unidades sanitarias certificadas e no certificadas, desde la perspectiva de la APS de Ribeirão Preto-SP. Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, con profesionales médicos y enfermeros que atienden directamente a las madres/bebés en LM. Participaron 53 profesionales (25 médicos y 28 enfermeros) pertenecientes a 10 unidades de salud. Para la recolección de datos se utilizó un protocolo de caracterización de los profesionales y el instrumento de evaluación de la Atención Primaria PCA-Tool Brasil-versión para profesionales validada en Brasil. En el análisis de los datos se calcularon medidas de tendencia central (mínimo, máximo y promedio) y dispersión (desviación estándar) y proporciones fueron utilizadas para las variables categóricas. La mayoría de los profesionales que participaron en el estudio fueron de sexo femenino, enfermeros, con una edad promedio de 36 años y educación superior en instituciones públicas. En lo referente a la práctica de la lactancia materna, los participantes consideraron como bueno/satisfactorio, aspectos relacionados al ámbito profesional. Las actividades más citadas por los profesionales fueron orientación, consejería, atención y consulta. Aspectos relacionados con la relación madre/bebé fueron los más citados como dificultades para desarrollar tales actividades, por otro lado aspectos relacionados con el ámbito profesional fueron los más citados como los más fáciles. En las 10 unidades de salud, se verificó un bajo grado de orientación para la APS en los atributos Acceso y Coordinación integrada de la atención, y fuerte grado de orientación para la APS relacionada a la Longitudinalidad, Coordinación de sistemas de información e Integralidad. Las unidades certificadas por la RAB respondieron más positivamente a los atributos de la APS cuando comparadas con las unidades no certificadas. Los enfermeros respondieron más positivamente a los atributos Integralidad y Acceso. El grupo de participantes con la capacitación de la RAB respondió más positivamente a los atributos Acceso, Coordinación de sistemas de información, Coordinación de integralidad de la atención e Integralidad cuando comparados con el grupo que no recibió esta capacitación. Este estudio proporciona resultados relevantes para mejorar la atención a las madres y sus hijos, ofreciendo subsidios que pueden generar acciones de promoción, protección y apoyo a la LM con el objetivo de mejorar los indicadores; en la calidad de la APS y una mayor sostenibilidad de esta política.

Palabras clave: lactancia materna. atención primaria de salud. profesional de la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2016.....42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Caracterização dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros n=53) que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto – SP, 2015.....50

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=53) que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto-SP, segundo local de trabalho, 2015.....51

Tabela 3 - Caracterização dos profissionais de saúde (n=53) que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto–SP, segundo pós-graduação e ano de conclusão, 2015.....51

Tabela 4 - Caracterização dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto–SP, quanto à formação. Ribeirão Preto, 2015.....52

Tabela 5- Caracterização dos profissionais de saúde (n=53) que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto–SP, quanto ao tempo de experiência em unidades de saúde e tempo de experiência na unidade participante do estudo. Ribeirão Preto, 2015.....53

Tabela 6- Prática do aleitamento materno em unidades de saúde. Ribeirão Preto, 2015.....53

Tabela 7- Prática do aleitamento materno, segundo condições de trabalho, atuação dos profissionais e condições maternas e do bebê. Ribeirão Preto, 2015.....54

Tabela 8- Atividades desenvolvidas em unidades de saúde da família para a prática do aleitamento materno. Ribeirão Preto, 2015.....55

Tabela 9- Facilidades e dificuldades no desenvolvimento de atividades voltadas ao aleitamento materno em unidades de saúde. Ribeirão Preto, 2015.....56

Tabela 10 – Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde das 10 unidades de saúde de Ribeirão Preto participantes do estudo, 2015.....57

Tabela 11–Valores dos escores dos atributos e dos escores essencial da Atenção Primária, referentes às unidades de saúde certificadas e não certificadas pela RAB, 2015.....58

Tabela 12 – Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária por categoria profissional. Ribeirão Preto, 2015.....60

Tabela 13 - Valores dos escores dos atributos da APS, segundo participação dos profissionais no treinamento da Rede Amamenta Brasil, 2015.....61

LISTA DE SIGLAS

AM	Aleitamento materno
OMS	Organização Mundial de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
AMC	Aleitamento Materno Complementado
ABS	Atenção Básica de Saúde
RAB	Rede Amamenta Brasil
AB	Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
MS	Ministério da Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
IBFAN	International Baby Food Action Network
IGAB	International Group on Action on Breastfeeding
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos
BLH	Banco de Leite Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action
SMAM	Semana Mundial de Aleitamento Materno
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
ENPACS	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
PMAQ-AB	Programa Nacional de Avaliação do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
NALMA	Núcleo de Aleitamento Materno

EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP-USP	Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
PALMA	Programa de Aleitamento Materno
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
2 PRESSUPOSTOS 245
3 MARCO TEÓRICO CONCEITUL 28
3.1 Aleitamento Materno – Políticas e Ações Programáticas 28
3.2 Rede Amamenta Brasil / Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil 33
3.3 Aleitamento Materno no Município de Ribeirão Preto 35
4 OBJETIVOS 39
4.1 Objetivos gerais 39
4.2 Objetivos Específicos 39
5 PERCURSO METODOLÓGICO 41
5.1 Caracterização do estudo 41
5.2 Campo e cenário do estudo 41
5.3 Participantes do Estudo 43
5.4 Aspectos Éticos da Pesquisa 43
5.5 Procedimento de coleta e registro dos dados 44
5.6 Análise dos Dados 47
6 RESULTADOS 50
6.1 Caracterização dos participantes do estudo 50
6.2 Ações relacionadas à RAB 53
6.3 Escores dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) 56
7 DISCUSSÃO 63
8 CONCLUSÕES 72
9 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E A PRÁTICA 76
REFERÊNCIAS 79
APÊNDICE 87
Apêndice A – TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 87
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados – Caracterização dos sujeitos 89
ANEXOS 91
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 91
Anexo B – Concordância da Secretaria de Saúde Co-participante 92
Anexo C – Instrumento de coleta de dados – PCA-Tool - Brasil versão Profissionais 93

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A proteção, a promoção e o apoio ao aleitamento materno (AM) têm sido uma estratégia mundialmente relevante no setor de saúde e em outros setores sociais para, entre outros esforços, melhorar as condições de saúde das crianças. Diversos estudos têm sido publicados ressaltando a importância do AM diante da proteção conferida à saúde da criança e também da mulher (BRASIL, 2013a; WHO, 2010).

Os benefícios do AM para as crianças têm sido relacionados às menores taxas de diarreia, infecções do trato respiratório, otite média e outras infecções e menor mortalidade por essas doenças em crianças amamentadas quando comparadas às não amamentadas (WHO, 2008), sendo que os efeitos protetores da amamentação se estendem à mãe e se ampliam para todo o ciclo vital da criança, incluindo a redução significativa do risco de doenças crônicas não transmissíveis e das suas complicações (BELO, 2014).

O aleitamento materno traz diversos benefícios para a nutrição infantil, sendo foco de estudos de interesse multiprofissional por seu valor nutricional, imunológico e por estimular o contato físico e estreitar o vínculo entre mãe e filho, o que corrobora para o desenvolvimento biopsicossocial da criança (SILVEIRA *et al.*, 2013).

A literatura especializada aponta como vantagens do AM para a saúde da mulher, a redução de estresse e mau humor, mediada pela ocitocina, a sensação de bem-estar, devido à liberação endógena de beta endorfina, a promoção da contração uterina pela ocitocina liberada com a sucção do bebê, entre outras, além de indicar que, em longo prazo, a amamentação materna reduz o risco de diversos tipos de doenças, como câncer, artrite reumatoide e osteoporose (ANTUNES *et al.*, 2008).

Em 2001, em razão das evidências da superioridade do leite humano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a adotar como recomendação o aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses (WHO, 2003). A OMS definiu também como indicadores: aleitamento materno exclusivo (AME) (criança recebeu apenas leite materno, diretamente do peito ou ordenhado, podendo também estar recebendo medicamentos, vitaminas ou minerais), aleitamento materno predominante (AMP) (criança recebeu predominantemente o leite materno e, também, outros líquidos, como água, chá ou suco), aleitamento materno complementado (AMC) (criança recebeu leite materno e outros alimentos) e aleitamento materno (criança recebeu leite materno – engloba todas as possibilidades anteriores) (OMS, 2008).

Apesar das pesquisas mostrarem um aumento da prevalência da amamentação no Brasil nas últimas décadas, de 38,6% em 2006 para 41% em 2008 (BRASIL, 2009a), ainda há muito que se realizar para que se possa atingir a recomendação da OMS, de AME nos primeiros seis meses de vida da criança e manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais (ARANTES *et al.*, 2011). A prevalência ainda baixa de AME em nosso país aponta a necessidade de novas abordagens para serem pensadas, valorizando as ações efetivas na promoção, proteção e apoio ao AM, mas também o contexto de processo de trabalho em que elas acontecem.

A interrupção precoce do AME segue sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública, apontando a necessidade de um constante processo de monitoramento dos indicadores, busca de determinantes modificáveis, delineamento de intervenções e novas pesquisas (PARIZOTO *et al.*, 2009).

Evidências de países com situação de desenvolvimento socioeconômico semelhante à do Brasil indicam que melhorias nos indicadores de AM são possíveis na presença do direcionamento efetivo de ações e, entre as medidas, enfatizam o início precoce da amamentação nas maternidades e a capacitação dos profissionais de saúde para o acolhimento das mulheres acerca do AM (VAZIR *et al.*, 2013; ZAMAN, ASHRAF, MARTINS, 2008).

Nos sistemas de saúde, os prestadores de cuidados de saúde influenciam e apoiam decisões sobre a alimentação em momentos críticos, antes e depois do nascimento, e mais tarde, quando ocorrem desafios para a manutenção da amamentação exclusiva e continuada. Todavia, lacunas substanciais no conhecimento e nas habilidades para apoiar a amamentação são reportadas em todas as categorias de profissionais de saúde (ROLLINS *et al.*, 2016).

O apoio pós-parto às mulheres pode trazer efeitos positivos, em especial para jovens e primíparas, com repercussões na amamentação por mais tempo, maior autoestima, menos depressão e mães mais aptas a cuidar dos bebês (BRASIL, 2012a; BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005).

Os profissionais de saúde são mais efetivos no suporte ao aleitamento materno se suas atitudes são positivas, com habilidades e conhecimentos apropriados para auxiliar a mulher na amamentação (CLIFFORD, MCINTYRE, 2008).

Nesta direção, o trabalho desempenhado pela Atenção Básica de Saúde (ABS), iniciado durante o pré-natal e continuado logo após a alta hospitalar, constitui oportunidade para identificar os riscos para o desmame precoce e estabelecer medidas de intervenção. Informar sobre as vantagens do AM pode influenciar mães que não decidiram sobre a alimentação de seus filhos. Muitas dificuldades em relação à manutenção da amamentação surgem nos

primeiros meses de vida da criança, e a ABS constitui um ambiente incentivador dessa prática (PASSANHA *et al.*, 2013). Fato a ser considerado, é que há diferentes práticas assistenciais em nosso meio, sendo a lógica que orienta a atenção à saúde das pessoas pautada no modelo hegemônico funcionalista de racionalidade biomédica, no risco biológico, nas patologias e em práticas medicalizadas.

Um estudo identificou a significativa influencia do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas (FERTONANI *et al.*, 2015). Este mesmo estudo concluiu que as perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, são desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde (FERTONANI *et al.*, 2015).

Neste contexto, o profissional de saúde deve ter disponibilidade pessoal e a mudança das práxis do cuidado prestado não se dá por programas de ação e planos, mas está condicionada à visão de mundo. Verificar como estes profissionais se orientam em suas ações é um passo importante na análise da atenção ao aleitamento.

Na amplitude das ações implementadas no Brasil em prol amamentação nas últimas décadas, a Rede Amamenta Brasil (RAB) se constitui de uma proposta inovadora no contexto da ABS e como enfermeira especialista na Saúde da Família e em Gestão em Saúde, surgiu o interesse em analisar a RAB em termos de sua operacionalização pelos profissionais de saúde. Tal estratégia tem a Atenção Básica (AB) como foco da promoção, proteção e apoio ao AM no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e engendra, em suas bases teórica e operacional, consonância com os atributos da Atenção Primária a Saúde (APS). A APS reúne atributos com características fundamentais nas ações quanto à garantia de adesão e continuidade do cuidado, além de possibilitar autonomia dos sujeitos, condição fundamental para que a amamentação seja mantida pela mulher.

Dois aspectos distintos e interdependentes estão presentes na APS: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A APS é, então, uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial com valores, princípios, e elementos próprios, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a APS é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

Nesta direção, o Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS em 2008, reconhece a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa APS forte e de qualidade (OMS, 2008).

Na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial "dar prioridade às pessoas" realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008).

A APS é também uma concepção de sistema de saúde, uma "filosofia" que permeia todo o sistema de saúde. Um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde (BRASIL, 2007).

Consideramos que a RAB reúne características potenciais para contemplar os princípios da APS em seus atributos na assistência ao AM, na medida em que busca valorizar a promoção, o apoio e a proteção de tal prática de modo a prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial. Ainda, a RAB propõe ações que reorganizam o trabalho do profissional tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, tendo por meta mudanças das práticas de saúde voltadas à amamentação na perspectiva da integralidade do cuidado, que é um dos atributos da APS. A capacitação do pessoal de saúde é estruturada a partir da problematização do processo de trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a gestão setorial e o controle social em saúde.

Desde a implantação da RAB as avaliações sobre o impacto da rede têm se pautado no cumprimento das ações pactuadas pelas Unidades de Saúde que implementaram as propostas da RAB e os reflexos nos indicadores de AM.

Para além do quantitativo de ações implementadas parcialmente, ou totalmente, consideramos importante uma avaliação da qualidade dos cuidados prestados, quanto ao direcionamento em termos das dimensões da APS, o que é um exercício que se alicerça no cotidiano dos serviços, particularmente no cuidado dos profissionais de saúde à mulher, à criança e à família no processo de amamentação, o que se constituiu o objeto do presente estudo.

Analisar as ações da RAB na perspectiva da APS possibilita uma avaliação para além de reflexos nos indicadores de aleitamento materno: esta permite-nos refletir acerca da essência da proposta que é a transformação das práticas profissionais e a reorganização do trabalho com pactuações de ações viáveis para a construção das melhorias desejadas nas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Pensar na qualificação da atenção na amamentação por parte da ABS na perspectiva da APS envolve, portanto, analisar a presença e extensão dos atributos da APS na atenção à mulher e à criança na amamentação, a partir da experiência dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde certificadas pela RAB comparativamente com as unidades de saúde não certificadas.

Frente a tais considerações temos como questionamento: como mães e crianças têm sido assistidas na amamentação na ABS de Ribeirão Preto, considerando os atributos da APS?

O estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto-SP que, dentre outros locais do Brasil, implementou as ações da RAB a partir do ano de 2009. O município dispõe de 42 unidades de saúde, dentre estas 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 02 Estratégias de Saúde da Família (ESF) que pactuaram ações da RAB e, destas 08 UBS e 06 ESF foram certificadas como parte da rede entre os anos de 2012 e 2013. A partir do ano de 2013 em Ribeirão Preto, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP), realizou o curso de tutores e oficinas nas unidades de saúde para a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), onde foram realizadas 27 oficinas em 23 unidades de saúde com 659 profissionais participantes, e o monitoramento destas unidades está sendo feito dentro da EEAB (RIBEIRÃO PRETO, 2014). No presente trabalho, buscamos analisar as ações da RAB, visto que quando iniciamos o estudo o programa EAAB ainda estava sendo implantado em Ribeirão Preto.

No Brasil, até junho de 2015, em parceria com os Estados, foi realizado um total de 144 oficinas de formação de tutores, sendo que ao todo foram formados 2.766 tutores, 1077 unidades de saúde envolvidas nas oficinas, e mais de 13.000 profissionais ABS qualificados (BRASIL, 2015). Para a unidade de saúde obter a certificação como parte da RAB é

necessário que atenda aos requisitos estabelecidos que se fundamentam em ter um planejamento de ações pactuadas pela equipe de saúde das unidades.

PRESSUPOSTOS

2 PRESSUPOSTOS

Na literatura, há evidências de que os cuidados desempenhados pelas UBS com caráter pró-amamentação têm impacto positivo na duração do aleitamento materno exclusivo (OLIVEIRA *et al.*, 2002; FALEIROS *et al.*, 2005; CARDOSO *et al.*, 2008; PEREIRA *et al.*, 2010). Com a implantação das ações da RAB, espera-se potencializar os efeitos positivos no cuidado à amamentação, ampliando-se as dimensões da atenção diante da complexidade da amamentação, possibilitando atuar de forma integral e efetiva junto às mulheres, às famílias e à comunidade.

Estudos de avaliação das ações da RAB são ainda escassos e buscam analisar o impacto das ações sobre os indicadores de AM. Venâncio *et al.* (2013) avaliaram a implantação da RAB em UBS de três municípios brasileiros, identificando fatores do contexto organizacional que podem favorecer ou dificultar esse processo do AM, apontando aspectos importantes, que interferem na qualidade da atenção ao binômio mãe-bebê em AM e restringem as chances do seu sucesso, como a insuficiente articulação entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS) com as instâncias representativas de estados e municípios.

Outro estudo, em Ribeirão Preto-SP, buscou avaliar se crianças que realizam acompanhamento ambulatorial em locais certificados na RAB têm maior prevalência de AME. Verificou-se que crianças acompanhadas em UBS que cumpriram os critérios e haviam sido certificadas na RAB tiveram maior chance de AME, quando comparadas àquelas que eram acompanhadas nas unidades que realizaram a Oficina de Trabalho da Rede Amamenta Brasil, mas não eram certificadas pelo MS, e também quando comparadas aos serviços ambulatoriais da rede privada (PASSANHA *et al.*, 2013).

Para além da análise dos efeitos produzidos sobre os indicadores de AM, não identificamos estudos que analisam os aspectos estruturais, do processo de trabalho e das relações interpessoais, que na proposta da RAB se constituem na base para transformar as práticas profissionais, baseada em uma reflexão crítica sobre as práticas reais. Desta forma, propomos nesta pesquisa analisar a atenção prestada, no processo de amamentação às mães e às crianças por profissionais de saúde das unidades da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP, certificadas pela RAB, comparativamente com unidades não certificadas, sob a perspectiva da APS.

Este estudo possibilita trazer subsídios para avaliação das ações da RAB não somente em termos quantitativos dos indicadores de AM e ações implantadas, mas em termos da

qualidade em que estas ações são desenvolvidas quanto ao atendimento dos atributos da APS, em unidades básicas de saúde do município de Ribeirão Preto.

MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 Aleitamento Materno – Políticas e Ações Programáticas

Nas últimas décadas, as evidências científicas favoráveis à prática do AME aumentaram consideravelmente. Como política global de saúde pública, a OMS recomenda que a amamentação seja exclusiva até o sexto mês de vida, quando os alimentos complementares são iniciados, devendo o AM ser mantido beneficamente para mãe e filho até dois anos ou mais (WHO, 2003). Práticas deficientes de amamentação e alimentação complementar ainda estão muito difundidas na sociedade. Estimativas globais mostram que 34,8% das crianças são amamentadas exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida, a maioria recebe algum outro tipo de alimento ou líquido nos primeiros meses (WHO, 2012).

No Brasil, de acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno que incluiu as capitais brasileiras e o Distrito Federal em 2008, apenas 41% das crianças menores de seis meses estavam em AME e, dentre as crianças de até quatro meses essa prevalência chega a 51%. Quando comparado à mediana do AME aos dados da pesquisa em 1999, verifica-se que, para as crianças até quatro meses, a mediana do AME passou de 23 para 54 dias, em 2008 (BRASIL, 2009a).

Mesmo levando-se em conta a tendência ascendente da prática da amamentação no país, existe ainda uma preocupação real com as situações do desmame por parte de diversos órgãos governamentais e não governamentais pelos indicadores que ainda se mostram distantes das metas propostas pela OMS, em grande parte devido à heterogeneidade na prática da amamentação. São vários os fatores que estão interligados com o abandono desta prática alimentar, agindo de forma negativa ou positiva, sendo os principais: nível socioeconômico, grau de escolaridade da mãe, idade da mãe, trabalho materno, urbanização, condições do parto, incentivo do cônjuge e parentes, bem como a intenção da mãe de amamentar e a experiência anterior a esta (ESCOBAR *et al.*, 2002; ARAÚJO *et al.*, 2008).

Os avanços alcançados nos indicadores de AM são resultantes em grande parte das ações programáticas e das políticas de saúde que se desenvolveram ao longo dos últimos anos no Brasil, o que evidencia a importância dos cuidados prestados às mulheres e às crianças como fundamentais para o sucesso do aleitamento materno.

O sucesso do aleitamento pode ser visualizado através de ações de educação em saúde, que proporcionam maior conhecimento aos profissionais, aumentando, assim, a promoção ao aleitamento e consequentemente os índices do aleitamento (PASSOS, PINHO, 2016).

Um estudo analisou 14 países com informação sobre taxas de amamentação exclusiva no início do período menor do que 30%; este mostrou que as taxas tiveram um aumento de 1% p.p por ano nos países que tiveram maior escore em um indicador composto que classificou a implementação de políticas e programas favoráveis à amamentação; em suma, este estudo indicou que as práticas de amamentação são altamente responsivas a intervenções fornecidas nos sistemas de saúde, comunidades e lares (ROLLINS *et al.*, 2016).

As consequências deletérias do desmame no que diz respeito à morbimortalidade infantil mobilizou os governantes para que se instituíssem políticas públicas de incentivo ao AM, consideradas como prioritárias nas discussões e planejamentos de Saúde Pública.

Importante marco internacional que desencadeou uma série de ações prol amamentação no mundo foi a reunião conjunta entre OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que ocorreu em Genebra em 1979, organizada pela OMS, sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena. Foi elaborado o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, que conforme refere Rea (2003) teve importante impacto no Brasil. Na década de 1980 foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), autarquia do MS que passou a ser o órgão responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento natural no país (ARAÚJO *et al.*, 2003) sob coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição-INAN. Em conformidade à preocupação mundial com a retomada do aleitamento materno, a década de 80 foi marcada por intensa mobilidade social em prol da amamentação (OLIVEIRA *et al.*, 2012; VENANCIO, NOGUEIRA-MARTINS, GIUGLIANI, 2010).

Em 1983, o MS pela Portaria n. 1016, revisada em 26 de agosto de 1993, torna obrigatório o alojamento conjunto em todas as maternidades públicas, atendendo as recomendações da UNICEF (VENANCIO, NOGUEIRA-MARTINS, GIUGLIANI, 2010). Com a implementação do Alojamento Conjunto buscava-se promover a indissolubilidade da relação mãe-filho, a humanização do atendimento à criança internada, a possibilidade de diminuir o prazo de internação, de reduzir o número de reinternações e a oportunidade de prover a educação em saúde e estimular o aleitamento materno (FREDERICO, FONSECA, NICODEMO, 2000).

Neste momento, as companhias de fórmulas infantis estavam sob pressão internacional do grupo IBFAN (International Baby Food Action Network), para interromper suas formas de

promoção comercial não éticas, sendo que os boicotes às propagandas beneficiaram indiretamente o Brasil (REA, 2003).

No final da década de 1980 a OMS e a UNICEF passam a se reunir no sentido de elaborar uma estratégia que levasse em conta os diversos determinantes que interferiam na prática do aleitamento materno, criando-se o IGAB (International Group on Action on Breastfeeding). Este aprofunda estudos de como trabalhar com os determinantes: serviços de saúde e hospitais; grupos de mães e comunidade; treinamento; comunicação, educação, código e mulher trabalhadora. Esse processo culminou na *Declaração de Inoccenti*, encontro internacional promovido pela OMS e UNICEF na Itália, que traz metas definidas e objetivos claros a serem alcançados pelos países na promoção da amamentação: fortalecer a mulher na sua decisão de amamentar exclusivamente até os quatro ou seis meses de vida e continuar amamentando, com alimentos complementares, até o segundo ano de vida ou mais (REA, 2003).

Neste mesmo período, representou um impulso em ações pró-amamentação no país, cujos resultados consolidam-se em 1988, por meio de políticas públicas. Em 1989, o Brasil elaborou a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) com a função de controlar a publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que concorrem com a amamentação (BRASIL, 1999). Estabeleceram-se as normas sobre funcionamento dos Bancos de Leite Humano (BLH), mediante Portaria n. 322, de 26 de maio de 1988 (VENANCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GIUGLIANI, 2010). A Constituição Brasileira de 1988 incluiu pelo menos dois benefícios: o direito da trabalhadora a quatro meses de licença maternidade e o direito ao pai a cinco dias de licença paternidade, com contrato de trabalho formal. Em 2008, a concessão de incentivo fiscal às empresas que aumentassem a licença maternidade para seis meses, Lei 11.770, (BRASIL, 2010a).

A *Declaração de Inoccenti* trata o papel dos serviços de saúde e maternidades e estabelece ações de incentivo ao AM, nomeadas de Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. O Brasil assina a *Declaração de Inoccenti* em 1990. Nesta direção, em 1992, foi criado o Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil, que tem como objetivos a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno (TOMA, VENANCIO, REA, 2009; VENANCIO, NOGUEIRA-MARTINS, GIUGLIANI, 2010). Segundo Almeida (1999), as medidas relacionadas às ações da IHAC superam as formulações políticas prol amamentação anteriores, o que demarcou o começo de um importante processo de mudança por focalizar a amamentação com as lentes da relação promoção-proteção–apoio.

Nas décadas de 1990 e 2000, outras ações de incentivo ao AM foram criadas. Em 1992 foi criada a Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (*WABA- World Alliance for Breastfeeding Action*), com finalidade de coordenar uma importante atividade de promoção ao AM internacionalmente, a Semana Mundial de Amamentação (SMAM).

Em análise, nota-se que muitas ações e políticas públicas foram desenvolvidas para incentivar a prática do AM no Brasil desde a década de 80; porém, percebeu-se que a grande maioria das políticas públicas voltadas ao AM desde esta data, tinha foco na atenção hospitalar. Nesta direção, apesar das ações adotadas nas instituições hospitalares para incentivo à amamentação serem consideradas de grande importância, o alcance das medidas torna-se questionável sem um apoio efetivo das UBS (CALDEIRA, GONÇALVES, 2007).

Ações com foco na promoção do AM na APS eram existentes com apenas algumas experiências locais, como a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina que lançou em 1995, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança, e a da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, que lançou em 1999 a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) (BRASIL, 2011).

Em um estudo sobre a implantação da IUBAAM conclui-se que esta é uma estratégia que contribui para o aumento das prevalências de AME, e revela que é uma ferramenta transformadora dos processos de trabalho e das concepções de profissionais de saúde, trazendo assim um impacto significativo na adoção e manutenção do AME e complementado até os dois anos de vida ou mais (CARDOSO *et al.*, 2008).

Para o trabalho de promoção, proteção e apoio ao AM ser bem-sucedido, é preciso que o profissional tenha um olhar atento e abrangente. Cabe a ele identificar e compreender o processo do AM, levando em consideração os aspectos emocionais, socioculturais e familiares e, cuidar tanto da dupla mãe/bebê quanto de sua família (BRASIL, 2009b).

Tal mudança radical no modelo de atenção à saúde envolve não apenas a priorização da APS em contrapartida ao histórico modelo hospitalocêntrico e de especialização dos cuidados, mas, principalmente, a concepção do usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. É neste contexto que se insere a humanização do cuidado, a qual envolve o respeito mútuo em todos os ambientes dos serviços de saúde e a orientação das intervenções em saúde com enfoque para o princípio da integralidade (PESSALACIA, ZOBOLI, RIBEIRO, 2016).

A necessidade de que a amamentação fosse compreendida pelos profissionais e pela sociedade como um processo biológico, social e cultural, e a importância de se estabelecer uma estratégia de nível nacional para promoção, proteção e apoio ao AM na ABS, fez com

que o MS instituísse em 2008, a RAB, já citada anteriormente e que será detalhada nesse item do presente estudo. A RAB é um programa de capacitação de profissionais de saúde para a abordagem da amamentação na ABS (BRASIL, 2008), e tem esse campo de atuação da atenção à saúde, como foco da promoção, proteção e apoio ao AM no âmbito do SUS (BRASIL, 2008, 2011). Um dos seus principais objetivos é contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil por meio do aumento dos índices de AM (BRASIL, 2012b).

A RAB propõe um trabalho articulado em rede, focando a ABS e a integração com as demais redes como IHAC, Rede de BLH e outras iniciativas intra e extra setoriais de apoio e estímulo à amamentação, com a finalidade de aumentar a resolutividade das ações de forma a consolidar uma rede horizontal, participativa, colaborativa e descentralizada (BRASIL, 2009c).

Acresça-se que as ações de promoção, proteção e apoio ao AM têm se mostrado importantes para a melhoria da saúde da criança e também ações estratégicas para a organização e qualificação dos serviços. Cuidados prestados às mulheres e às crianças estão entre os fatores que podem contribuir para o sucesso da amamentação (LAMOUNIER, 2008).

Mudanças ocorreram à proposta original da RAB em 2012. O MS lançou durante o Congresso Mundial de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva nesse ano, a EAAB. A RAB e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) são reunidas por preverem as mesmas ações e terem o mesmo público alvo: profissionais de AB e o processo de trabalho e com objetivos muito semelhantes e complementares - uma com foco no AM e a outra na alimentação complementar saudável. A junção que veio para responder as demandas dos trabalhadores e potencializar as ações de nutrição na primeira infância (BRASIL, 2013a).

A EAAB tem como foco a formação de hábitos alimentares saudáveis na infância ampliando a visão desta questão não apenas em indicadores de consumo alimentar, mas também na prevenção das carências nutricionais, como a anemia, e a obesidade na infância e por todo o curso da vida (BRASIL, 2014). Reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos, no âmbito do SUS (BRASIL, 2013b).

3.2 Rede Amamenta Brasil / Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

O MS elaborou, em 2007, a proposta nacional de promoção, proteção e apoio ao AM na ABS, denominada Rede Amamenta Brasil. Essa rede, regulamentada por meio da Portaria nº 2.799 de 18 de novembro de 2008, constitui-se em uma estratégia para a abordagem do AM na AB, com base nos pressupostos da Educação Crítico-Reflexiva e alinhada às propostas da política da Educação Permanente, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais (BRASIL, 2009c).

São objetivos da RAB: contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para uma prática integralizadora em AM; discutir a prática do AM no contexto do processo de trabalho das UBS; pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM a partir da realidade das UBS, e monitorar os índices de AM no Brasil (BRASIL, 2009c).

A operacionalização da rede para ser viabilizada necessita do comprometimento das esferas federal, estadual e municipal, e se dá através de oficinas de formação de Tutores de AM e oficinas de trabalho em AM nas UBS. As Oficinas de Trabalho sobre AM nas UBS têm como objetivos discutir a prática do AM no contexto do processo de trabalho das UBS e pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM de acordo com a realidade de cada UBS.

Para a consolidação da rede, o acompanhamento das ações é de fundamental importância. A partir das Oficinas de Trabalho sobre AM realizadas na UBS, cada tutor realizará visitas frequentes às UBS sob sua responsabilidade, com o objetivo de auxiliar nas eventuais dificuldades das equipes e acompanhar o desenvolvimento das ações pactuadas, bem como auxiliar no monitoramento dessas ações e dos indicadores estabelecidos. A frequência das visitas vai depender das necessidades e demandas do serviço (BRASIL, 2009c).

O monitoramento dos indicadores de aleitamento materno é um pré-requisito para a participação da UBS na RAB. O acompanhamento das práticas de alimentação de crianças atendidas na UBS pode fornecer informações fundamentais para o planejamento e avaliação das ações de incentivo à amamentação.

As UBS que realizam as oficinas podem ser certificadas pela RAB. Para tanto, as unidades devem cumprir os seguintes critérios:

• participação de, no mínimo, oitenta por cento dos funcionários/equipe na Oficina, com pelo menos um profissional de cada categoria funcional, incluindo administrativos e terceirizados;

• monitoramento dos indicadores de AM por, no mínimo, três meses consecutivos, com a utilização do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar Nutricional - SISVAN Web ou, alternativamente, por meio de formulário próprio da rede;

• apresentação de um fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê no período de amamentação, construído coletivamente por toda equipe de atenção básica que contemple os seguintes itens, indicando a responsabilidade de cada profissional nos diferentes itens:

I- Garantia de acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-bebê em amamentação, com prioridade no atendimento;

II- Garantia de acesso ao atendimento sob demanda programada da mulher que amamenta, (atendimentos individuais e coletivos e visitas domiciliares);

III- Fluxo de referência para demais níveis de atenção quando necessário, indicando os locais de referência disponíveis na rede (banco de leite humano, maternidade, berçário, ambulatório de especialidades, etc.);

IV- Abordagem dos problemas de manejo mais frequentes em aleitamento em consonância com os protocolos de atenção básica locais/municipais;

V- Implementação de pelo menos uma ação pactuada na Oficina nos 03 meses subsequentes à Oficina.

A certificação tem validade de um ano, podendo ser renovada anualmente, se a UBS continuar cumprindo os critérios estabelecidos (BRASIL, 2009c).

Diante da proposta da EEAB, o MS tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados, segundo alguns critérios que foram modificados na portaria que institui nova estratégia, conforme a seguir:

I- Desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar;

II- Monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar;

III- Dispor de um instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas de aleitamento materno e alimentação complementar;

IV- Cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir “substitutos” do leite materno na UBS;

V- Contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais das equipes nas oficinas desenvolvidas; e,

VI- Cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação (BRASIL, 2014).

O processo de certificação na EAAB, para as unidades de saúde que fazem parte da estratégia e que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) caso cumpram os critérios acima descritos, ocorrerá excepcionalmente por meio de formulários no FORMSUS, onde a solicitação da certificação deverá ser feita pelo tutor da equipe e pelo gestor da unidade e para avaliar o cumprimento dos critérios para a certificação serão utilizadas as seguintes fontes de informação: I - padrões de qualidade da auto-avaliação e avaliação externa do PMAQ-AB; II - Sistema de Gerenciamento da Estratégia; e III - Sistema de Informação da Atenção Básica vigente (BRASIL, 2014).

3.3 Aleitamento Materno no Município de Ribeirão Preto

Em Ribeirão Preto-SP, uma série de iniciativas e articulações entre a SMS, Instituições de Ensino Superior e a comunidade, vêm sendo realizadas desde a segunda metade da década de 1970 em prol do AM.

Em 1975, foi criado o Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA) do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP, oficializado posteriormente em 1985. De início, os princípios técnicos científicos do NALMA foram implementados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP); posteriormente, tais ações foram ampliadas para os serviços da rede básica de saúde do município. Na rede básica de serviços foi instituído o programa de Aleitamento Materno (PALMA) que visa à diminuição da morbimortalidade infantil, à promoção do aleitamento materno e à assistência aos casos de intercorrências mamárias que podem levar ao desmame precoce, e demais ações articuladas com o Programa Floresce uma Vida, que é um conjunto de ações desenvolvidas em várias instâncias, voltadas para o atendimento materno-infantil durante o período gestacional com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil no município de Ribeirão Preto, com o Projeto Nascer, que visa o acompanhamento das gestantes no último mês da gestação, garantindo a internação e o atendimento de urgências obstétricas dentro dos hospitais integrantes da rede (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

O BLH do HCFMRP-USP foi criado em maio de 1976 com o objetivo de incentivar e apoiar o AM, sendo um dos pioneiros no país. O seu principal objetivo era coletar e distribuir leite humano visando atender os casos considerados especiais, a exemplo da prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas. Contudo, foi com as ações instituídas pelo PNIAM, sobretudo a partir de 1985, que os BLH passaram a assumir um novo papel no cenário da saúde pública brasileira, transformando-se em elementos estratégicos para as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação. Esse novo modelo induziu um período de franca expansão e viria mais tarde a se transformar na maior rede mundial de BLH.

Por designação da SES e reconhecimento da Rede Nacional de BLH, o BLH de Ribeirão Preto é Centro de Referência para os BLH do interior do estado de São Paulo, dispondo de laboratório credenciado pelo MS e ainda desenvolve pesquisas operacionais com prestação de consultoria técnica.

No âmbito da atenção hospitalar, o município dispõe de 03 maternidades conveniadas ao SUS que foram certificadas pela IHAC a partir de 2001. A primeira certificada foi o Centro de Referência da Saúde da Mulher - MATER (Maternidade do Complexo Aeroporto), hospital de atendimento da mulher em Ribeirão Preto e que assiste partos/nascimentos de baixa complexidade, ações como o contato pele a pele precoce, a implantação do método canguru, o estímulo à permanência materna junto ao seu bebê, grupos de apoio às mães e outras foram implantadas pela equipe de saúde para incentivar o AM. A partir dessas e outras práticas, a instituição foi certificada pela IHAC em dezembro de 2002 (SCOCHI *et al.*, 2008).

Nos anos de 1999, 2003, 2008 e 2011 o município também participou do projeto AMAMUNIC Projeto Amamentação e Municípios, uma das pioneiras e mais bem-sucedidas iniciativas de vigilância em saúde no Brasil, desenvolvida desde 1998 pelo Instituto de Saúde da SES de São Paulo. Tal projeto assessora os municípios brasileiros na realização de inquéritos epidemiológicos, durante a Campanha Nacional de Vacinação, com o objetivo de fornecer aos gestores municipais uma ferramenta para o diagnóstico e monitoramento da situação do aleitamento materno, possibilitando, assim, a avaliação e o planejamento de ações para a implementação de políticas locais de apoio e incentivo à amamentação nos respectivos municípios (VENÂNCIO *et al*, 2010). Obtiveram como resultado para o indicador de aleitamento materno na primeira hora de vida em crianças menores de um ano, no ano de 1999 de 55,5%, no ano de 2003 de 60,7%, no ano de 2008 de 68,4% e no ano de 2011 de 70,0% (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Em 2014, por meio do decreto nº 106 de 08 de maio, foi criado o Comitê Municipal de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável de Ribeirão Preto, com a

finalidade de cooperar com as políticas públicas e ações de promoção, de proteção e de apoio do AM e alimentação complementar no município, é formado por representantes de diversas instituições públicas e privadas, assistenciais e de ensino nas áreas materno infantil, de AM e alimentação complementar do município, sem filiação política ou partidária e sem fins lucrativos.

A equipe de coordenação do PALMA da SMS realiza diversas atividades dirigidas aos profissionais que atuam na ABS relacionadas ao tema AM: treinamentos sobre orientações sobre AM; articulação com programas de saúde afins; orientação e divulgação sobre AM em maternidades e instituições de ensino; organização e realização de campanhas educativas; participação nos treinamentos da IHAC realizados nas maternidades; participação junto aos membros do NALMA-EERP-USP no incentivo e colaboração de pesquisas sobre AM, e, participação em eventos municipais, estaduais e nacionais sobre AM (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Ribeirão Preto tem uma trajetória histórica no desenvolvimento de atividades pró-amamentação, e os esforços em promover parcerias entre as instituições na formação de uma rede de cuidados integrada voltada ao AM tem se constituído em uma das metas a ser atingida nos próximos anos, assim como o fortalecimento das ações de promoção e apoio ao AM que já são desenvolvidas (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivos gerais

Avaliar as ações do processo de amamentação segundo a RAB em unidades de saúde certificadas e não certificadas, sob a perspectiva da APS.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar as ações e a operacionalização destas ações, pelas equipes de saúde na atenção no processo de amamentação nas unidades de saúde;
- Analisar a presença e a extensão dos atributos da APS no processo de amamentação a partir da experiência dos profissionais de saúde nas unidades de saúde certificadas e não certificadas pela RAB.

PERCURSO METODOLÓGICO

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Caracterização do estudo

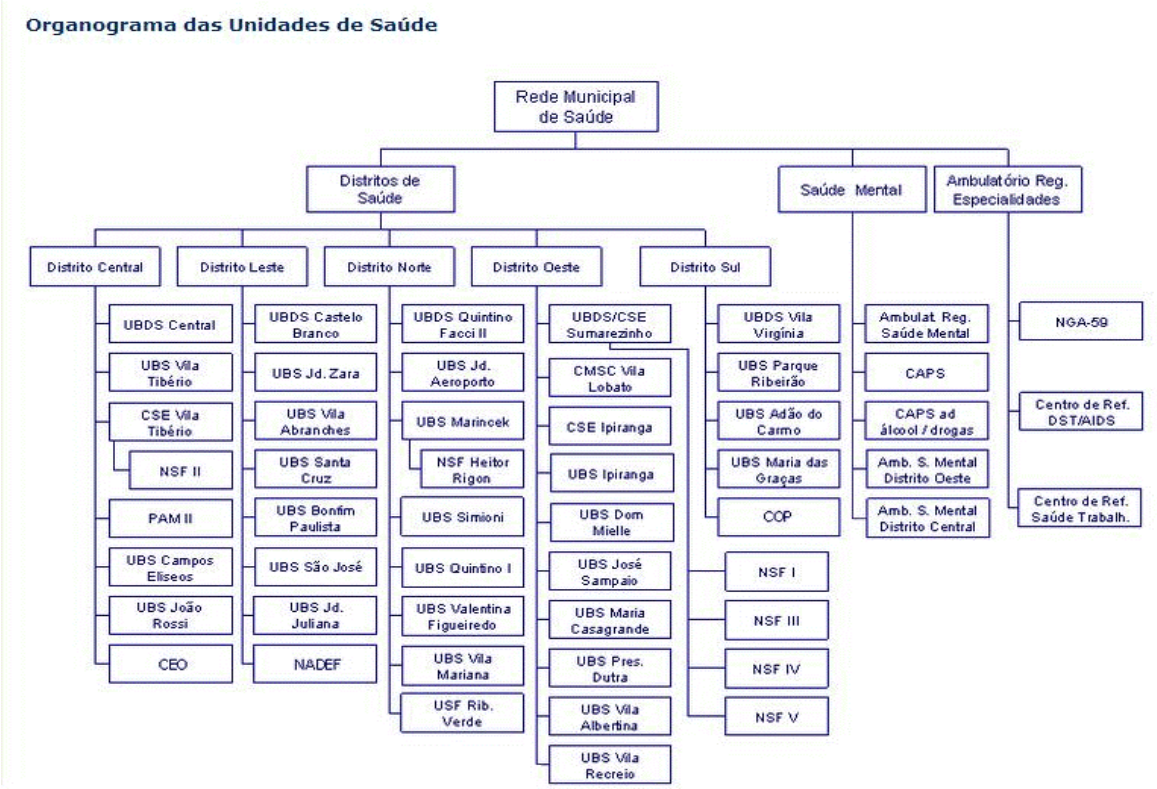
Trata-se de um estudo transversal e descritivo de abordagem quantitativa que foi realizado nas unidades de saúde certificadas como parte da RAB comparativamente com unidades de saúde não certificadas pela RAB, que prestam atendimento às mulheres e crianças no processo da amamentação, e que fazem parte do sistema organizado e hierarquizado do SUS do município de Ribeirão Preto – SP.

5.2 Campo e cenário do estudo

Ribeirão Preto é um município localizado ao nordeste do estado de São Paulo, conta com uma população de 604.682 mil habitantes, e uma população estimada, em 2015 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 666.323 habitantes, sendo que o município foi o que mais cresceu entre as maiores cidades do estado de São Paulo. Em 2010, foram registrados 8.141 nascidos, sendo que o índice de mortalidade infantil era de 9,7 a cada mil crianças menores de um ano de idade e 99,8% do total de nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde (IBGE, 2015).

O município dispõe de uma rede de serviços de saúde municipalizada em gestão plena, com uma estrutura hierarquizada dividida em distritos de saúde e tem em sua estrutura cinco Unidades Distritais de Saúde (UBDS) e 28 UBS, 14 ESF, com 29 Equipes de Saúde da Família e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), conforme mostra o organograma abaixo (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

Figura 1 – Organograma das unidades de saúde de Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2012.



Fonte: RIBEIRÃO PRETO, BRASIL, 2012.

Em Ribeirão Preto, contamos com 17 serviços que pactuaram ações da RAB e destes 14 foram certificados como parte da rede. Dentre os serviços que possuem a certificação da RAB estão UBS, que atendem usuários a partir do modelo tradicional de cuidado e Unidades que atendem usuários mediante a ESF. Foram considerados, como cenários da pesquisa, os serviços que apresentaram maior número de nascidos vivos no ano de 2013 (RIBEIRÃO PRETO, 2013). Nestes cenários, considerada a proposta de comparar as unidades de saúde certificadas pela RAB com as que não são certificadas, realizamos a seleção dos dois grupos de unidades de saúde (unidades certificadas e não certificadas pela RAB), respeitando-se a mesma representação numérica de unidades de saúde referente ao tipo de modelo assistencial, ou seja, ESF e UBS e a área de distrito regional de saúde a qual pertence à unidade, sendo um total de 10 unidades de saúde, 02 por distrito. Sendo então selecionadas 10 unidades de saúde, que por questões éticas foram numeradas de 1 a 10.

O critério de considerar o modelo assistencial das unidades se justifica em razão das unidades que utilizam a ESF reunirem características potenciais para contemplar os atributos da APS, por desenvolverem práticas que valorizam a promoção da saúde e prevenção das doenças, as ações intersetoriais, a participação social e a integralidade da atenção.

5.3 Participantes do Estudo

As unidades de saúde selecionadas dispõem de profissionais de saúde de várias categorias; porém, a população de estudo foi constituída dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que prestam cuidados diretamente às mulheres e às crianças durante o processo de amamentação e que atuam tanto em serviços certificados pela RAB e igual número de serviços não certificados, de acordo com as unidades de saúde selecionadas.

Estimou-se um total de 70 profissionais destas categorias aproximadamente que estivessem em atividade nas unidades selecionadas. Os critérios para inclusão dos profissionais neste estudo foram: atuar diretamente na assistência às mães e às crianças durante o processo de amamentação na unidade de saúde selecionada. Como critério de exclusão foi considerado: os profissionais que estavam de férias ou licença no momento da coleta de dados, e a impossibilidade de entrevistá-los, após três agendamentos consecutivos.

5.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

Foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL 2012c). Inicialmente foi requisitada a autorização da SMS de Ribeirão Preto e das Unidades de Saúde investigadas como instituição coparticipante, sendo manifestada concordância para a coleta de dados, aprovada em sua Reunião Ordinária conforme ofício nº 4826/14 (ANEXO A) e posteriormente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado em processo sob o número do oficio 175/ 2014 (ANEXO B).

As informações foram tratadas com absoluto segredo, não sendo publicado nome ou qualquer outro dado que pudesse identificar os participantes do estudo. De acordo com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e benefícios em tipos e gradações variáveis. Este projeto apresentou riscos mínimos aos participantes, relacionados apenas ao desconforto em responder ao instrumento de coleta de dados sobre a prática profissional e as atividades desenvolvidas na unidade de saúde na qual estavam inseridos, pois foi necessário reorganizar o tempo de trabalho para a participação dos mesmos (BRASIL, 2012c).

Os benefícios esperados na participação da pesquisa são indiretos; entretanto, acreditamos que poderão contribuir com dados relacionados à qualidade da assistência prestada na rede básica de saúde deste município, possibilitando a programação e a organização desses serviços, permeando políticas públicas de desenvolvimento que incorporem estratégias em relação ao apoio e promoção ao aleitamento materno.

5.5 Procedimento de coleta e registro dos dados

Em face da estratégia adotada neste estudo na aplicação de um instrumento de coleta de dados, após a identificação das unidades de saúde que possuem a certificação pela RAB e as unidades que não possuem a certificação, bem como a identificação das unidades de maior contingente de nascidos vivos com base no ano de 2013, foi identificado o número de profissionais médicos e enfermeiros que atuam nestas unidades com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2012).

Para operacionalização da coleta de dados, inicialmente o agendamento foi feito pela pesquisadora, por telefone em dezembro de 2014, com os profissionais de cada unidade de saúde, em dia e horário acordado, respeitando-se a rotina de cada unidade e o fluxo dos atendimentos prestados. A coleta aconteceu entre os meses de janeiro e abril de 2015. Para a coleta, foi solicitada uma sala reservada em cada unidade de saúde. Nesta ocasião, foi apresentado o projeto de pesquisa e realizados esclarecimentos sobre a coleta de dados. Mediante o aceite em participar do projeto, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo uma destas garantida ao participante (APÊNDICE A). Os dados obtidos nesta coleta tiveram tratamento ético e

confidencialidade, sendo utilizados apenas em meios científicos, com a identidade dos participantes preservada.

Elaboramos um roteiro de caracterização dos participantes do estudo com questões fechadas sobre dados pessoais, formação e experiência profissional, e questões norteadoras sobre a prática da amamentação (APÊNDICE B), e também utilizamos o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool- PCA-Tool- Brasil) versão profissional (ANEXO C), ambos coletados através de entrevista e registrados no momento da entrevista pela própria pesquisadora.

O Instrumento PCATool foi desenvolvido por Bárbara Starfield e colaboradores (2002) na Johns Hopkins Care Policy Center, e criado com base no modelo de avaliação de serviços de saúde proposto por Avedis Donabedian (2005). O instrumento possui originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde, como também ao coordenador/gerente do serviço de saúde. Ele mede a extensão dos quatro atributos essenciais e três atributos derivados da APS (BRASIL, 2010b).

Na versão profissional, o instrumento obtém uma medida de base individual acerca da estrutura e do processo de atenção na APS (BRASIL, 2010b). Sua primeira tradução e validação no Brasil foi a partir de um estudo realizado para avaliar a rede de saúde do município de Petrópolis, RJ, em 2004 (MACINKO; ALMEIDA; SA, 2007). Já em 2006, outra validação foi realizada por um grupo de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde o instrumento recebeu a denominação de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Este instrumento é de domínio público, e após sua validação no Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2006) está disponibilizado, gratuitamente pelo MS (BRASIL, 2010b).

Nele, cada atributo essencial é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Como exemplo, tem-se o atributo acesso de primeiro contato, formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo). A adaptação do instrumento à realidade brasileira passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, debrienfing e validação de conteúdo e de construto, além de análise de confiabilidade (HARZHEIN *et al.*, 2006).

O instrumento é composto por 77 itens, divididos em oito componentes, segundo a relação de atributos da APS:

- Acesso de Primeiro Contato – acessibilidade: constituído por 09 itens
- Longitudinalidade: constituído por 13 itens
- Coordenação - Integração de Cuidados: constituído por 06 itens

- Coordenação - Sistemas de Informação: constituído por 03 itens
- Integralidade - Serviços Disponíveis: constituído por 22 itens
- Integralidade – Serviços Prestados: constituído por 15 itens
- Orientação Familiar: constituído por 03 itens
- Orientação comunitária: constituído por 06 itens

O processo de validação do instrumento da versão profissionais de saúde já está concluído; porém, no período da coleta de dados, este processo ainda estava em andamento, portanto foi usada a versão em espelho para adultos, com acréscimo de itens do atributo integralidade da versão criança (HARZHEIN *et al.*, 2006). Uma vez que nosso interesse no presente estudo esteve voltado para os aspectos estruturais e para o processo da atenção nos serviços de saúde, utilizamos somente os atributos essenciais do instrumento (Acesso de Acesso de Primeiro Contato – acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação - Integridade de Cuidados, Coordenação - Sistemas de Informação, Integralidade - Serviços Disponíveis, Integralidade – Serviços Prestados), sem alterar nenhum conteúdo, que nos permitiu tal avaliação.

Os escores, originalmente, variando na escala de 1 a 4, foram transformados em escala de 0 a 10, para uma melhor visualização dos resultados. O valor 3 na escala de 1-4 é igual ao valor 6,6 na escala de 0-10 quando realizada a transformação ([3-1] x 10 ÷3=6,6). Assim, nesta transformação, escores ≥6,6 indicam extensão adequada de cada atributo (BRASIL, 2010b).

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes, produzindo, portanto, o Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. Uma vez que respostas com valores 3 e 4 são respostas positivas (“provavelmente sim” e “com certeza sim”, respectivamente) relacionadas aos atributos que se pretendeu investigar, tem-se como ponto de corte escores ≥ 3 (≥ 6,6), os quais indicam extensão adequada de cada atributo (BRASIL, 2010b).

Transformação dos Escores

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 foi utilizado a seguinte fórmula:
[escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo).
Ou Seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

Assim, o instrumento produz não somente escores para cada atributo, como também o Escore Essencial, e o Escore Geral (média dos escores dos atributos essenciais e atributos derivados), que possibilita mensurar o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde (BRASIL 2010b).

Com relação ao atributo Integralidade - serviços prestados (F), este contém questões que não contemplam aspectos específicos do aleitamento materno e serviços de atenção prestada ao aleitamento materno.

Com relação ao atributo Orientação Familiar (G), as perguntas deste atributo estão relacionadas às orientações familiares para discutir problemas de saúde, planejar o tratamento e cuidados prestados a familiares doentes, o que não é objetivo do nosso estudo.

Para o atributo Orientação Comunitária (H), as questões estão relacionadas ao conhecimento dos problemas de saúde na comunidade, o que também não se constitui objetivo do presente estudo.

Na presente investigação, por havermos excluídos o atributo Integralidade (serviços prestados) não se procedeu ao cálculo dos Escores Essencial e Geral da APS.

5.6 Análise dos Dados

Na análise dos dados dos profissionais de saúde, o banco de dados foi armazenado em uma planilha eletrônica Excel, utilizando dupla digitação para eliminar os possíveis erros e processados no *Statistical Package for the Social Science* - SPSS, versão 12.1. Para as variáveis contínuas referentes às características sociodemográficas e formação profissional, foram calculadas as medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) e proporções foram utilizadas para variáveis categóricas.

Para as perguntas abertas sobre a prática da amamentação, as respostas foram agrupadas e quantificadas por categorias temáticas que correspondem o conteúdo da informação apresentada.

Os dados referentes ao PCATool – Brasil foram analisados estatisticamente segundo orientações dos autores contidas no manual do referido instrumento onde os escores para cada

um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente, em uma escala tipo Likert, com intervalo de 1 a 4. As respostas são distribuídas da seguinte forma: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1), “não sei/não lembro” (valor=9) (BRASIL, 2010b).

Foi feita a inversão dos valores para o item A9, uma vez que ele foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Para tanto, o item teve o valor invertido para (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 4=1).

Ainda foi considerado que se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com resposta “9” (“não sei/não lembro”) atingisse 50% ou mais do total de itens de um componente (“A” e “E”), o cálculo do escore deste componente para este entrevistado ficou em branco (“missing”) no banco de dados.

Se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com resposta “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, foi transformado o valor “9” para “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado. O escore é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização dos participantes do estudo

Participaram deste estudo 53 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sendo 25 (47,2%) médicos e 28 (52,8%) enfermeiros. Dentre os enfermeiros, 24 profissionais eram do sexo feminino (85,7%) e quatro (14,3%), do sexo masculino. Dentre os médicos, 13 (52%) profissionais eram do sexo feminino (52%) e 12 (48%), do sexo masculino. A idade média foi de 36 anos, sendo a mínima de 26 e a máxima de 54 anos de idade.

No que se refere à formação profissional, a maioria dos profissionais realizou a graduação em instituições públicas. O ano de formação variou entre 1984 e 2013, sendo que a maior parte dos profissionais realizou a graduação entre os anos 2000 e 2009, conforme dados apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros n=53) que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto – SP, 2015.

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Masculino	16	30,2
Feminino	37	69,8
Idade (anos)		
≤ 35	26	49
35-45	13	24,5
45-55	14	26,5
Graduação		
Instituição Pública	31	58,5
Instituição Privada	22	41,5
Ano de conclusão		
1984 a 1989	11	20,8
1990 a 1999	06	11,3
2000 a 2009	31	58,5
2010 a 2013	05	9,4

Fonte: elaborado pelo autor

Em relação ao local de trabalho nos serviços de saúde, a tabela 2 aponta que pouco mais da metade dos profissionais trabalha em UBS e em unidades certificadas pela RAB. Quanto à variável distrital de saúde, a maior parte dos profissionais trabalha na região Central e região Norte.

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=53) que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto-SP, segundo local de trabalho, 2015.

VARIÁVEIS	n	%
Certificação RAB		
Certificada	28	52,8
Não certificada	25	47,2
Distrital de Saúde		
Central	12	22,6
Leste	09	16,9
Norte	12	22,6
Oeste	11	20,7
Sul	09	16,9
Modelo		
ESF	11	20,7
UBS	42	79,3

Fonte: elaborado pelo autor

Em relação à formação profissional, a Tabela 3 mostra que, a maioria dos profissionais (médicos e enfermeiros) concluiu curso de Pós-Graduação, entre 1993 e 2014, sendo que a maior parte dos participantes realizou a pós-graduação a partir do ano de 2010.

Tabela 3 - Caracterização dos profissionais de saúde (n=53) que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto–SP, segundo pós-graduação e ano de conclusão, 2015.

VARIÁVEIS	n	%
Pós-graduação		
Sim	49	92,4
Não/Não concluiu	04	7,6
Ano de conclusão		
1993 a 1999	03	6,9
2000 a 2009	13	30,3
2010 a 2014	27	62,8

Fonte: elaborado pelo autor

A tabela 4 apresenta dados referentes à pós-graduação, entre os enfermeiros, o maior número de Especializações foi na área de Saúde Pública/Saúde da Família e Comunidade. Destaca-se que a maioria realizou a Pós-Graduação em instituições particulares. Com relação aos médicos, a maioria dos profissionais realizou Pós-Graduação em Pediatria, com destaque para instituições públicas.

Tabela 4 - Caracterização dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto–SP, quanto à formação. Ribeirão Preto, 2015.

VARIÁVEIS	n (enfermeiros)	%	n (médicos)	%
Pós-graduação				
Sim	24	85,7	25	100
Não fez/ Não concluiu	04	14,3	-	-
Curso				
Saúde da Família e Comunidade	10	41,6	-	-
Educação em Saúde/Licenciatura	05	20,8	-	-
Enfermagem do Trabalho	04	16,7	-	-
Obstetrícia	03	12,5	-	-
Administração Hospitalar	02	8,4	-	-
Pediatria	-	-	10	40,0
Ginecologia e Obstetrícia	-	-	10	32,0
Medicina da Família e Comunidade	-	-	07	28,0
Instituição				
Pública	05	20,8	22	88,0
Particular	19	79,2	03	12,0

Fonte: elaborado pelo autor

O tempo de atuação na unidade de saúde participante do estudo variou entre um a 22 anos na unidade (tabela 5), sendo que a maioria dos profissionais está atuando há menos de cinco anos na unidade.

Tabela 5- Caracterização dos profissionais de saúde (n=53) que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto–SP, quanto ao tempo de experiência em unidades de saúde e tempo de experiência na unidade participante do estudo. Ribeirão Preto, 2015.

VARIÁVEIS	n	%
Tempo de experiência em Ribeirão Preto		
1-5	28	52,9
6-10	10	18,8
11-20	10	18,8
21-25	05	9,5
Tempo de experiência na unidade participante		
1-5	33	62,4
6-10	09	16,9
11-20	09	16,9
> 20	02	3,8

Fonte: elaborado pelo autor

6.2 Ações relacionadas à RAB

No que se refere à prática do aleitamento na área de atuação do profissional de saúde, nota-se que a maioria dos profissionais considerou que esta se encontrava em condição boa/satisfatória, conforme mostra a tabela 6. Cabe aqui destacar, o número de repostas indicando que tal prática encontra-se regular ou até insatisfatória, com quase 40% das respostas.

Tabela 6 – Prática do aleitamento materno em unidades de saúde. Ribeirão Preto, 2015.

Variável	n	%
Ótima / Boa	4	7,5
Boa/ satisfatória	28	52,8
Adequada/regular	15	28,3
Ruim/ insatisfatória	6	11,3
Total	53	100

Fonte: elaborado pelo autor

Quando questionados por que a prática do aleitamento se encontrava desta forma, os profissionais identificaram várias causas para a mesma questão, citando mais de item como fator causador, sendo que as respostas foram agrupadas em três categorias centrais de acordo

com as características do que foi citado pelo profissional e que ao final totalizaram em uma quantidade maior do que o número de profissionais participantes, como mostra a tabela 7.

A categoria aspectos relacionados às condições de trabalho apresenta a compreensão dos profissionais com relação à instituição na qual atuam, compondo a organização institucional. Os profissionais citaram aspectos como a estrutura física para realização de cursos e palestras, as condições de trabalho do profissional, a demanda de outras atividades para realizar na unidade, a rotatividade intensa de profissionais, a oferta de treinamentos e atualizações pela administração. A categoria aspectos relacionados ao profissional apresenta a visão do profissional com relação a sua própria atuação e desempenho. Foram citados nesta categoria o conhecimento e o interesse do assunto pelo profissional, o relacionamento com o paciente, a identificação com o tema e a participação do profissional em cursos e atualizações sobre o tema. E por fim, a categoria aspectos relacionados às condições maternas/bebê apresenta a compreensão do profissional acerca da atenção prestada a mulheres e crianças em situação de aleitamento materno, como a adesão da mãe ao aleitamento, o uso de bicos e mamadeiras, o retorno da mãe ao trabalho, o interesse da mãe em amamentar, a idade e escolaridade da mãe, a hospitalização do bebê e a existência de patologia da mãe ou do bebê. A tabela 7 compõe as respostas em categorias.

Tabela 7- Prática do aleitamento materno, segundo condições de trabalho, atuação dos profissionais e condições maternas e do bebê. Ribeirão Preto, 2015.

Variável	**n**	**%**
Aspectos relacionados às condições de trabalho	08	13,3
Aspectos relacionados ao profissional	31	51,6
Aspectos relacionados às condições maternas/bebê	21	35
Total	60	100

Fonte: elaborado pelo autor

Ao relacionarmos as duas questões, observamos que a maioria crê que a prática do aleitamento se encontra em boas condições e esta condição se dá em sua maioria aos aspectos relacionados ao profissional que presta atendimento diretamente ao binômio mãe e bebê.

Das atividades que são desenvolvidas pelos profissionais para o aleitamento materno na unidade de saúde que atua, os profissionais responderam que realizam mais de uma atividade voltada ao aleitamento materno, sendo que ao final o total de respostas é maior que o número que profissionais participantes. Podemos observar que a maioria dos profissionais

respondeu que realiza atividades de rotina, ou seja, orientações durante as consultas e aconselhamentos. Atividades como curso de gestantes e puérperas, palestras, uso de cartazes e entrega de folders também aparecem com relevância, como se observa na tabela a seguir.

Tabela 8- Atividades desenvolvidas em unidades de saúde da família para a prática do aleitamento materno. Ribeirão Preto, 2015.

Variável	**n**	**%**
Orientações durante atendimento, consultas, aconselhamento	42	51,8
Grupo de gestante/puerpério, palestras, cartazes, folders	27	33,3
Acompanhamento durante pré-natal e puericultura	5	6,1
Visita domiciliar	5	6,1
Semana do aleitamento materno	2	2,4
Total	81	100

Fonte: elaborado pelo autor

Os profissionais de saúde, responderam ainda quais eram as facilidades e as dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de atividades voltadas ao aleitamento materno. Observa-se que na variável facilidade, os aspectos relacionados ao profissional foram os mais citados. Já na variável dificuldade, os aspectos mais citados foram os relacionados às condições da mãe e do bebê sendo que os aspectos relacionados ao profissional foram os menos citados. Para estas questões os profissionais citaram mais de uma variável como facilidade e dificuldade sendo que ao final o total de respostas é maior que o número que profissionais participantes, conforme tabela a seguir.

Tabela 9- Facilidades e dificuldades no desenvolvimento de atividades voltadas ao aleitamento materno em unidades de saúde. Ribeirão Preto, 2015.

Variável	n	%
Facilidades		
Aspectos relacionados às condições de trabalho	4	7,2
Aspectos relacionados ao profissional	36	65,4
Aspectos relacionados às condições maternas/bebê	2	3,6
Nenhuma facilidade	13	26,6
Total	55	100
Dificuldades		
Aspectos relacionados às condições de trabalho	19	31,6
Aspectos relacionados ao profissional	6	10
Aspectos relacionados às condições maternas/bebê	27	45
Nenhuma dificuldade	8	13,4
Total	60	100

Fonte: elaborado pelo autor

6.3 Escores dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS)

A tabela 10 apresenta o escore dos atributos das 10 unidades de saúde participantes da pesquisa. Dentre os atributos da APS, Acesso de primeiro contato (acessibilidade) e Coordenação (integração de cuidados) apresentaram baixo escore; Integralidade (serviços disponíveis) apresentou escore limite entre o ponto de corte estabelecido. Longitudinalidade e Coordenação (sistemas de informação) apresentaram escore elevado, indicando que as unidades de saúde avaliadas possuem ações voltadas a atender tais atributos.

Tabela 10 – Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde das 10 unidades de saúde de Ribeirão Preto participantes do estudo, 2015.

Atributos	**Min**	**Max**	**Média**	**DP**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	1,0	9,7	3,8	2,0
Longitudinalidade	4,0	10,0	6,7	1,7
Coordenação – integração de cuidados	4,3	10,0	6,5	1,6
Coordenação – sistemas de informação	3,9	8,3	8,3	1,1
Integralidade – serviços prestados	3,7	9,0	6,6	1,2

Fonte: elaborado pelo autor

Na tabela 11, apresentamos os valores de escores dados pelos profissionais para os atributos comparativamente entre unidades certificadas e não certificadas pela RAB. Para o atributo Acesso de primeiro contato (acessibilidade), obtivemos escore abaixo do ponto de corte nos dois grupos de unidades; porém, nas unidades certificadas pela RAB, este atributo obteve escores mais elevados. As questões relacionadas a esse atributo versam sobre a unidade de saúde estar aberta para receber a mulher em horário ampliado, aos finais de semana. No caso de nossa investigação, o olhar esteve voltado ao atendimento da mulher que amamenta. Assim, os profissionais foram abordados sobre se a mulher é atendida no mesmo dia em que procura o serviço de saúde; se elas podem telefonar para algum aconselhamento, caso necessitem; se para a mulher é fácil marcar um horário para atendimento e se ela tem que esperar mais que 30 minutos para ser atendida. As respostas dos profissionais revelam que o acesso das mulheres se encontra fragilizado, o que indica que as unidades de saúde estão pouco voltadas a esse atributo (Acesso).

O atributo Coordenação (integração de cuidados) apresentou escore com valores muito próximos ao valor de corte nos dois grupos de unidades. Este resultado diz respeito aos encaminhamentos da mulher para outros serviços de maior complexidade, bem como do recebimento de informações do serviço especializado para o qual esta mulher foi encaminhada.

Longitudinalidade, Coordenação (sistemas de informação) e Integralidade (serviços disponíveis) apresentaram escores acima do ponto de corte nas unidades de saúde certificadas pela RAB; tal fato nos indica que nestes serviços de saúde, na presente investigação, os profissionais indicaram grande presença e extensão desse atributo e que as estas unidades de saúde possuem ações de saúde voltadas para a APS.

Com relação à Longitudinalidade, este atributo versa sobre o olhar na perspectiva do atendimento da mulher no processo de aleitamento materno, sendo que o resultado de escore elevado nos revela que nesses locais, as mulheres são atendidas pelos mesmos profissionais; têm suas dúvidas bem compreendidas pelos mesmos; se sentem à vontade para esclarecer seus anseios/ preocupações; são conhecidas mais como pessoas do que como "alguém com um problema de saúde".

Destacamos que Coordenação (sistemas de informação) foi o atributo com maior pontuação. Esse atributo diz respeito ao uso de registros durante os atendimentos; ao acesso das mulheres (caso desejem) a esses registros (ler seus próprios prontuários) e se as mulheres trazem consigo documentos que permitem identificação de seus atendimentos anteriores.

Integralidade (serviços disponíveis) obteve escore limite nos dois grupos analisados. Esse escore indica se o serviço disponibiliza outras ações em saúde para as pessoas, como aconselhamento nutricional, imunização, saúde bucal, planejamento familiar, participação da família em programa ou benefícios sociais, aconselhamento sobre uso prejudicial de álcool e drogas, aconselhamento sobre DST, identificação de problemas auditivos e visuais. O resultado indica que pode haver serviços/ações em saúde, dos elencados acima, que não se encontram disponíveis para a população em algumas das unidades de saúde avaliadas.

Tabela 11–Valores dos escores dos atributos e dos escores essencial da Atenção Primária, referentes às unidades de saúde certificadas e não certificadas pela RAB, 2015.

Atributos	**Min**	**Max**	**Média**	**DP**
Acesso de primeiro contato – acessibilidade				
Certificada	1,0	9,3	3,9	2,04
Não certificada	1,0	9,7	3,6	1,98
Longitudinalidade				
Certificada	4,0	10,	6,7	1,75
Não certificada	4,0	10,0	6,6	1,68
Coordenação – sistemas de informação				
Certificada	4,3	10,0	8,3	1,79
Não certificada	5,7	10,0	8,2	1,46
Coordenação – integração de cuidados				
Certificada	3,9	8,3	6,5	1,07
Não certificada	5,0	8,3	6,4	1,05
Integralidade – serviços disponíveis				
Certificada	3,7	9,0	6,6	1,36
Não certificada	5,0	9,0	6,6	1,03

Fonte: elaborado pelo autor

Por constituir a amostra de profissionais de saúde de duas categorias distintas, médicos e enfermeiros, verificamos os valores para os escores dos atributos da APS em separado, por categoria profissional, e estão representados na tabela 12. Desse modo, foi possível evidenciar aspectos diferenciais entre médico e enfermeiro, o que pode se refletir na incorporação e no fortalecimento da concepção da APS na sua prática clínica.

Pode-se verificar que, nos valores dos escores dos atributos de APS no conjunto dos profissionais médicos, os atributos Acesso de primeiro contato (acessibilidade), Integralidade (serviços disponíveis) apresentam escore baixo, o que pode revelar pouca orientação dos profissionais às ações da APS.

Na análise dos atributos de APS no conjunto dos profissionais enfermeiros, verifica-se que Acesso de primeiro contato (acessibilidade), Longitudinalidade e Coordenação (integração dos cuidados), obtiveram escore abaixo do ponto de corte. Ainda assim, há que se destacar que enfermeiros respondem mais positivamente ao acesso que os médicos, uma vez que o escore foi maior para a primeira categoria profissional. Longitudinalidade obteve pontuação bem inferior do enfermeiro, indicando que as mulheres são pouco acompanhadas por esse profissional no decorrer de seus atendimentos na unidade de saúde; diferentemente do médico. O atributo Coordenação (integração de cuidados) pode ter seu resultado com valor inferior para o enfermeiro, por dizer respeito ao encaminhamento da mulher para outros setores/serviços que se fizerem necessários para o atendimento dessa. Essa ação, muitas vezes, é desenvolvida pelo médico e não pelo enfermeiro.

Os atributos Coordenação–sistema de informação e Integralidade- serviços disponíveis apresentaram escore elevado, indicando forte presença e extensão adequada de cada atributo, com pequenas diferenças nos valores entre os profissionais, sendo que Coordenação (sistema de informação) obteve maior presença para os médicos, diferentemente da Integralidade (serviços disponíveis) com maior presença para enfermeiros, o que implica no reconhecimento, desse profissional, sobre a disponibilidade nas unidades de saúde de ações voltadas à população.

Tabela 12 – Valores dos escores dos atributos da Atenção Primária por categoria profissional. Ribeirão Preto, 2015.

Atributos	Min	Max	Média	DP
Acesso de primeiro contato – acessibilidade				
Médico	1,0	6,0	3,1	1,29
Enfermeiro	1,0	9,7	4,3	2,35
Longitudinalidade				
Médico	5,0	10,0	7,2	1,74
Enfermeiro	4,0	9,3	6,2	1,56
Coordenação – sistemas de informação				
Médico	4,3	10,0	8,4	1,80
Enfermeiro	5,7	10,0	8,1	1,47
Coordenação – integração de cuidados				
Médico	5,6	8,3	6,9	1,14
Enfermeiro	3,9	7,2	6,0	0,79
Integralidade – serviços disponíveis				
Médico	4,0	9,0	6,5	1,22
Enfermeiro	3,7	9,0	6,7	1,20

Fonte: elaborado pelo autor

A análise dos atributos foi também realizada entre os profissionais que receberam e os que não receberam o treinamento para a RAB. Tal análise em separado possibilita-nos identificar diferenças nos valores dos escores dos atributos da APS, visto que a proposta da RAB busca desenvolver práticas que valorizam e incentivam a promoção do aleitamento materno qualificando o processo de trabalho dos profissionais, e, portanto, reúne características potenciais para contemplar os princípios da APS.

O atributo Acesso de primeiro contato obteve baixo escore tanto para os profissionais sem quanto para os com treinamento. Os escores dos atributos Coordenação (sistemas de informação) e Integralidade foram maiores para o grupo que recebeu treinamento. Em contrapartida, Longitudinalidade e Coordenação (integração de cuidados) foram melhores para o grupo sem treinamento. Entretanto os profissionais que receberam treinamento responderam mais positivamente às ações desenvolvidas voltadas para a APS, conforme tabela 13.

Tabela 13 - Valores dos escores dos atributos da APS segundo participação dos profissionais no treinamento da Rede Amamenta Brasil, 2015.

Atributos	Min	Max	Média	DP
Acesso de primeiro contato – acessibilidade				
Com treinamento	1,0	9,3	3,8	2,0
Sem treinamento	1,0	9,7	3,7	2,0
Longitudinalidade				
Com treinamento	4,0	9,3	6,5	1,7
Sem treinamento	4,0	10,0	6,8	1,7
Coordenação – sistemas de informação				
Com treinamento	4,3	10,0	8,4	1,7
Sem treinamento	4,3	10,0	8,3	1,6
Coordenação – integração de cuidados				
Com treinamento	3,9	8,3	6,3	0,9
Sem treinamento	5,0	8,3	6,5	1,1
Integralidade – serviços disponíveis				
Com treinamento	3,7	9,0	7,0	1,4
Sem treinamento	4,0	8,7	6,5	1,0

Fonte: elaborado pelo autor

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

O grupo de estudo foi composto, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino, em ambas as categorias profissionais. No Brasil, em paralelo à crescente predominância feminina da população, tem-se registrado maior presença das mulheres no mercado de trabalho, bem como nos cursos universitários, e que se consolidam nos diversos setores da atividade econômica (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013).

Sobre o local de trabalho, a maioria dos participantes atuava em unidades certificadas pela Rede Amamenta Brasil no momento da coleta de dados. Destaca-se que as regiões de maior número de participantes são pertencentes aos Distritos de Saúde Central e Norte. Com relação ao modelo de atenção, as unidades com maior número de participantes foram as Unidades Básicas de Saúde.

Quanto à formação profissional, a categoria médica na sua totalidade realizou curso de residência médica, na sua maioria Pediatria. Entre os enfermeiros, houve maior ocorrência dos que possuem especialização em Saúde da Família e Comunidade. Com relação ao tempo de experiência profissional, a maioria dos participantes tinha até cinco anos de experiência na área de atuação, tempo semelhante de atuação na unidade de saúde atual (participante da pesquisa). Em meados da década de 1990, modelo hegemônico de cuidado biomédico começou a ser questionado no Brasil, trazendo à tona discussões sobre a integralidade nas ações da saúde (NOGUEIRA, 2010). Essa discussão envolve necessariamente a questão da formação em saúde. A formação médica tradicional, orientada pela categoria “doença”, privilegia a objetivação dos problemas de saúde ao enfatizar os aspectos biológicos do adoecimento, ao passo que as propostas de reorientação da formação profissional em saúde buscam organizar as práticas profissionais a partir de um referencial mais abrangente – as “necessidades de saúde” da população – com o objetivo de ampliar o olhar desses profissionais para o sujeito doente (NOGUEIRA, 2010).

De acordo com Costa (2014) é essencial a formação de profissionais da saúde menos tecnicistas e que tenham uma assistência ao usuário baseada na interdisciplinaridade, humanização, com uma visão holística e integrada visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde do cliente, gerando assim recursos humanos capacitados para atuar nos serviços de saúde. Apesar desta constatação, a qualidade da formação dos participantes não foi avaliada no presente estudo.

Das ações realizadas pelos profissionais de saúde voltadas ao aleitamento materno, os resultados demonstram que enfermeiros e médicos elencam atividades como grupos de mães, orientações nos atendimentos e visitas domiciliares para conversarem sobre a importância do leite materno para a criança, da oferta em livre demanda, do tempo de aleitamento exclusivo, dos problemas que podem surgir. Consideram, ainda, em sua maioria, que estas atividades estão boas e satisfatórias devido aos aspectos relacionados ao próprio profissional, ou seja, a participação do profissional em cursos de atualização, o interesse e o domínio pelo assunto.

Vale destacar que o município de Ribeirão Preto desenvolve diversas atividades voltadas ao AM desde 1988, oportunizando aos profissionais cursos, treinamentos e atualizações. Estas ações vêm se constituindo com base na cooperação e parcerias com profissionais de setores de ensino e serviços, que hoje se mostram instituídas com a criação do Comitê de AM. Como resposta a estas ações o município concorreu ao 1º premio Bibi Voguel do Ministério da Saúde para ações Inovadoras em AM em 2005, sendo contemplado com Menção Honrosa (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Da mesma forma, a maioria dos profissionais referiu que as facilidades para o desenvolvimento destas atividades eram os aspectos relacionados ao próprio profissional, como conhecimento do assunto, relacionamento com o paciente, identificação com o tema. Das dificuldades no desenvolvimento das atividades voltadas para o aleitamento materno, as condições maternas foram as mais elencadas, como por exemplo, a não adesão da mãe, desinteresse da mãe, uso de bicos e mamadeira e baixa escolaridade da mãe.

Tanto as dificuldades relacionadas à mulher quanto as condições do serviço são aspectos que nos remetem à análise do modelo assistencial hegemônico que limita a visão dos profissionais e a operacionalização de ações. Os profissionais reconhecem as limitações relativas à mulher e às condições do serviço; entretanto, as mudanças parecem não ocorrer no interior do sistema, nas transformações das pessoas e de suas práticas, sendo necessários investimentos em métodos, instrumentos de gestão e de organização do trabalho coletivo. Nesta direção, trabalhar com as dificuldades relacionadas à mulher inclui privilegiar o acolhimento, o vínculo e a autonomia dos sujeitos na organização do cuidado.

Ao indicar atuação voltada ao aleitamento materno, tanto nas unidades de saúde quanto em outros espaços, como a visita domiciliar, os resultados da presente investigação corroboram estudo que aponta os benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a importância do papel atribuído aos profissionais e aos locais que realizam o acompanhamento de rotina dessa população como fundamentais para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (PASSANHA *et al.*, 2013).

Corroborando com estes resultados, um estudo realizado em Uberaba, MG, identificou a percepção de profissionais de enfermagem da atenção primária quanto à própria competência comunicacional e técnica; esta percepção foi positiva no que se refere à prática clínica da amamentação durante as consultas de pré-natal, nas atividades educativas em grupo, nas consultas de puericultura e nas visitas domiciliares (MACHADO *et al.*, 2015). Diferente dos nossos resultados, estudo realizado com enfermeiros para avaliar a perspectiva destes profissionais quanto à educação em saúde, demonstrou que as atividades referidas se restringiram à propagação de informações por meio da fala e demonstração de imagens, sem a utilização de dinâmicas de grupo e de interação entre os participantes nas atividades grupais (ROECKER, NUNES, MARCON, 2013).

Para que a educação em saúde possa ocorrer de forma plena e viabilizar ações reflexivas nos serviços de saúde é preciso haver o diálogo entre os saberes técnico-científicos dos profissionais e os saberes populares dos usuários (ROECKER, NUNES, MARCON, 2013). Considera-se que as estratégias educativas como diálogos interativos, dinâmicas de grupo e atividades lúdicas são ferramentas que incitam as pessoas a pensar e praticar o que é informado, construindo assim um corpo de conhecimento concreto sobre as questões de saúde, e esta é uma perspectiva que tem se mostrado efetiva, especialmente em se tratando de estratégias vinculadas à educação e à promoção da saúde (ROECKER, NUNES, MARCON, 2013).

Neste sentido, o conhecimento dos profissionais e as práticas instituídas pelas unidades de saúde parecem ser os determinantes mais importantes do início da amamentação (ESTEVES *et al*. 2014). Estudo realizado com profissionais da Unidade Básica Amiga da Amamentação indicou que a realização de atividades de promoção e apoio ao aleitamento materno produziu resultados favoráveis às mulheres assistidas (RODRIGUES, ITO, RECINE, 2014). Outro estudo que analisou a associação entre grau de implantação da RAB e prevalência de aleitamento materno exclusivo concluiu que os locais de acompanhamento ambulatorial públicos e certificados na rede mostraram-se associados à maior prevalência de AME em crianças menores de seis meses, fazendo-se relevante o investimento na certificação de unidades básicas de saúde nessa ação (PASSANHA *et al.*, 2013).

Na avaliação dos atributos da APS, buscamos identificar como os profissionais de saúde estão ofertando os serviços para as mulheres que estão amamentando seus filhos. Ao considerar que a RAB possui potencial para modificar e melhorar o modo como os profissionais de saúde realizam o cuidado às mulheres, entendemos que tal conhecimento pode influenciar nas demais ações nos serviços de saúde. A necessidade de treinamento sobre

aleitamento materno já foi destacada em outro estudo, como o realizado com estudantes, enfermeiros, que frequentavam o Curso de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem, Coimbra, Portugal, onde verificou-se que após o curso houve modificação dos conselhos que estes profissionais davam às mães (GALVÃO, 2011).

Ao indicar que, para responder a cada questionamento do instrumento PCATool, os entrevistados estariam olhando na perspectiva da assistência à mulher que amamenta, intencionamos verificar como as ações da APS eram ofertadas nestes serviços.

O baixo escore do Acesso nos chama atenção, apontando que os serviços de saúde aqui avaliados podem não ofertar possibilidade de a mulher ser atendida em sua necessidade, quando assim entender ser preciso. Contudo, profissionais com treinamento para RAB responderam mais positivamente para esse atributo. Esteves (2014) traz que diferentes indicadores de acesso (número de consultas) e qualidade (prescrição de ferro, orientação sobre amamentação, visita domiciliar) da atenção pré-natal foram identificados como fatores associados ao início oportuno da amamentação. A assistência pré-natal deve traduzir a integralidade do cuidado (atenção, prevenção e promoção da saúde). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Bárbaro, Lettiere e Nakano (2014), que trouxe a reflexão em torno do contexto de atuação do enfermeiro nos serviços de saúde, que muitas vezes tem ênfase em procedimentos técnicos, distanciando o enfermeiro do cuidado individualizado, o que se refletiu nos valores baixos do escore para o atributo Acesso (acessibilidade).

Corroborando o presente estudo, trabalho realizado no município de Chapecó com profissionais médicos e enfermeiros também mostrou escore para Acessibilidade com menor grau de orientação (VITÓRIA *et al.*, 2013). Da mesma forma, um estudo em duas regiões do Distrito Federal-DF e uma avaliação em Porto Alegre-RS verificou que Acessibilidade recebeu os menores escores em todos os serviços, USF e UBS de acordo com os profissionais de saúde (ARAÚJO, MENDONÇA, SOUSA, 2015; CASTRO *et al.*, 2012).

No que se refere à APS, o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não) (STARFIELD, 2002). Se considerar a possibilidade de o atendimento à saúde ser dividida em fases, o acesso aos serviços seria considerado a primeira fase a ser superada pelo usuário na busca de atendimento para resolução de problemas ou para a satisfação de uma necessidade dentro do

sistema de saúde. Esta fase envolve algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço, distância, quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários, quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma estes têm se responsabilizado pelos problemas da população (STARFIELD, 2002). O fato de o serviço ser acessível é condição básica para que qualquer política pública possa responder às necessidades sociais e gerar impacto positivo; no entanto, na área obstétrica é ainda lócus de vulnerabilidade da assistência (ASSIS, JESUS, 2012).

Os serviços considerados no presente estudo são unidades de saúde localizadas em região geográfica mapeada quanto às áreas de abrangência na cobertura da população pelos serviços de saúde local. Apesar de nem todas as unidades apresentarem planta física adequada, tais como as Unidades de Saúde da Família em que sua estrutura foi adaptada a partir de moradias, há serviços que por vezes a limitação não é apenas de estrutura física, mas também quanto à prestação de serviços em termos de recursos disponíveis.

Sobre o atributo Longitudinalidade, nossos achados revelaram que, entre as dez unidades de saúde, as unidades certificadas pela RAB e os médicos indicaram maior acompanhamento da mulher ao longo do tempo nos serviços de saúde. A presença adequada da Longitudinalidade é um fator essencial para o sistema de saúde, pois este atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (CUNHA, GIOVANELLA, 2011). Esse atributo também contém ações de cuidado que buscam trazer a mulher como pessoa no momento do atendimento, uma vez que há questões sobre entender suas dúvidas, ser claro nas respostas, conhecer a história da mulher, conhecê-la como pessoa (e não como pessoa com problema de saúde). Resultados do estudo de Galvão (2011) caminham nesse sentido; a autora conclui que fazer aconselhamento em aleitamento materno exige que antes de se refletir com a mãe como ela amamenta, pensar nela como pessoa, nas suas dificuldades e problemas. O desenvolvimento destas habilidades comunicacionais, nem sempre fácil, implica mudança de atitudes e de perspectiva, implica aprender a captar, respeitar e responder ao outro a partir do seu ponto de vista e não apenas do profissional de saúde.

Para Gérvas e Fernández (2005), a longitudinalidade implica em uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente. Concordamos com Bárbaro (2014) que tal como para a gestante adolescente, também para a nutriz, a longitudinalidade é de grande relevância para a corresponsabilidade e fortalecimento do vínculo na relação do profissional de saúde e a

clientela por possibilitar desenvolver habilidades pessoais para poder decidir e negociar, praticando o autocuidado, e as atitudes positivas para lidar com as questões de maternidade e amamentação. O desenvolvimento da Longitudinalidade no cotidiano de trabalho requer pontos importantes da unidade de saúde, como o acompanhamento dos usuários nas diferentes fases da vida, a assistência integral ao indivíduo e família, considerando seu contexto biopsicossocial, e a atuação por meio de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, buscando resultados positivos na situação de saúde da população (BARATIERI, MARCON, 2011). Assim, ao longo do tempo é estabelecida confiança entre profissional e usuário, deixando este mais confortável para expor seus problemas e acatar as recomendações. Do mesmo modo, quando o profissional possui um conhecimento acumulado sobre o usuário, chega-se mais rapidamente à avaliação do problema (STARFIELD, 2002).

Corroborando com os resultados do presente estudo, pesquisa realizada em Serra no Espírito Santo, utilizou o mesmo instrumento para avaliar a qualidade da assistência prestada em USF na perspectiva dos profissionais de saúde, apresentando escore elevado para o atributo Longitudinalidade (LIMA *et al*, 2016). Resultados positivos nas avaliações dos profissionais sobre esse atributo também foram obtidos em outros estudos (SILVA, BAITELO, FRACOLLI, 2015; ELIAS *et al.*, 2006).

Nesta direção, a APS reúne atributos com características fundamentais nas ações quanto à garantia da adesão e continuidade do cuidado, além de possibilitar a autonomia dos sujeitos (BARBARO, 2014), no caso do presente estudo, as mães, que desejam amamentar ou estejam amamentando.

Dos resultados, entende-se que, na perspectiva dos profissionais, existe continuidade na relação entre o usuário e o serviço de saúde, com busca pela construção de vínculo e de responsabilização ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida do usuário.

Sobre o atributo Coordenação (integração de cuidados) que se refere à relação entre a UBS e o serviço especializado, o presente estudo apresentou baixo grau de orientação nas 10 unidades de saúde participantes do estudo, nas unidades certificadas pela RAB e para profissionais com treinamento para RAB, e apenas elevado escore para os profissionais médicos. Ao observar as frequências relativas e absolutas das variáveis deste atributo, as respostas ‘com certeza sim’/‘provavelmente sim’ foram as mais frequentes, com exceção da que aborda se o profissional da unidade de saúde recebe do especialista, informações sobre o paciente encaminhado. Para essa pergunta, a resposta da maioria dos profissionais foi ‘com

certeza não', uma vez que o profissional médico é, muitas vezes, o responsável por receber a contrarreferência do serviço especializado ao qual ele encaminhou aquele paciente.

Mendes (2010) caracteriza os sistemas fragmentados de atenção à saúde como aqueles que se organizam por pontos de atenção à saúde isolados e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Assim, a Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde não se comunicam, fazendo com que a primeira não consiga exercitar seu papel de coordenação do cuidado. A Coordenação é também de grande relevância para os demais atributos, e se esta for aplicada em sua totalidade tem função de coordenar os usuários de saúde para os demais níveis de atendimento, ter a disponibilidade de informação relacionada à pessoa, registros disponíveis e de fácil entendimento para qualquer profissional (SOUZA *et al.*, 2015).

Lima *et al.* (2016) obtiveram valores altos de escore para o atributo coordenação em seu estudo, diferente dos resultados do presente estudo; porém, destacou que apesar dos escores terem sido bem avaliados pelos profissionais, ainda há deficiência na contrarreferência para a APS.

Ribeirão Preto dispõe de uma rede de serviços de atenção básica, especializada e de alta complexidade, bem como de programas específicos, tal como o PALMA, a RAB, BLH, que garantem a continuidade do cuidado prestado às mães e seus filhos em aleitamento materno, com fluxo de referência e contrarreferência formalmente implantados (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Nossos achados corroboram o estudo de Almeida *et al*. (2010), que apontou a referência e contrarreferência como importante instrumento para integração dos serviços de saúde. Em seu estudo, também percebeu que fluxos de referência e contrarreferência entre Atenção Básica e Especializada encontram-se formalmente implantados. No entanto, a maior parte dos gestores entrevistados afirmou que a contrarreferência não é comumente praticada.

Em nossos resultados, observaram-se a presença e extensão adequadas do atributo Integralidade (serviços disponíveis), para as 10 unidades de saúde participantes do estudo, para unidades certificadas e não certificadas pela RAB, para enfermeiros e para profissionais que receberam o treinamento para RAB. Este atributo avalia o leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, adequadas ao contexto deste nível de atenção (HARZEIM *et al.*, 2016). Porém, uma consideração a ser feita sobre o atributo Integralidade, é que este deve ser entendido por

diversos ângulos, não excludentes entre si, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção da saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais (SILVA, BAITELO, FRACOLLI, 2015).

Na região do presente estudo, existem diversas ações educativas e de aconselhamento, visando à promoção do aleitamento materno, sendo que o resultado do escore deste atributo demonstra que as atividades para o aleitamento materno realizadas pelas unidades de saúde são articuladas de tal forma que os problemas apresentados pelas mães e bebês em aleitamento materno em todos os níveis de assistência buscam encontrar resolução de forma efetiva, integral e humanizada.

O atributo Coordenação (sistemas de informação) obteve o escore mais elevado nas dez unidades de saúde, nas unidades certificadas pela RAB, para os profissionais médicos e para os profissionais que receberam treinamento para RAB, sugerindo que estes grupos se aproximam mais da atenção prestada ao aleitamento materno baseada nos princípios da APS. Os altos valores de escore para o atributo Coordenação vão ao encontro de resultados de Castro *et al*. (2012) que demonstra que mesmo quando os serviços avaliados têm processos de trabalho diferentes, estes valores de escore podem estar relacionados ao fato de que este atributo é avaliado pelo modo como o serviço se comunica com o resto do sistema. Quando este atributo é alto, entende-se que o serviço está bem organizado e informativo em relação aos documentos e aos prontuários dos pacientes (STARFIELD, 2002).

Corroborando nossos resultados, estudo que utilizou o PCATool versão profissionais apresentou alto grau de orientação para a APS neste atributo, podendo acontecer, em parte, porque a avaliação desse componente envolve a relação da APS com outros níveis de atenção (CASTRO *et al*, 2012). As equipes de saúde devem estabelecer parcerias intersetoriais entre diferentes segmentos sociais e institucionais para que possam intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (CASTRO *et al.*, 2012).

Entende-se a partir dos nossos resultados que, na perspectiva dos profissionais, os serviços de saúde participantes deste estudo apresentam um bom envolvimento na questão de referência e contra-referência com outros serviços, como também com relação ao acesso das mulheres aos seus documentos e prontuários.

CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo nos permitem concluir que:

Com relação às características sociodemográficas dos participantes:

A amostra deste estudo contou com a participação de médicos e enfermeiros, em sua maioria enfermeiros, sexo feminino, com idade média de 36 anos, com graduação em instituições públicas.

Com relação ao local de trabalho, a maioria dos participantes trabalhava em Unidades Básicas de Saúde e em unidades certificadas pela Rede Amamenta Brasil, localizadas no distrito Central da cidade.

No que se refere à pós-graduação, a maioria realizou cursos a partir do ano de 2010, sendo que para enfermeiros o curso em destaque foi o de Saúde Pública e para médicos o curso de Pediatria. Enfermeiros realizaram os cursos em sua maioria em instituições particulares e os médicos em instituições públicas.

Em relação ao tempo de trabalho em Ribeirão Preto, a maioria dos profissionais possuía menos de cinco anos de experiência, sendo que este variou entre um a 22 anos. Sobre o tempo de atuação nas unidades, a maioria estava na unidade há menos de cinco anos.

Com relação às ações relacionadas à RAB:

No que se refere à prática da amamentação na área de atuação do profissional, a maioria identificou como boa/satisfatória, referindo que esta se encontra assim devido aspectos relacionados ao profissional.

Com relação às atividades desenvolvidas pelo profissional, a maioria respondeu que realiza atividades de orientação e aconselhamento durante o atendimento, acolhimento e consulta. Os aspectos relacionados ao binômio mãe/bebe foram os mais citados quando se perguntou sobre as dificuldades para se desenvolver tais atividades, enquanto os aspectos relacionados ao profissional foram os mais citados na questão facilidades.

Com relação aos escores dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS):

No conjunto das 10 unidades de saúde participantes deste estudo, verificou-se baixo grau de orientação para a APS dos atributos Acesso de primeiro contato - acessibilidade e

Coordenação integração de cuidados, e forte grau de orientação para a APS dos atributos Longitudinalidade, Coordenação sistemas de informação e Integralidade.

As unidades certificadas pela RAB responderam mais positivamente aos atributos da APS do que as unidades não certificadas.

Na categoria profissionais, analisada separadamente, médicos e enfermeiros apresentaram baixo grau de orientação a APS no escore para o atributo Longitudinalidade, Coordenação sistemas de informação e Coordenação integração de cuidados. O grupo de médicos apresentou maiores valores de escores, sendo que os enfermeiros responderam mais positivamente para os atributos Integralidade e Acesso primeiro contato.

O grupo de participantes com treinamento para a RAB respondeu mais positivamente aos escores dos atributos Acesso, Coordenação sistemas de informação, Coordenação integração de cuidados e Integralidade do que o grupo que não recebeu este treinamento.

IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E PRÁTICA

9 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E A PRÁTICA

O presente estudo partiu da análise da presença e da extensão dos atributos da APS, sendo direcionado ao processo de atenção ao aleitamento materno, no contexto da Rede Amamenta Brasil. Existem evidências de que a APS, através das dimensões dos seus atributos, contribui para o desempenho dos sistemas de saúde (KRINGOS, 2010). Portanto, entende-se que tanto sua presença quanto a sua extensão possui potencial para transformar as questões que envolvem a atenção prestada ao aleitamento materno.

Aspectos semelhantes foram observados em pesquisa conduzida entre médicos e enfermeiros que atuam no pré-natal de adolescentes nas unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto - SP, onde foi abordada a presença e extensão dos atributos da APS (BARBARO *et al.*, 2014). Os resultados do presente estudo são concordantes com esta pesquisa e demonstram, de forma clara, a importância de desenvolver práticas que valorizam a promoção e apoio ao aleitamento materno para efetivação dos atributos da APS.

O presente estudo apresentou algumas limitações a serem apontadas: a APS foi avaliada apenas na visão do profissional, o que tende a torná-la mais positiva quando comparada com avaliação feita pelos usuários (ELIAS *et al.*, 2006; STRALEN *et al.*, 2008). Além disso, a atenção prestada nas unidades de saúde foi aferida apenas a partir das ações de saúde para mães e bebês em aleitamento materno. É preciso destacar, entretanto, que a qualidade do cuidado é resultante de uma complexa interação de fatores, envolvendo entre eles competências profissionais, condições de trabalho e satisfação do usuário. Não é possível supor que um único estudo possa assumir todas as facetas da atenção à saúde. A maioria dos estudos na área apresenta recortes diferentes sobre o tema exatamente pela dificuldade de incorporar olhares tão diversos.

Assim, os resultados aqui alcançados devem contribuir para novas demandas e realizações de outros estudos, no desafio da construção de programas mais efetivos e igualitários. Faz–se necessário uma abordagem mais ampla, integrando a ações da EEAB que foi implementada após início deste estudo, envolvendo e unindo os diversos atores no processo de AM, buscando um equilíbrio nas diferentes demandas, concepções e perspectivas, possibilitando a construção de novos conceitos e valores considerados positivos à respeito da prática do aleitamento.

Estratégias de estudos multicêntricos, pouco observadas nesta temática, também devem ser estimuladas, de modo a promover envolvimento pluri-institucional e maior troca de experiências entre os pesquisadores da área.

Nesse sentido, destacamos que o PCATool é um instrumento que se constitui em uma boa ferramenta para avaliação do desempenho da APS em diferentes contextos de forma periódica e sistematizada, para identificar aspectos que necessitam de intervenções para a melhoria da qualidade da APS.

Para a prática clínica evidencia-se a necessidade de que todos os profissionais da APS operem além da perspectiva do manejo de casos, promovendo o cuidado integral e abordando todos os aspectos relacionados à atenção as mães e aos bebês durante o aleitamento materno, incorporando nas atividades diárias a compreensão do aleitamento como um processo dinâmico, com diferentes significados.

Por fim, este estudo contribui com resultados relevantes para a melhoria na assistência às mães e a seus filhos, pois fornece subsídios que podem gerar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno visando a melhoria nos indicadores; melhoria na qualidade da APS e maior sustentabilidade dessa política, bem como auxiliar na construção de estratégias para o empoderamento das mães com relação ao aleitamento materno.

REFERÊNCIAS[1]

---

[1]De acordo com a Associação Brasileira de Normas e Técnicas. NBR 6023/2002.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F., et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, J.A.C. **Amamentação:** um hidrio natureza cultura. RJ: Fiocruz. 1999.

ANTUNES, L.S., et al**.** Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2008.

ARANTES, C.I.S., et al . Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Nutr**., Campinas, v. 24, n. 3, p. 421-429, Jun. 2011.

ARAUJO, M.F.M., et al. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.,** v.3, n.2, p.195-204, 2003.

ARAÚJO, O.D., et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.4, p.488-492, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000400015&lng=pt> Acesso em: 10 Jun. 2015

ARAÚJO, R.L.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F.;. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.387-399, Abr-Jun. 2015.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012.

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinality of care: perceptions of the nurses that work at the family health strategy. **Esc. Anna Nery,** v.15, n.4, p.802-810, out/dez, 2011.

BARBARO, M. C.; LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Prenatal Care for Adolescents and attributes of Primary Health Care . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 108-114, fev. 2014.
Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104 11692014000100108&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2016.

BARBARO, M. C., LETTIERE, A., NAKANO, AMS. Prenatal care for adolescents and attributes of primary health care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 108-114, 2014.

BELO, M.N.M. et al . Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**., Recife, v.14, n.1, Mar. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292014000100065&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08 Dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes**. 4.ed. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2799 de 18 de novembro de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Amamenta Brasil. Diário Oficial, 19 de Nov. 2008.

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 : Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas E Estratégicas. **Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor.** Brasília, Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica conjunta Nº 01/2010**. Anvisa e Ministério da Saúde. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária a saúde: Primary Care Assssment Tool PCA Tool – Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica n. 33**: saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12.Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196.** Diário Oficial da União, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde da atenção básica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1920 de 05 de setembro de 2013**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Nota Técnica Conjunta nº 013/2014.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRÜGGEMANN, O.M., PARPINELLI, M.A., OSIS, M.J.D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública,** v. 21, 2005.

CALDEIRA, A.P., GONÇALVES, E. Avaliação do Impacto da Implantação da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v.83, n.2, 2007.

CASTRO, R.C.L., et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p.1772-1784, 2012.

CARDOSO, L.O., et al. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. **J. Pediatria,** Rio de Janeiro, v.84, n.2, p.147-153, 2008.

CLIFFORD, J., MCINTYRE, E. Who supports breastfeeding? **Breastfeed Rev**. 2008.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. 2012. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=35&VCodMunicipio=354340> Acesso em: 10 Jun. 2014.

COSTA, L.S.M., et al. Formação de recursos humanos para a ESF na perspectiva dos egressos do curso de enfermagem. **R. Interd**. v. 7, n. 4, p. 164-170, 2014.

DONABEDIAN, A**.** Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quaterly**, v.83, n.4, p.691-729, 2005.

ELIAS, P.E., et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva,** 2006.

ESCOBAR, A.M.U., et al. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 2, n. 3, p. 253-261, 2002.

ESTEVES, T. M. B., et al. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v.48 n.4. p.697-708, 2014.

FALEIROS, J.J., et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cad. Saúde Pública**, 2005.

FERTONANI, H.P., et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva,** vol. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FREDERICO, P.; FONSECA, L. M. M.; NICODEMO, A. M. C. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 38-44, ago. 2000.

GALVÃO, D. G. Education in maternal breastfeeding and their repercussions in clinical practice. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.2, p.308-314, 2011.

GERVAS, J.; FERNANDEZ, M.P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo , v. 8, n. 2, p. 205-218, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2016.

HARZHEIM, E. et al. Consistência Interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCA Tool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1649-1659, 2006.

HARZHEIM, E. et al . Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para AtençãoPrimária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1399-1408, maio 2016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000501399&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Set. 2016.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Estimativa da População 2014**. São Paulo (IBGE). 2015.

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 1, p. 1, 2010.

LAMOUNIER, J.A., et al**.** Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Rev. Paul. Pediatr.,** v.26 n.2, p.161-169, 2008.

LIMA, E.F.A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro. v.20, n.2, p.275-280, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000200275&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2016.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SA, P.K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, v.22, p.167-177, 2007.

MACHADO, M.O.F., et al. Perfil sociodemográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem Referência**, v.5, n.85, 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2016.

NOGUEIRA, M.I. Racionalidades médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A.G.S. Por um sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: **CEPESC:** IMS/UERJ, 2010.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**; v.66, p.158-64, 2013.

OLIVEIRA, M.I.C., et al. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.5, n.1, p.41-51, 2002.

OLIVEIRA, M.I.C., et al. Avaliação da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.,** Recife, v.12, n.3, p.281-295, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca** . Genebra: OMS, 2008.

PARIZOTO, G. M. et al. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **J. Pediatria,** Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 201-8, 2009.

PASSANHA, A. et al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública,** v.47, n.6, p.1141-1148, 2013.

PASSOS, L., PINHO, L. Health professionals in promoting breastfeeding: integrative review. **Journal of Nursing.** 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6894>. Acesso em: 12 maio 2016.

PEREIRA, M.J.B., et al. Indicadores de Aleitamento Materno no Município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**., v.7, n.1, 2004.

PEREIRA, R.S.V, et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública** 2010.

PESSALACIA, J.D.R.; ZOBOLI, E.L.C.P.; RIBEIRO, I.K. Equidade no acesso aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde: uma reflexão teórica. **R. Enferm. Cent. O. Min**.. v.1, n.6, p.2119-2139, 2016.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação das unidades de saúde.** 2012. Disponível em:< http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>. Acesso em: 5 ago. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Dados sobre nascidos vivos 2013**. 2013. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/vigep/tabnet/i16nascidos.php>. Acesso em: 10 jun. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Aleitamento Materno. 2014. Disponível em: < www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/programas/protocolos>. Acesso em: 10 jan. 2016.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n.1, p. 37-45, 2003.

RODRIGUES, D. B.; ITO, M. K.; RECINE, E. Diagnóstico sobre o conhecimento de profissionais em relação aos Dez Passos da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. **Acta de Ciências e Saúde**, v.1, n.1, p.1-18, 2014.

ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S. S. The educational work of nurses in the Family Health Strategy. **Texto & Contexto Enferm**., v.22, n.1, p.157-165, 2013.

ROLLINS, N.C., et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**. v.387, n.10017, p.491-504, 2016.

SILVA, S.A.; BAITELO, T.C.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.23, n.5, p.979-987, 2015.

SILVEIRA, L. M. et al. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.1, p.37-43, 2013.

SCHEFFER, M.C.; CASSENOTE, A.J.F. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. Bioét.,** v.21, n.2, p.268-77, 2013.

SCOCHI, C.G.S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.7, n.2, p.145-154, 2008.

SOUZA, G. T., et al. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde,** v.36, n.1, p.39-46, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, C. J. V., et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.148-158, 2008.

TOMA, T.S.; VENANCIO, S.I.; REA, M.F. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma reflexão sobre processos educativos para a implantação de práticas apropriadas de atenção a mães e recém-nascidos em São Paulo. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, v.48, p.55-57, 2009.

VAZIR S., et al. Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural indian toddlers. **Matern. Child. Nutr**., v.9, p.99-117, 2013.

VENÂNCIO, S.I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, 2013.

VENÂNCIO, S.I.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; GIUGLIANI, E.R.J. Reflexões sobre a trajetória do aleitamento materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela humanização do parto e nascimento com a política nacional de humanização. **Revista Tempus Acta Saúde Coletiva**, Brasília, v.4, n.4, p.129-141, 2010.

VENÂNCIO, S.I., et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implementação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. **BEPA – Boletim Epidemiológico Paulista**, v.7, n.83, p.4-15, 2010.

VITORIA, A.M., et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.8, n.29, p.285-93, 2013.

ZAMAN, S., ASHRAF, R.N., MARTINES, J. Training in complementary feeding counseling of Healthcare workers and its influence on maternal behaviours and child growth: a cluster-randomized controlled trial in Lahore, Pakistan. **J. Health Popu. Nutr**., v.26, p.210-22, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding**. 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices,** Washington, 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes.** Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/inf_assess_nnpp_eng.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 2: measurement.** Geneva. 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE

Apêndice A – TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Na condição de mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho por meio desta, convidá-lo (a) a participar da pesquisa de titulo **"Atenção ao Aleitamento Materno em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto no contexto da Rede Amamenta Brasil: análise segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde"**, que tem por objetivo identificar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde que assistem mulheres e crianças no processo da amamentação na rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto-SP.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder voluntariamente a um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no serviço de saúde em que você trabalha. Para isso, será realizada uma entrevista em uma sala reservada nesta instituição, com duração de aproximadamente 30 minutos. Ressalto que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na unidade de Saúde em que você trabalha.

Não é esperado que você receba benefícios diretos pela participação nesta pesquisa, entretanto, acreditamos que poderá contribuir com dados relacionados à qualidade da assistência prestada na rede básica de saúde deste município, possibilitando a programação e a organização desses serviços, permeando políticas públicas de desenvolvimento que incorporem estratégias em relação ao apoio e promoção ao aleitamento materno.

Os riscos decorrentes de sua participação nesta pesquisa serão mínimos e relacionados ao desconforto em responder algumas questões sobre a sua prática profissional e ao serviço prestado no seu local de trabalho, assim, se necessário, estarei pronta para ouvi-lo (a) e a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento e retomada em outro se assim você desejar. Será garantida a você uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado pela pesquisadora e por você, bem como o acesso atualizado aos resultados da pesquisa em qualquer momento. Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhuma penalização ou prejuízo. Você não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração por participar. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em meios científicos, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em confidencialidade. Caso haja eventuais danos decorrentes da sua participação na pesquisa, você terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa. Dessa forma, em caso de dúvidas éticas, você pode procurar o **Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, situado na Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602.3386, horário de funcionamento em dias úteis de 08:00 às 17:00 horas.

Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Eu,_____, declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo acima descrito.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante do estudo: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Pesquisadora: Luciana Camargo de Oliveira

End. Rua Antonio Stella, 114 P. Delta São Carlos-SP CEP: 13564-710

Telefone: (16) 3361-6793 e-mail: lucianacamargo@usp.br

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados – Caracterização dos sujeitos

Entrevistado nº____

Dados de Identificação

1. Idade: _____ anos **2**. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

3. Onde trabalha? _____

4. Atividade funcional que exerce na Rede Básica de Saúde:_____

Dados de formação e experiência profissional

5. Graduação: _____

Instituição:_____Ano de conclusão:____

6. Pós- Graduação:

Curso:_____

Instituição:_____Ano de conclusão:____

7.Tempo de experiência profissional em serviço de assistência na rede básica de saúde de Ribeirão Preto:_____

8. Tempo que está atuando nesta unidade de saúde:_____

9. Fez o treinamento da Rede Amamenta Brasil? SIM ( ) NÃO ( )

10. Fez algum outro treinamento sobre Aleitamento Materno pela Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto? SIM ( )NÃO ( ) Qual? _____

11.Como está a prática do Aleitamento Materno na sua área de abrangência? Porque você acha que a prática da amamentação se apresenta desta forma?

_____

_____

12. Quais atividades você desenvolve para o Aleitamento Materno na sua unidade de saúde? O que você considera que tem facilitado desenvolver tais atividades e o que tem dificultado?

ANEXOS

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 175/2014

Ribeirão Preto, 10 de outubro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 10 de outubro de 2014.

Protocolo CAAE: 34641914.2.0000.5393

Projeto: Assistência no processo do aleitamento materno em unidades básicas de saúde certificadas pela Rede Amamenta Brasil do Ministério da Saúde e os atributos da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de saúde.

Pesquisadores: Ana Márcia Spanó Nakano
Luciana Camargo de Oliveira

Em atendimento à Resolução 466/12, 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. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo B – Concordância da Secretaria de Saúde Co-participante

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 4826/14 – GS
RACG/racg

Ribeirão Preto, 12 de novembro de 2014.

Prezada Pesquisadora
Luciana Camargo de Oliveira

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta Secretaria Municipal da Saúde está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do Projeto de Pesquisa "ASSISTÊNCIA NO PROCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE CERTIFICADAS PELA REDE AMAMENTA BRASIL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE" e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Solicito que os pesquisadores encaminhem à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

STÊNIO CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

Ilma Senhora
Prof^a. Dr^a. Ana Márcia Spanó Nakano
Orientadora do Projeto de Pesquisa
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Secretaria Municipal da Saúde
Rua Prudente de Moraes, 457 – Centro – Ribeirão Preto/SP
Fones: 3977.9305 / Fax: 3941.4934 / e-mail: gabinete@saude.pmrp.com.br

SUS

Anexo C – Instrumento de coleta de dados – PCA-TOOL - Brasil versão Profissionais

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE
Entrevistador – para todas as perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado e domingo?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20h?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A4 – Quando seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido por telefone quando julgam ser necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A9– Na média, os pacientes têm que esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

B – LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
B1 – No seu serviço de saúde os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B3 – Paciente entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B5 – Você dá aos seus pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B6 – Você se acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente alguém com um problema de saúde?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B12– Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem medicação receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □

C – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS
Entrevistador – para todas as perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
C3 – Alguém do seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
C5 – você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □

D – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES
Entrevistador – para todas as perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex: boletins de atendimentos de emergência ou relatório hospitalar?)	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
D2 – Você permitiria aos pacientes examinarem seus prontuários se assim quisessem?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você o atende?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS
Entrevistador – para todas as perguntas use o Cartão Resposta

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir esta frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
E1 – Aconselhamento nutricional.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E2 – Imunizações.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E4 – Avaliação da saúde bucal.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E5 – Tratamento dentário.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E9 – Sutura de um corte que necessita de pontos.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E10 – Aconselhamento e solicitação de testes anti-HIV.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação). de problemas visuais (para enxergar).	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E14 – Remoção de verrugas.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E17 – Cuidados pré-natais.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E18 – Remoção de unha encravada.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso p paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □

E22 – Inclusão em programas de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □

(destaque aqui)

Cartão Resposta

Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro