UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SARAH NANCY DEGGAU HEGETO DE SOUZA

O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática

Ribeirão Preto
2010

SARAH NANCY DEGGAU HEGETO DE SOUZA

O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática

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

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientador: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

RIBEIRÃO PRETO
2010

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

CATALOGAÇÃO ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA ELISABETE DE B. B. SILVA-CRB/819

S716a Souza, Sarah Nancy Deggau Hegeto de.

O Aleitamento Materno na perspectiva da vulnerabilidade programática / Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza. Ribeirão Preto, 2010.

301 f.: il.

Orientadora: Profª Drª Débora Falleiros de Mello.

Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, 2010.

Inclui bibliografia.

1. Aleitamento Materno – Tese. I. Mello, Débora Falleiros de II. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. III. Título.

CDU 613.287.8

SOUZA, Sarah Nancy Deggau Hegeto de

O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática

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

Aprovado em ____/ _____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Dedicatória

Dedico esse trabalho ao Paulo, meu marido.

Amor, Deus nos deu o grande desafio de
sermos marido e mulher, pois sabia o quanto nós
ainda tínhamos para crescer.

Sua sabedoria em conduzir nossa família com maestria
me comovem e me fazem ser grata
a Deus, pois sei que vem dEle.

Neste momento de minha vida, mais uma vez,
contei com seu apoio incondicional e companheirismo.
Obrigada por testemunhar a minha vida.

Este meu "filho" é seu também.
Dedico a você.

Obrigada.

Agradecimento Especial

Aos meus filhos,
Juliana, comecei o doutorado você era uma menina,
agora é uma linda mulher em formação
e me orgulho muito de você.
Agradeço a Deus por ter você em minha vida.
Obrigada, filha, por me ajudar nesses anos,
assumindo tarefas para me substituir e
compreendendo minhas ausências.

João, primeiro no mestrado e agora no doutorado,
deixamos de viver momentos preciosos juntos,
mas obrigada por sua compreensão e
pelo seu carinho diário, que me fazem tão bem.
Teremos mais tempos juntos agora.
Vocês são "o meu coração do lado de fora do peito".

Aos meus pais,
Arno e Nilda, meus intercessores diante de Deus
e meus protetores aqui na terra.

A vocês, minha eterna gratidão.

Agradecimentos

À Prof. Dra. Débora Falleiros de Mello,
pela condução suave e competente na
realização desse trabalho,
obrigada pelo companheirismo.

Ao Paulo, Kelen, Luiza e Davizinho,
pelo carinho imenso compartilhado com minha família,
em especial com meus filhos. Isso não tem preço.

À Família Hegeto
pela torcida e por me fazer sentir
tão amada no meio de vocês.

À minha fiel "escudeira", Elaine,
por me substituir tantas vezes em casa no cuidado
da minha família, principalmente durante minhas ausências

À minha colega e amiga, Edilaine,
você sabe que sem você isso não seria possível,
ou pelo menos, seria muito mais difícil.
Muito obrigada por me estimular a
crescer sempre (e por emprestar "bateria"
quando a minha descarregava).

Às minhas colegas de área,
Rosângela, Mauren, Márcia e Marisa,
espero recompensá-las pelo investimento em mim.

À s minhas amigas Tarline, Deisi e Laura,
que, cada uma, de seu jeito, carregou minhas angústias
com seu tempo, em oração e ajuda prática.

Ao querido G11, meu "grupo afetivo"
(Kátia, Dalete, Lilian, Valentina, Márcia, Andreza,
Márcia, Mauren, Ana Olympia, Edilaine e Maria Carla),
amigas para todas as horas, pela inspiração e apoio.

Aos meus irmãos da Igreja Comunidade Shalom
e aos pastores, pela torcida e suprimento espiritual.

Ao Departamento de Enfermagem e
Universidade Estadual de Londrina,
pela possibilidade ofertada para a realização dessa tarefa.

À s residentes de Enfermagem Neonatal da UEL,
pela compreensão nos momentos críticos de produção
e pela convivência afetiva e estimuladora.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
alunos, docentes e funcionários com quem convivi,
por abrirem as portas de sua renomada escola
para compartilhar seus conhecimentos e estrutura
pedagógica com profissionais de outros estados

À todos os colaboradores na execução desse trabalho.

Muito Obrigada a todos!

A todos que participaram dessa pesquisa

Agradeço aos colegas, alunos
e agentes comunitários de saúde,
que participaram da pesquisa de prevalência,
pela valiosa e competente atuação na
etapa da coleta de dados

Ao Instituto de Saúde de São Paulo,
em especial, a Dra. Sônia Venâncio e a "Biba"
pela incansável ajuda com as milhares de dúvidas

À Prefeitura de Londrina e seus profissionais,
pela adesão e parceria na pesquisa da
prevalência em aleitamento materno

Aos profissionais do Comitê de Aleitamento Materno
de Londrina (CALMA),
pela rica oportunidade de realizar, junto a vocês,
essa pesquisa, cujos depoimentos elucidaram importantes
aspectos a serem trabalhados para avançarmos
na prática do aleitamento no município

Ao meu Deus

Entrego esse fruto, pois TUDO que faço é para Sua glória.
Agradeço por me sustentar em todos os momentos, até aqui.

"Senhor, não é soberbo o meu coração, nem altivo o meu olhar;
não ando a procura de grandes coisas,
nem de coisas maravilhosas demais para mim.
Pelo contrário, fiz calar e sossegar a minha alma;
como a criança recém mamada se aquieta
nos braços de sua mãe, como essa criança
é a minha alma para comigo.

Espera, ó *Sarah*, no Senhor,
desde agora e para sempre".

Salmos 131

RESUMO

SOUZA, S.N.D.H. **O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática**. 2010. 301f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Muitos esforços mundiais têm sido empregados para melhorar as condições de saúde das crianças com o objetivo de reduzir a mortalidade e morbidade infantil. A proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (AM) tem sido uma estratégia relevante no setor saúde e outros setores sociais. Este estudo tem como objetivos descrever a situação do AM no município de Londrina-PR e fatores associados, em crianças menores de um ano, em 2008, comparando com dados da pesquisa realizada no mesmo município em 2002; e analisar as experiências dos profissionais de saúde sobre o AM e a situação das ações programáticas do AM em Londrina, na perspectiva da vulnerabilidade programática. O quadro conceitual apoia-se no conceito de vulnerabilidade para explorar dimensões relevantes no estudo do AM em uma realidade contextualizada. A partir de abordagem quantitativa e qualitativa, o estudo descritivo foi realizado em duas etapas. A primeira baseada na metodologia utilizada pelo Projeto Amamentação e Municípios para inquéritos populacionais em dias de vacinação infantil. Foram realizadas 770 entrevistas com acompanhantes de crianças menores de um ano que compareceram na segunda etapa da campanha de vacinação contra poliomielite, em agosto de 2008. A segunda etapa da pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada com 25 profissionais de saúde, membros do Comitê de Aleitamento Materno (CALMA) do município, por meio de grupos focais e entrevistas individuais semi-estruturadas e análise temática dos dados. Nos resultados obteve-se que 72,5% das crianças foram amamentadas na primeira hora, 83,0% estavam em AME no primeiro dia em casa, 33,8% das crianças de zero a seis meses estavam em AME. No quarto mês, 53,7% permaneciam em AME, no sexto mês 7,8% e 51,5% em AM continuado entre 9 e 12 meses. A maior freqüência de AME esteve associada estatisticamente às mulheres que apresentavam idade igual ou superior a 35 anos, escolaridade de terceiro grau, mais de um filho e que estavam em licença maternidade. Na análise qualitativa, os dados foram agrupados em cinco temas: O contato com os indicadores locais de AM; O cotidiano da assistência nos serviços saúde: fortalezas e fragilidades; A informação sobre AM presente nos diferentes cenários; Amamentar ou não amamentar: caminhando na decisão; O apoio ao AM e os espaços para produção de narrativas. O sucesso do AM não está centrado na ocorrência do AM e AME e o insucesso não pode ser somente a situação de desmame. O estudo traz elementos para entender que o modo como as mães e famílias lidam com o AM está ligado aos aspectos individuais e sociais e ao modo como as práticas de AM estão organizadas, demonstrando a necessidade de integração entre saberes práticos e técnico-científicos. Ao integrar saberes, a prática do AM não será distante, frágil e descolada do contexto das famílias, e sim sustentada em bases mais efetivas de um cuidado integrador. O enfoque da vulnerabilidade, nas dimensões individuais, sociais e programáticas, confere importante contribuição para repensar as práticas de saúde, com subsídios para a reorganização e inovação de arranjos tecnológicos assistenciais.

PALAVRAS CHAVE: Aleitamento materno. Prevalência. Criança. Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

SOUZA, S.N.D.H. **Maternal Breast Feeding in the programmatic vulnerability perspective**. 2010. 301f. Thesis (Doctor's Degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Many worldwide efforts have been employed to improve children's health condition, with the aim of reducing infantile mortality and morbidity. Protection, promotion and support to Breast Feeding have been a relevant strategy in the health sector and other social sectors. This study has the objectives of describing the Breast Feeding situation and its related factors in the municipality of Londrina-PR in under one-year-old children, in 2008, comparing with data of research carried out in the same municipality in 2002; as well as analyzing health professionals' experience regarding Breast Feeding and the situation of the Breast Feeding Programmatic Action in Londrina, under the perspective of programmatic vulnerability. The concept framework relies on the concept of vulnerability to explore relevant dimensions in the Breast Feeding study within a contextualized reality. From both a quantitative and qualitative approach, the descriptive study was carried out in two stages. The first one was based on the methodology utilized by the Project of Breast Feeding and Municipalities for populational surveys on children's vaccination days. 770 interviews with under one-year-old children's accompanying persons, who attended the second stage of the vaccination campaign against poliomyelitis, were performed in august 2008. The second stage of the research study, of a qualitative nature, was accomplished with 25 health professionals, members of the municipality Breast Feeding Committee, by means of focal groups, semi-structured individual interviews and a thematic analysis of data. The results showed that 72.5% of children were exclusively breastfed within the first hour, 83.0% were exclusively breastfed on their first day at home, and 33.8% of the children from zero to six months old were exclusively breastfed. In the fourth month, 53.7% remained in exclusive breastfeeding; in the sixth month 7.8% and 51.5% were in continuous Breast Feeding within 9 and 12 months. The most frequent Exclusive Breast Feeding was statistically associated to women at or over 35 years old, with a university degree, with more than one child and who were on a maternity leave. In the qualitative analysis, the data were grouped into five themes: The contact with Breast Feeding local indicators; the everyday assistance in health service: strengths and weaknesses; the information regarding present Breast Feeding within different scenarios; Breast feeding or not: moving towards the decision; Support to breastfeeding and spaces for the production of narratives. The success of Beast Feeding is not focused on the occurrence of Breast Feeding and Exclusive Breast Feeding and the lack of success cannot only be the situation of weaning. The study brings elements to understand the way mothers and families deal with Breast Feeding is connected to social and individual aspects and the way Breast Feeding practices are organized, demonstrating the need of integration between practical and technical-scientific knowledge. While integrating kinds of knowledge, the Breast Feeding practice will not be distant, fragile and disconnected from the families' context, but it will be supported by more effective bases of integrated care. The vulnerability focus, within individual, social and programmatic dimensions, confers an important contribution to rethink health practices, with subsidies for the reorganization and innovation of assistance technological arrangements.

KEYWORDS: Breast Feeding; Prevalence; Child; Health Vulnerability.

RESUMEN

SOUZA, S.N.D.H. **La lactancia materna en la perspectiva de la vulnerabilidad del programa.** 2010. 301f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Muchos esfuerzos mundiales han sido empleados para mejorar las condiciones de salud de los niños con el objetivo de reducir la mortalidad y morbilidad infantil. La protección, promoción y apoyo a la lactancia materna (LM) ha sido una estrategia relevante en el sector de salud y otros sectores sociales. Este estudio tiene como objetivos describir la situación de la LM en el municipio de Londrina-PR y factores asociados, en niños menores de un año, en 2008, comparando con datos de la pesquisa realizada en el mismo municipio en 2002; y analizar las experiencias de los profesionales de salud sobre la LM y la situación de las acciones del programa de LM en Londrina, en la perspectiva de la vulnerabilidad del programa. El cuadro conceptual se apoya en el concepto de vulnerabilidad para explotar dimensiones relevantes en el estudio de la LM en una realidad contextualizada. A partir de abordaje cuantitativo y cualitativo, el estudio descriptivo fue realizado en dos etapas. La primera basada en la metodología utilizada por el Proyecto Lactancia y Municipios para investigaciones poblacionales en días de vacunación infantil. Fueron realizados 770 entrevistas con acompañantes de niños menores de un año que comparecieron a la segunda etapa de la campaña de vacunación contra poliomielitis, en agosto de 2008. La segunda etapa de la pesquisa, de naturaleza cualitativa, fue realizada con 25 profesionales de salud, miembros del Comité de Lactancia Materna del municipio, a través de grupos específicos y entrevistas individuales semiestructuradas y análisis temático de los datos. En los resultados se obtuvo que 72,5% de los niños fueron amamantados en la primera hora, 83,0% estaban en AME en el primer día en casa, 33,8% de los niños de cero a seis meses estaban en AME. En el cuarto mes, 53,7% permanecían en AME, al sexto mes 7,8% y 51,5% en LM continuada entre 9 y 12 meses. La mayor frecuencia de AME estuvo asociada estadísticamente a las mujeres que presentaban edad igual o superior a 35 años, escolaridad de tercer grado, más de un hijo y que estaban en permiso maternidad. En el análisis cualitativo, los datos fueron agrupados en cinco temas: El contacto con los indicadores locales de LM; El cotidiano del auxilio a los servicios de salud: fortalezas y debilidades; La información sobre LM presente en los diferentes locales; Amamantar o no amamantar: caminando por la decisión; El apoyo a la LM y los espacios para producción de narrativas. El éxito de la LM no está centrada en la ocurrencia da la LAM y AME y el no éxito no puede ser solamente la situación de desmame. El estudio trae elementos para entender que el modo como las madres y familias se relacionan con la LM está direccionado a los aspectos individuales y sociales y al modo como las prácticas de LM están ordenadas, demostrando la necesidad de integración entre saberes prácticos y técnico científicos. Al integrar saberes, la práctica de la LM no será distante, frágil y desconectada al contexto de las familias, y sí sostenida en bases más efectivas de un cuidado integrador. El enfoque de la vulnerabilidad, en las dimensiones individuales, sociales y del programa, confiere importante contribución para repensar las prácticas de salud, con recursos para la reorganización e innovación de arreglos tecnológicos asistenciales.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna; Prevalencia; Niño; Vulnerabilidad en Salud.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Porcentagem de crianças menores de seis meses que são amamentadas exclusivamente 34

FIGURA 2 Tendências na porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses 35

FIGURA 3 Interação entre vulnerabilidade individual, social e programática 58

FIGURA 4 Vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática 62

FIGURA 5 Distribuição das crianças menores de seis meses de vida em AME segundo faixa etária por mês e média de prevalência em menores de 4 meses e menores de 6 meses, em Londrina, Paraná, 2008 94

FIGURA 6 Comparação dos indicadores de AM de Londrina e AME em menores de 4 meses e menores de 6 meses, nos anos de 2002 e 2008. Londrina, 2010 99

FIGURA 7 Elementos do poio à mulher que amamenta e sua família 221

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Ações voltadas para o AM no âmbito local, nacional e internacional – 1970 a 2010 39

QUADRO 2 Aspectos das três dimensões das análises de vulnerabilidade 61

QUADRO 3 Aspectos das Estratégias de prevenção em saúde na abordagem tradicional e na perspectiva da vulnerabilidade 64

QUADRO 4 Critérios definidores das práticas de alimentação infantil selecionadas 76

QUADRO 5 Comparação entre dos dados da II Pesquisa Nacional de práticas alimentares no primeiro ano de vida em Londrina e no Brasil, 2008 95

QUADRO 6 Prevalência dos Indicadores de AM em Londrina, Região Sul e Brasil referentes à II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no primeiro ano de vida, 2008. Londrina, 2010 98

QUADRO 7 Comparação entre as prevalências de AME e CMI de diferentes países 122

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Caracterização da população infantil e materna participantes da II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, Londrina, Paraná, 2008 92

TABELA 2 Fatores determinantes para manutenção do aleitamento materno classificado em menores de 4 meses, menores de 6 meses e maiores de 6 meses de vida em Londrina, Paraná, 2008 101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHC	Ambulatório do Hospital das Clínicas
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMP	Aleitamento materno predominante
CALMA	Comitê de Aleitamento Materno de Londrina
CELAC	Centro de Lactação
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CEE/CIS	Central Eastern Europe/Commonwealth of Independent States
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HU	Hospital Universitário
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAM	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LM	Leite materno
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Pronto atendimento infantil

PEAM	Programa de Estímulo ao Aleitamento Materno
PNAB	Plano Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao AM
SISVAM	Sistema de Avaliação Alimentar e Nutricional
SISVAM WEB	Sistema de Avaliação Alimentar e Nutricional formato on line
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
IYCF	Infant and Young Child Feeding

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **19**

1 INTRODUÇÃO **23**

1.1 SAÚDE NA INFÂNCIA E ALEITAMENTO MATERNO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DIRETRIZES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE **24**

1.2 O ALEITAMENTO MATERNO EM LONDRINA E AS ESTRATÉGIAS GLOBAIS **38**

2 OBJETIVOS **50**

3 QUADRO CONCEITUAL **52**

4 CAMINHO METODOLÓGICO **69**

4.1 TIPO DE ESTUDO **70**

4.2 LOCAL DE ESTUDO **72**

4.3 COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES **74**

4.3.1 PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA 74

4.3.2 SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA 77

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA **85**

4.5 ANÁLISE DE DADOS **86**

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO **90**

5.1 A SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM LONDRINA – PR **91**

5.1.1 PREVALÊNCIA..... 91

5.1.2 FATORES ASSOCIADOS..... 100

5.2 O AM NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE **108**

5.2.1 O CONTATO COM OS INDICADORES LOCAIS DE AM 108

5.2.2 O COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: FORTALEZAS E FRAGILIDADES 124

5.2.3 A Informação Sobre Aleitamento Materno Presente nos Diferentes Cenários 163

5.2.4 Amamentar ou não Amamentar: Caminhando na Decisão 187

5.2.5 O Apoio ao Aleitamento Materno e os Espaços Para Produção de Narrativas 219

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 251

REFERÊNCIAS 267

APÊNDICES

Apêndice A — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo Focal 284

Apêndice B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista Individual 285

Apêndice C — Roteiro Para Busca de Informações Necessárias Para Construção do Fluxo do Processo de Administração de Medicamentos IV da Unidade de Clínica Médica 286

ANEXOS

Anexo A — Termo de Compromisso, Assinado pela Secretaria Municipal de Saúde 291

Anexo B — Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008 292

Anexo C — Instrumento da II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida 294

Anexo D — Autorização do Comitê de Ética para a Pesquisa Nacional 296

Anexo E — Texto Utilizado Para Obter Consentimento Verbal na II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida e Filipetas Entregues aos Entrevistados 297

Anexo F — Ofício de Autorização da Prefeitura do Município de Londrina Para Realização da Pesquisa 298

Anexo G — Autorização do Comitê de Ética para a Pesquisa em Londrina Parecer PF 079/09 299

Anexo H — Autorização do Comitê de Ética para a Pesquisa em Londrina Parecer PF 079/09 – Nº. CAAE 0076.0.268.153-09 Folha de Rosto – No. 256278 301

Apresentação

Minha atuação na área de Saúde da Criança teve seus primeiros passos no início de minha vida profissional há 25 anos, quando fui convidada para atuar como coordenadora do Berçário de um hospital privado. Vivenciei uma época da neonatologia de conquistas que subsidiaram as mudanças de muitas práticas que hoje estão consolidadas: a introdução do surfactante no tratamento dos prematuros, que mudou o perfil da mortalidade desses pacientes, a melhoria tecnológica dos equipamentos utilizados, como a bomba de infusão e tantos outros que auxiliaram na assistência aos bebês, o início do alojamento conjunto em maternidades, o reconhecimento da importância da participação dos pais, os primeiros passos para a humanização da assistência em Unidades de Terapia Intensiva, entre outros.

Em 1990, após meu retorno de um estágio de seis meses no Hospital for Sick Children, em Toronto, Canadá, tive a oportunidade de coordenar, desde sua implantação, a UTI Neonatal e Pediátrica do hospital em que trabalhava o que significou um salto de qualidade para o atendimento aos recém-nascidos e crianças, pois, antes, eles eram atendidos na UTI de adulto. Participei de uma equipe envolvida e compromissada, implantamos várias práticas humanizadas, tais como a identificação das crianças pelo nome, as técnicas de conforto, como os ninhos, a recreação, a internação conjunta em UTI, raramente utilizada em qualquer outro estado brasileiro, demonstrando o compromisso com a importância do papel da família na recuperação do bebê.

Iniciei a docência na Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 1996, atuando na disciplina Enfermagem em Neonatologia, na área hospitalar. Atuei ativamente na mudança curricular do Curso de Enfermagem da UEL, culminando com a implantação do Currículo Integrado, em 2000, quando, pelo novo desenho que se estabelecia de não haver mais a divisão das áreas por disciplinas, procurei me capacitar para a atuação na atenção básica em saúde, ampliando minha visão da assistência integral à saúde da criança.

O aleitamento materno esteve inserido em minha atuação profissional desde meu início na área, auxiliando as mães no alojamento conjunto, na UTI Neonatal e na docência. Realizei o curso de Manejo Clínico da Amamentação, do qual me tornei instrutora. Também realizei o curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno, quando revi diversos conceitos, o que

modificou de modo significativo minha abordagem com as mães. Também atuei como colaboradora no Banco de Leite Humano do Hospital Universitário (HU) da UEL, que era um projeto de extensão do Departamento de Enfermagem e, depois, tornou-se um serviço do HU.

Em 1998, realizei o Mestrado no Programa de Pós-Graduação-Mestrado Interinstitucional com a Escola de Enfermagem da USP/SP. Naquela época, devido ao momento da transição curricular em minha universidade, optei por realizar uma pesquisa com os egressos do curso que se formaram no currículo tradicional, o que possibilitou uma referência para as futuras avaliações da formação dos alunos com o Currículo Integrado. Minhas experiências com pesquisa foram ocorrendo com os alunos da graduação na orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso, na especialização, com as residentes de Enfermagem Neonatal, Iniciação Científica e trabalhos científicos, frutos dos projetos de extensão e pesquisa. Nesse âmbito, venho desenvolvendo pesquisas ligadas às seguintes temáticas: Assistência ao recém-nascido de risco e sua família e Rede de Apoio à Família do Bebê Prematuro.

Em 2007, participei da construção da Rede Amamenta Brasil, em conjunto com colegas de Londrina, que se constituiu o Grupo Operacional dessa estratégia voltada para o Aleitamento Materno na Atenção Básica, oficializada pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria n°2799, de 18 de novembro de 2008. Durante os anos de 2008 e de 2009, percorri diversos estados brasileiros realizando a Oficina de Tutores da Rede Amamenta Brasil e oficinas de trabalho nas unidades básicas de saúde de alguns municípios. Participei das Oficinas de Maceió, Boa Vista, Curitiba, Porto Alegre e Marília, além das oficinas realizadas em Londrina.

Essa atividade ocorreu no mesmo período em que iniciei o doutorado no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e a decisão por desenvolver esse tema em minha tese se deu pelo interesse em estudar a situação do aleitamento materno em Londrina, cidade onde surgiu a proposta da Rede Amamenta Brasil.

Inicialmente, no capítulo 1, foi construído o objeto de investigação, ou seja, as ações de aleitamento materno no município de Londrina-PR,

apresentando aspectos epidemiológicos e indicadores da saúde infantil, benefícios do aleitamento materno, aspectos históricos acerca do aleitamento materno e de suas diretrizes políticas internacionais, nacionais e locais.

No capítulo 2, é apresentado um caminho teórico pautado no quadro conceitual da vulnerabilidade, fundamentado em Ayres et al. (2003), buscando subsídios para a compreensão do processo de amamentação materna, particularmente na perspectiva da vulnerabilidade programática. No capítulo 3, são retratados o trabalho de campo, a coleta dos dados empíricos e a análise dos dados.

No capítulo 4, são apresentados e discutidos os resultados. A presente pesquisa está constituída de duas partes: a primeira parte, de abordagem quantitativa, é um estudo transversal, de base populacional, baseado no Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), que determina os índices de prevalência em aleitamento materno no município de Londrina-PR e fatores associados a essa prática. Faz uma comparação com os índices obtidos em pesquisa com o mesmo desenho metodológico, realizada em 2002, com a discussão sobre a evolução dos mesmos. Na segunda parte da pesquisa, de abordagem qualitativa, a partir dos relatos de profissionais de saúde, são analisadas as experiências acerca das ações desenvolvidas nas diferentes instituições que trabalham com o apoio ao aleitamento materno. A partir desses relatos, é desenvolvida uma análise dos dados à luz do quadro conceitual da vulnerabilidade, com ênfase na vulnerabilidade programática, procurando apreender os elementos relevantes para o cuidado em saúde nos diferentes momentos, cenários e situações em que os serviços estão criando ou deixando de reduzir as vulnerabilidades para apoio às mulheres, crianças e famílias no processo de amamentação.

A experiência de ouvir os profissionais foi muito rica e esclarecedora. A partir das reflexões oriundas do desenvolvimento desta tese, vários caminhos poderão ser trilhados, rumo ao enfrentamento das dificuldades que precisam ser superadas para que a mulher que amamenta possa se sentir apoiada e respeitada em seu processo de amamentação e ressaltar um efetivo papel para os profissionais de saúde.

1 Introdução

1.1 Saúde na infância e aleitamento materno: aspectos epidemiológicos e diretrizes das políticas de saúde

Muitos esforços mundiais têm sido empregados para melhorar a condição de saúde das crianças com o objetivo de reduzir a mortalidade e morbidade na infância. No âmbito internacional, merece destaque a Declaração do Milênio, elaborada em 2000, quando líderes de 189 países firmaram um pacto durante a Cúpula do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas, em Nova York (IPEA, 2004).

A mortalidade infantil é um dos mais sensíveis indicadores de saúde de uma população e seu combate tem feito parte da pauta de discussão entre as diversas organizações internacionais e nacionais, que buscam uma melhor qualidade de vida para a humanidade, conscientes de que o início de vida saudável é essencial para a saúde de toda uma vida. Nesse contexto, o aleitamento materno (AM) destaca-se entre as estratégias de promoção de saúde para o combate não só da mortalidade, mas também da morbidade na infância.

A Declaração do Milênio é um documento que oficializa um acordo estabelecido entre várias nações, do qual o Brasil é um dos signatários, e cuja prioridade é eliminar a extrema pobreza e a fome do planeta até 2015. Foram estabelecidos oito objetivos - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) - que devem ser alcançados por ações específicas de combate à fome e pobreza, associadas às políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e meio ambiente (IPEA, 2004). São eles:

- erradicar a extrema pobreza e a fome;
- atingir o ensino primário universal;
- promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
- reduzir a mortalidade na infância;
- melhorar a saúde materna;

- combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças;
- garantir a sustentabilidade ambiental;
- estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Para cada um dos objetivos foram traçadas metas, totalizando 18, acompanhadas por 48 indicadores propostos por especialistas. O objetivo traçado para a Saúde da Criança foi de reduzir a mortalidade na infância e a meta correspondente ficou assim determinada: “Meta 5 – reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças em menores de cinco anos de idade” (IPEA, 2004, p. 5).

O relatório apresentado pelas Nações Unidas, em 2009, apontou que importantes indicadores têm mostrado o avanço para atingir as metas propostas. Em relação à mortalidade na infância, em termos mundiais, a diminuição da mortalidade de crianças abaixo de cinco anos foi de 93 mortes por 1000 nascidos vivos, em 1990 e para 67, em 2007. Naquele ano, 12,6 milhões de crianças morreram por causas evitáveis ou tratáveis, enquanto que em 2007 esse número reduziu para 9 milhões (UNITED NATIONS, 2009).

Porém, o relatório mostra que há uma desigualdade entre as regiões do mundo na questão da mortalidade de crianças, apontando que, em 2007, na África Sub-Saara morreram 145 crianças menores de cinco anos por 1000 nascidos vivos, no Sul da Ásia foram 77 crianças menores de cinco anos por 1000 nascidos vivos, na América Latina e Caribe foram 24 crianças menores de cinco anos por 1000 nascidos vivos e na Europa 15 crianças menores de cinco anos por 1000 nascidos vivos (UNITED NATIONS, 2009).

A análise feita no referido relatório para a redução da mortalidade na infância mostra que os avanços são mais evidentes quando os financiamentos são transferidos para as intervenções com efeito imediato, como a expansão de programas que fornecem serviços e cuidados diretos para quem precisa. Observou-se isso no combate à malária, na ampla redução do sarampo e na cobertura do tratamento do HIV e da AIDS com antiretrovirais. O progresso se torna modesto

quando se requer mudanças estruturais e um forte compromisso político para garantir financiamento a longo prazo, sustentável e duradouro (UNITED NATIONS, 2009).

Ao observar os dados brasileiros, em 1990 a mortalidade infantil no país era de 47,1 mortes por 1000 nascidos vivos. Em 2007, os índices brasileiros estavam em 19,3. Atualmente há o registro da queda da mortalidade em todas as faixas etárias até os cinco anos de idade e que os índices caem mais acentuadamente na faixa entre 29 dias a 12 meses de idade. Entre 1990 e 2008 a mortalidade neonatal caiu 36% e, no mesmo período, a mortalidade infantil teve redução de 54% (BRASIL, 2009a).

No Brasil, também se verifica uma desigualdade regional na questão da mortalidade infantil. A maior queda na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) nas últimas décadas ocorreu na região Nordeste, cerca de 5,5% ao ano, entre 1990 e 2007. No entanto, as regiões Nordeste e Norte permanecem com os níveis mais elevados de mortalidade infantil no país. A TMI no Nordeste, em 2007 (27,2/1000) é 40% maior do que a taxa nacional (19,3/1000) e 2,1 vezes maior do que a taxa da região Sul (12,9/100) (BRASIL, 2009a).

A redução média anual do CMI no país foi de 4,8% ao ano, entre 1990 e 2007, com maior tendência de queda no componente pós-neonatal (7,3% ao ano na faixa etária de 28 dias a um ano de vida incompleto) e menor tendência de queda no componente neonatal precoce (3,1% ao ano na faixa etária de 0 a 6 dias de vida). Mesmo assim,

> a mortalidade pós-neonatal persiste como um problema, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do país, já que a maioria das mortes é potencialmente evitável, associadas à desnutrição e doenças infecciosas, principalmente a diarréia e a pneumonia. Mortes por essas causas devem ser consideradas eventos-sentinela, ou seja, preveníveis pela atuação dos serviços de saúde, dado o conhecimento e os recursos disponíveis na atualidade (BRASIL, 2009a, p. 8).

A literatura aponta que na saúde infantil, embora avanços ocorram no tocante à redução da mortalidade infantil e ampliação da cobertura dos serviços de saúde, temos dois importantes desafios: como melhorar a qualidade das

intervenções de saúde e como alcançar as crianças mais desfavorecidas (VICTORA; BARROS, 2005; BARROS et al., 2010).

Em Londrina, local onde foi desenvolvida a presente pesquisa, também ocorreu uma queda da mortalidade infantil. Consta no Plano Municipal de Londrina, de 2007, que a mortalidade infantil diminuiu de 22,62 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 1990, para 11,73 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2007, representando uma redução de 57,2%. No ano de 2007 ocorreu um total de 77 óbitos de crianças menores de 1 ano, sendo 63 (81,8%) no período neonatal. As afecções do período perinatal foram responsáveis por 71,4% (55 casos) do total de óbitos. De 2000 a 2007, as duas principais causas de mortes infantis permaneceram inalteradas, sendo em primeiro lugar as afecções perinatais, em segundo as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e em terceiro as causas externas de mortalidade, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório (LONDRINA, 2008).

No relatório brasileiro de 2004, referente aos objetivos do milênio, o combate à mortalidade neonatal é entendido como a chave para a redução da mortalidade infantil no Brasil. Porém, para a redução da média nacional, também é necessário continuar a se investir na redução dos óbitos por doenças infecciosas e outras causas exógenas, como a pobreza, incluindo a má nutrição das crianças e um ambiente não-saneado, priorizando as regiões Norte e Nordeste do Brasil (IPEA, 2004).

Em relação à morbidade, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) mostram melhora dos índices. Em 1996, a prevalência de diarréia foi de 14% e em 2006, e, as doenças respiratórias agudas (tosse e respiração rápida), a prevalência foi de 47% e 35%, em 1996 e 2006, respectivamente, corroborando os dados da redução do componente pós-neonatal no coeficiente de mortalidade infantil. A pesquisa também mostrou que o acesso aos serviços de saúde colaborou para a melhora desses índices, pois 40% dos casos diarréicos buscaram serviços de saúde e 84% destes obteve atendimento. No caso das doenças respiratórias, 50% do total das crianças que apresentaram esses sintomas receberam atendimento nos serviços

de saúde e foi a maior proporção entre filhos de mulheres de maior escolaridade, brancas e residentes na região sul. Esses dados levam a refletir que as diferenças de acesso ainda estão arraigadas às diferenças sociais (BRASIL, 2008).

Da mesma forma, órgãos internacionais da saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabeleceram a nutrição infantil como uma de suas prioridades. A OMS e o UNICEF desenvolveram, em 2003, a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância para revitalizar a atenção do mundo sobre o impacto que as práticas alimentares têm no estado nutricional, crescimento e desenvolvimento, saúde e na sobrevivência das crianças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

As bases dessa estratégia global estão centradas em evidências acerca da importância da nutrição nos primeiros meses e anos de vida e do papel crucial que as práticas alimentares apropriadas desempenham no desenvolvimento infantil. Essa estratégia expressa que a falta de AM e, especialmente a falta de aleitamento materno exclusivo (AME) durante os primeiros seis meses de vida, combinada a uma alimentação complementar inadequada, constituem importantes fatores de risco para a morbidade e mortalidade infantis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

A estratégia inclui como prioridade para todos os governos a efetivação de metas operacionais adicionais e, entre elas, apresenta a de:

> garantir que o setor saúde e outros setores relevantes protejam, promovam e apóiem a amamentação exclusiva por seis meses e a continuidade da amamentação até os dois anos ou mais, ao mesmo tempo em que se provê às mulheres o acesso ao apoio de que precisam – na família, comunidade e local de trabalho – para alcançar este objetivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, p. 19).

Aliada a essa estratégia, a Declaração de *Innocenti — On Infant and Young Child Feeding*, elaborada em 2005, reafirmou os objetivos traçados na Declaração de 1990 e traçou como estratégia, para alcançar os Objetivos do Milênio para 2015, o combate às formas inapropriadas de alimentação infantil.

Acreditando que a alimentação adequada é um direito da criança, consideram que a falta do AM e a alimentação complementar inapropriada são ameaças à saúde e sobrevivência da criança em todo o mundo (UNICEF, 2005).

No Brasil, entre as diretrizes governamentais, o incentivo ao AM aparece nas prioridades nacionais. Em consonância com os objetivos do milênio, o combate às variadas causas de mortalidade infantil depende da articulação de diversas ações intersetoriais que conduzam à melhoria da qualidade de vida da população nas diversas dimensões. Há necessidade de incluir aperfeiçoamentos específicos da qualidade técnica e humanização dos cuidados à gestante, ao parto, puerpério e ao recém-nascido para ter impacto na redução da mortalidade infantil, principalmente a neonatal. As prioridades estabelecidas incluem o aumento da cobertura vacinal, a re-hidratação oral, o tratamento das infecções respiratórias e agudas, o atendimento pré-natal das gestantes, o incentivo ao AM e ações de alcance intersetorial relacionadas ao meio ambiente e à educação das mães. (IPEA, 2004).

Em âmbito nacional, em 2004, foi firmado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal entre governo e gestores do SUS, instituições e profissionais de saúde e instituições não-governamentais, acompanhando as propostas internacionais (BRASIL, 2010a). As ações prioritárias contempladas no referido pacto foram incluídas no Plano Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, visando a promover a atenção integral à saúde da criança e à diminuição da mortalidade infantil, com ênfase na mortalidade neonatal. As linhas de cuidado estabelecidas foram: promoção do nascimento saudável; acompanhamento do recém-nascido de risco; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e garantia de alta cobertura vacinal; promoção do AM e alimentação saudável, com atenção especial aos distúrbios alimentares e às anemias carenciais; abordagem de doenças respiratórias e infecciosas; vigilância do óbito infantil (BRASIL, 2010a).

O Pacto pela Vida foi firmado entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) nas esferas nacional, estadual e municipal para determinar ações

necessárias ao alcance das metas e objetivos traçados (BRASIL, 2006). Entre as seis prioridades pactuadas está a redução da mortalidade materna e infantil. Ficaram estabelecidas como metas: reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006; reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006; apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes; criação dos comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com mais de 80 mil habitantes, em 2006 (BRASIL, 2006).

O incentivo ao AM tem sido uma estratégia expressiva no planejamento para o cumprimento das metas governamentais, com base em evidências científicas que enfocam o impacto da prática da amamentação materna na redução da mortalidade e da morbidade infantil.

Segundo a OMS (2008), o AM é um dos caminhos mais efetivos para garantir a saúde e sobrevivência das crianças, portanto, recomenda o AME que seja realizado nos primeiros seis meses de vida e a complementação com outros alimentos até dois anos ou mais. Preconiza, ainda, o início do AM dentro da primeira hora de vida e, a partir daí, em livre demanda.

Um consagrado estudo conduzido por Jones et al. (2003), em 42 países que abrangem cerca de 90% das mortes de crianças abaixo de cinco anos de idade, analisou quantas mortes poderiam ser evitadas com medidas preventivas como AM, alimentação complementar, zinco, vacinação antihaemophilus, água, higiene e saneamento básico, entre outras; e com medidas terapêuticas como reidratação oral, antibióticos para sepsis e pneumonia, ressuscitação neonatal, entre outras. O grupo de pesquisadores constatou que o AM, como medida preventiva, reduziria em 13% as mortes infantis e a intervenção que ocupa o segundo lugar reduziria em 7%, que são os materiais para controle de vetores, como, por exemplo, a prevenção da malária em países subdesenvolvidos.

Estudo de revisão da literatura, realizado sobre evidências dos benefícios e riscos do AM, aponta a redução da morbidade devido ao menor risco que as crianças amamentadas têm de adquirir infecções por bactérias e vírus entéricos e respiratórios, infecções bacterianas de trato urinário, sepsis bacteriana,

meningite bacteriana, enterocolite necrotizante, doença celíaca causada pela intolerância ao glúten, dermatite atópica e otite média (GOLDMAN; HOPKINSON; RASSIN, 2007). Quanto à redução da mortalidade, esse estudo demonstra que ao AM é atribuído um impacto mais positivo em crianças nos primeiros cinco anos de vida do que o total das intervenções médicas. Além disso, evidencia-se o efeito preventivo, em longo prazo, das crianças desenvolverem algumas doenças como linfoma, leucemia, diabetes mellitus insulino-dependente e não-insulino dependente e, talvez, a asma, entre outras enfermidades. Também enfatiza a redução quanto ao risco de desnutrição e desenvolvimento inadequado e tem efeito protetor para obesidade e um modesto, mas significante aumento, no desenvolvimento cognitivo.

Esses autores também apresentam evidências de riscos potenciais da amamentação materna, tais como: a transferência insuficiente de leite causada pela incapacidade de estabelecer uma amamentação eficaz ou por problemas funcionais do bebê; quantidade insuficiente de alguns micronutrientes no leite humano causado por nutrição inadequada da mãe; autoanticorpos, agentes infecciosos, drogas, pesticidas ou poluentes industriais no leite e doenças genéticas raras, entre outros fatores. Os autores concluem que alguns riscos associados ao AM causados por influências externas podem ser evitados ou minimizados (GOLDMAN; HOPKINSON; RASSIN, 2007).

O início precoce da amamentação também tem sido apontado com destaque para que a amamentação materna se estabeleça com sucesso. Estudo demonstra que a mortalidade poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciassem amamentação no primeiro dia de vida e em 22,3% se iniciassem na primeira hora de vida (EDMOND et al., 2006).

Toma e Rea (2008) enfatizam que a chance de sucesso na amamentação é maior se o início é precoce e referem que os alimentos pré-lácteos podem ocasionar lesões no intestino imaturo e, em contrapartida, o colostro pode acelerar a maturação do epitélio e proteger contra agentes patogênicos. Outro aspecto que ressaltam é a prevenção da hipotermia pelo contato pele a pele após o parto, considerado um fator de contribuição para a redução da mortalidade (TOMA; REA, 2008).

Para a mãe, diversos estudos demonstram ser vantajoso amamentar. Uma revisão da literatura citou trabalhos que trazem como vantagens para a mãe: a satisfação do instinto maternal; a redução do estresse e mau humor mediado 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; a amenorréia lactacional que pode ser utilizada como método contraceptivo no período do AME e o retorno ao peso pré-gestacional. Em longo prazo, a amamentação materna reduz o risco de diversos tipos de câncer, artrite reumantóide, osteoporose, entre outros. Além de toda a questão biológica da saúde, cabe ressaltar o impacto positivo que a amamentação pode trazer na formação do vínculo e apego, estudado por diversos pesquisadores (ANTUNES et al., 2008).

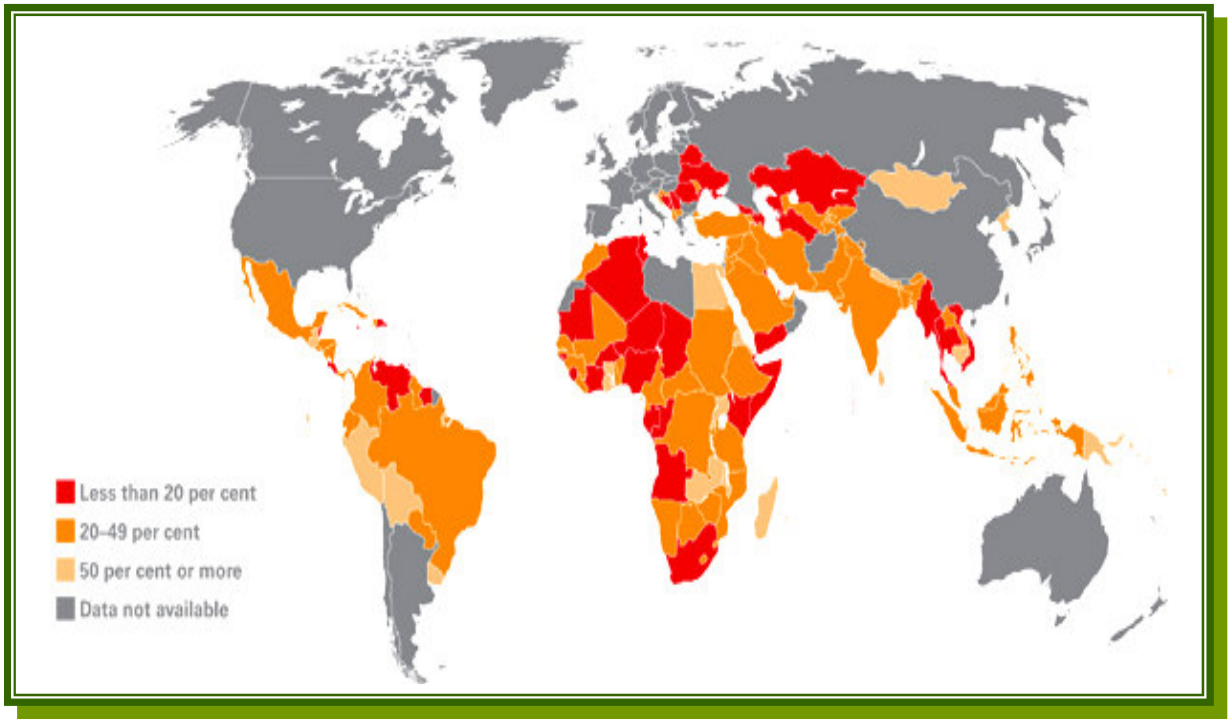
Um bebê e uma mãe saudáveis trazem implicações importantes para toda a sociedade — família, comunidade e governo. O impacto social é devido ao fato de adoecerem menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, além de menos faltas ao trabalho (GIUGLIANI, 2000).

León-Cava et al. (2002) apresentam uma revisão com o resumo de 188 artigos que mostram evidências científicas e epidemiológicas para apoio da Estratégia Global para a Alimentação de Crianças e Lactentes da OMS e UNICEF, elaborada em 2003. Os benefícios apresentados se referem ao impacto na mortalidade e morbidade infantil, no desenvolvimento infantil e resultados no adulto, nas doenças crônicas e efeitos na saúde materna. Os maiores benefícios aparecem na saúde e sobrevivência das crianças. Os estudos comprovam que são menores as taxas de diarréia, infecções do trato respiratório, otite média e outras infecções, assim como a mortalidade por essas doenças em crianças amamentadas do que nas não amamentadas. Durante os seis primeiros meses são menores nos amamentados exclusivamente do que nos amamentados parcialmente. Os autores apontam que os benefícios surgem devido a uma maior imunidade e exposição reduzida aos agentes infecciosos e são maiores em crianças menores e onde a higiene e condições sanitárias são precárias.

As análises dos estudos mostram que o AM é mais saudável e mais barato. Nas populações menos favorecidas, o custo dos substitutos do leite materno torna-se inviável, sendo que o impacto do custo da fórmula pode afetar o orçamento da família, principalmente quando há o custo com o cuidado da saúde e com o adoecimento das crianças. Se o custo é arcado por sistemas de saúde ou seguradoras, também causa impacto. A perda de dias de trabalho pela mãe, quando o filho adoece, também prejudica a economia. Mas, mesmo em países mais desenvolvidos, onde os impactos econômicos são menores, as evidências também sugerem um importante impacto na saúde da população (LEÓN-CAVA et al., 2002).

Essas evidências científicas vêm mostrando a importância do AM e um aspecto a repensar são os indicadores do AM nas populações. Em termos mundiais e no Brasil, os índices de AM não têm atingido os patamares propostos pela OMS.

Houve crescimento global da prevalência tanto do AM quanto da introdução adequada de alimentação complementar, entre 1995 e 2008 (UNICEF, 2009). A Figura 1 abaixo mostra, de uma forma global, como está a prática do AME.

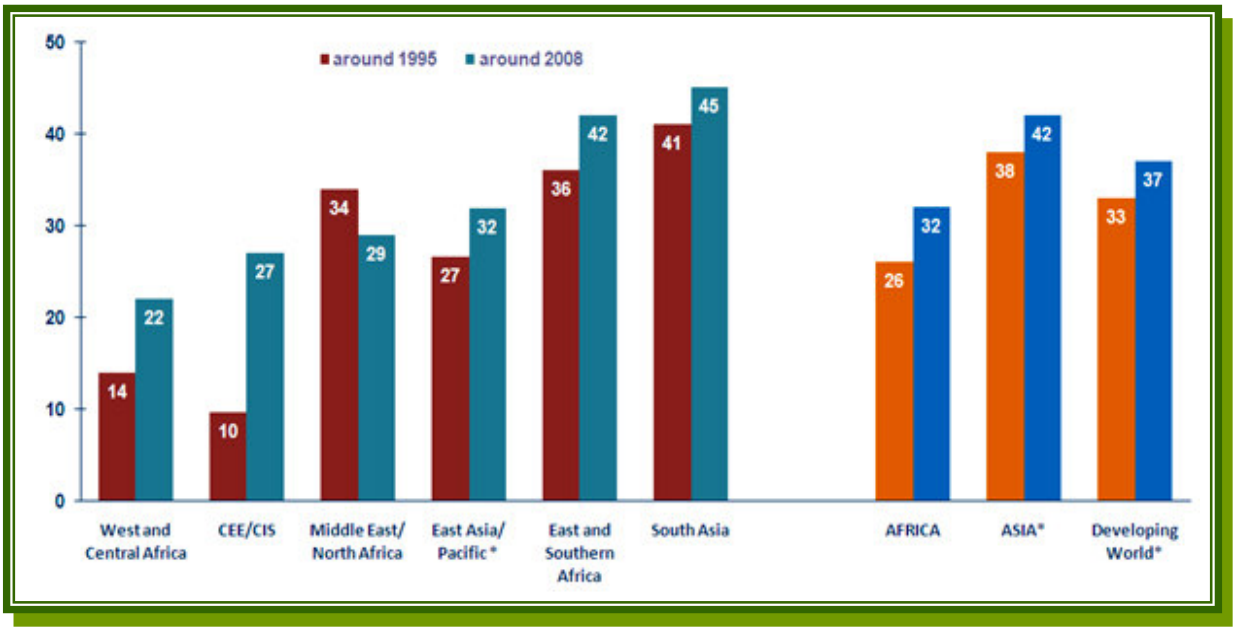


Source: MICS, DHS and other national surveys, 2003–2008.

FIGURA 1 — Porcentagem de crianças menores de seis meses que são amamentadas exclusivamente.

Observa-se que em poucas regiões do mundo, mais do que metade das crianças menores de seis meses recebem o AME. O Brasil se encontra entre os países em que 20 a 49% das crianças menores de seis meses de idade receberam AME (UNICEF, 2009).

A Figura 2 mostra o crescimento das diferentes regiões do mundo nos índices de amamentação exclusiva.



*: Excluding China due to lack of data
Note: Analysis based on a subset of 88 countries with trend data, including 83 developing countries, covering 73% of births in the developing world. Latin America and Caribbean were excluded due to insufficient data coverage. Regional trends indicate an increase from 31% to 46%, excluding Brazil and Mexico.
Source: MICS, DHS and other national surveys, around 1995 and around 2008
http://www.childinfo.org/breastfeeding_progress.html

FIGURA 2 — Tendências na porcentagem de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses.

Nos países em desenvolvimento, o progresso do AME foi modesto, em torno de 33% em 1995 para 37% em 2008, um crescimento de 15 pontos percentuais em quase 15 anos. Como observado na Figura 2, praticamente todas as regiões apresentaram aumento, com exceção do leste e norte da África. A Região Central Leste da Europa (CEE/CIS — *Central Eastern Europe/Commonwealth of Independent States*) foi a que apresentou maior progresso, de 10 para 37% de AME e as regiões Sul da África e Sul da Ásia são as que apresentam o indicador maior, por volta de 42 a 45% das crianças em AME. Nesses dados, não foram incluídos os índices da América Latina e Caribe por falta de informações disponíveis.

Dados sobre prevalência de AM de países desenvolvidos como Estados Unidos da América, Canadá, entre outros, são mais difíceis de serem encontrados. O *Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding* (IYCF)

apresentou que, nos Estados Unidos de 2004 a 2006, os índices de AME para crianças menores de quatro meses foi de 29,6% e para menores de seis meses de 10,3% e de 2007 a 2008 para 33,1% em menores de quatro meses e 13,6% em menores de seis meses (WHO, 2010a).

Em estudo multicêntrico de coorte desenvolvido em Gana, Índia e Peru, as mães e bebês foram seguidos com visita domiciliar, avaliando a situação do AME, aleitamento materno predominante (AMP) e AM parcial com seis, 10, 14,18 e 22 semanas de vida. Ghana e Índia apresentaram índices de AME de 21% com seis semanas de vida e cerca de 4% com 22 semanas de vida. No Peru, o AME foi de 44% com 10 semanas e 33% com 22 semanas. Das 3264 crianças seguidas, o AMP foi o padrão predominante com 48,6% do total, seguido pelo AM parcial (31%), AME (18,5%) e sem AM (1,9%), no período acompanhado (BAHL ET AL, 2005).

Evidências de vários países indicam que melhoras marcantes no AME são possíveis na presença do direcionamento efetivo de ações por meio de manuais e estabelecimento de padrões. Os países que conseguiram aumentar seus índices realizaram a implementação de programas em larga escala, guiados pela Estratégia de Iniciativa Global para a Alimentação do Infante e Criança, da UNICEF, como a adoção e implementação da legislação nacional do Código Internacional da Comercialização de Substitutos do Leite Materno e a legislação de proteção à mãe trabalhadora. Entre as medidas, também enfatizaram o início precoce da amamentação nas maternidades e a capacitação do profissional de saúde para o aconselhamento, grupos de mães na comunidade e campanhas de promoção do AM na mídia (UNICEF, 2009).

No Brasil, entre as responsabilidades de regulação, controle, avaliação e auditoria, estabelecidos nas Diretrizes Operacionais — Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, consta o seguinte objetivo: “Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade”, evidenciando o compromisso do país, por meio de uma diretriz nacional, em conhecer seus indicadores para direcionar as ações de saúde (BRASIL, 2006, p. 56, letra p).

A I Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, datada de 1999, mostrou uma prevalência nacional de AME de 35,6% em crianças menores de quatro meses de idade (BRASIL, 2001). Essa pesquisa foi relevante e passou a mostrar a necessidade de realizar um monitoramento dos indicadores de AM. Nesse sentido, foi proposta uma nova pesquisa com a mesma metodologia, com o objetivo de analisar a evolução dos dados e oferecer subsídios para a avaliação e planejamento das políticas de AM no país. Como essa pesquisa aconteceu nas capitais brasileiras e Distrito Federal, também havia a necessidade de se investigar o perfil dos municípios, buscando retratar as diferentes realidades nacionais. No Brasil, com dimensões continentais, é necessário que cada local conheça seus indicadores para traçar as estratégias específicas de sua realidade.

Assim, no ano de 2008, houve uma convocação do Ministério da Saúde para a II Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, do Ministério da Saúde — Área Técnica da Saúde da Criança, obrigatória para as capitais brasileiras e foi feito um convite estendido aos municípios que manifestassem interesse em aderir à convocação. Desse modo, a II Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida foi realizada em 09 de agosto de 2008 (2ª etapa do Dia da Campanha Nacional de Vacinação). A coordenadoria nacional da pesquisa foi realizada no Instituto de Saúde de São Paulo, que elaborou, junto ao Ministério da Saúde e colaboradores, o projeto da pesquisa nacional (VENÂNCIO et al., 2008).

Os municípios foram incentivados a participar da pesquisa, definindo as atribuições de cada esfera. O município de Londrina aderiu à referida pesquisa, conforme consta no Termo de Compromisso, assinado pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo A). Cabe destacar que tal fato demonstrou um compromisso do município de Londrina com o monitoramento de indicadores, particularmente o AM.

Em Londrina, no ano de 2002, Vannuchi et al. (2005) realizaram estudo com 2002 crianças, utilizando a mesma metodologia da I Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida de 1999. A pesquisa de 2008, no município de Londrina, faz parte da primeira etapa desta Tese de Doutorado e

tais dados foram analisados e comparados aos resultados de 2002 da pesquisa realizada por Vannuchi et al. (2005). O referido estudo apontou para a "necessidade de reavaliação e reorganização das políticas dos serviços de saúde do município no sentido de se garantir maior envolvimento de profissionais de saúde e áreas afins no estímulo e aconselhamento ao AM" (VANNUCHI et al., 2005, p. 161), concluindo que era preciso redirecionar o trabalho desenvolvido em Londrina para o incentivo ao AM, buscando estratégias que pudessem aumentar a prevalência de AME e AM.

1.2 O Aleitamento Materno em Londrina e as estratégias globais

O município de Londrina, ao longo dos anos, vem desenvolvendo ações que visam à melhoria dos índices de AM e busca estar em sintonia com as propostas internacionais e nacionais para o incentivo ao AM.

Sem intenção de esgotar todas as iniciativas realizadas em Londrina e sua história acerca da prática do aleitamento materno, alguns acontecimentos podem ser considerados marcos na promoção do AM nas últimas décadas, relacionando aos acontecimentos nacionais e internacionais, baseado no que foi realizado por Rea (2003) no clássico artigo: *Reflexões sobre a Amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração*. Apenas não tivemos a possibilidade de comparar com a evolução dos índices de AM, pois, apesar de várias pesquisas desenvolvidas no tema, não tivemos pesquisas com o mesmo desenho metodológico que permitisse a comparação dos dados. O Quadro 1 mostra um resumo de ações voltadas para o AM no âmbito internacional, nacional e local, no período 1972 a 2010.

DATA	ACONTECIMENTOS INTERNACIONAIS	ACONTECIMENTOS NACIONAIS	ACONTECIMENTOS EM LONDRINA
1972			- Criação da UEL e cursos da saúde
1973			**Teses:** - Rego Filho - "A Contribuição ao Estudo sobre Aleitamento" - Thomson (1973) sobre o "Estudo da Prática do Aleitamento Materno" - indicação de AM como alimento preferencial - AM como linha de pesquisa
1974	- Publicação do The Baby Killer (Mike Miller) - OMS e UNICEF - mobilização mundial		- Implantação do AC na maternidade do HU
1976			- Criação do PEAM
1979	- IBFAN - Reunião Conjunta OMS/UNICEF – Genebra - código de conduta ética para propaganda de produtos	- INAM - reunião em Genebra - Eventos em Brasília e Curitiba- metas e estratégias globais – MS/INAM, UNICEF, OPAS - Comitê de Incentivo ao Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria	- Participação de profissional de Londrina no Comitê de Incentivo ao Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria
1981	- Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (OMS – Genebra)	- Lançamento do PNIAM - Criação de coordenação estadual de entidades envolvidas no programa	
1982		- PNIAM – maior apoio às instituições nacionais e internacionais	- Integração da UEL com UNIFIL – faculdade privada - Preconizado rotina de AME até 6º mês de vida - Expansão do PEAM (Londrina e região) - Aumento das pesquisas sobre o tema
1983		- Resolução n^0 18/INAMPS –Alojamento Conjunto nas maternidades - IBFAN no Brasil	

1984			- Rotinas de AM do PEAM - Rotinas Pediátricas para o Médico Geral – 1ª edição - 1º Simpósio Paranaense de AM
1985		- I Congresso Pan-Americano de AM e I Congresso Brasileiro de AM - Porto Alegre - BLH - PNIAM cria estratégia para organização dos Bancos de Leite Humano no Brasil – Instituto Fernandes Figueira (IFF) / Rio de Janeiro	- Participação no Evento de AM em Porto Alegre - Elaboração de vídeo de AM
1986	- IGAB – Assembléia Nacional de Saúde – torna desnecessária a distribuição de doações de substitutos do leite em maternidades	- Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano – IFF (convênio INAM-Fiocruz)	
1988		- Criação da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos Lacteos - Constituição Brasileira: ‣ quatro meses de licença maternidade ‣ licença paternidade de 5 dias	- Manual de Aleitamento Materno - Criação do BLH do HU
1989	- OMS/UNICEF - 10 passos para o sucesso do AM		
1990	- IGAB – **Declaração de Innocenti** – metas definidas e objetivos a serem alcançados na promoção da amamentação		
1991	- Lançamento da IHAC		- Tradução 2ª edição: “Como ajudar as mães a amamentar” de Felicity King, por Zuleika Thomson
1992	- Criação da WABA –SMAM - Semana Mundial de Amamentação	- Início da IHAC - SMAM	- PRO-UNI na UEL – semente das mudanças curriculares dos cursos de enfermagem e medicina
1993	- Curso de Manejo clínico para IHAC (18 hs) - Curso de Aconselhamento em AM – para monitores (80 hs)		

1995			- Criação do CALMA - Formação do Grupo de Implantação da IHAC no HU e Maternidade Municipal ▸ cursos de manejo 18 hs - Criação do CELAC
1996	- Curso de aconselhamento – profissionais de saúde (40 hs)		- Projeto: Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança
1997	- Curso de gestores: sensibilização para chefias		- V ENAM (Encontro Nacional de AM) em Londrina
1998			- Implantação do Currículo de Medicina baseado na Aprendizagem baseada em Problemas
1999	- Curso para Aconselhamento de AM em HIV+		- 1º Hospital Amigo da Criança – Hospital Evangélico de Londrina - 2º Hospital Amigo da Criança – Maternidade Municipal Lucilla Ballalai
2000	- Declaração do Milênio – redução da mortalidade infantil em 2/3 até 2015 - Resolução AME por 6 meses (OMS) - Curso de Alimentação Complementar	- Revisão da NBCAL - IUBAAM – Iniciativa Unidades Básicas Amigas da Amamentação implantada em alguns estados brasileiros	- 3º Hospital Amigo da Criança em Londrina – Hospital Universitário - Impantação do Currículo Integrado de Enfermagem
2001		- Recomendação do MS para AM por 6 meses e continuado até 2 anos ou +	
2002			- I Pesquisa de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida – CALMA (Vannuchi et al., 2005)
2003	- Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças – OMS e UNICEF	- Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	- Sociedade Paranaense de Pediatria – treinamento de Pediatras por membros do CALMA
2004			- Livro: Aleitamento Materno: manual prático. - Autores: Membros do CALMA

2005	- Declaração de Innocenti – on Infanti and Young Child Feeding	- Criação da Rede Ibero-americana de Bancos de Leite Humano	- Tese da Araujo (2005) – proposta do novo olhar no ensino do AM baseado na experiência do Currículo Integrado da UEL - Construção e implantação de capacitação de tutores para atuar com AM na Atenção Básica de Londrina baseada na concepção crítico reflexiva - Programa NENEM – Maternidade Municipal - BLH de Londrina faz parte da Rede e Professional londrinense participa da realização de cursos e capacitações em países da America Latina
2006		- Pacto pela Vida – gestores do SUS	
2007			- Construção da Rede Amamenta Brasil
2008		- Implantação da Rede Amamenta Brasil em todas as regiões brasileiras	- Grupo Operacional implanta a rede em todas as macro-regiões brasileiras definidas pelo Ministério - II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no primeiro ano de vida
2009		- Continuação da Implantação da Rede Amamenta BR - Criação da Rede para Alimentação Complementar na Atenção Básica	- Grupo Operacional implanta a rede nos estados brasileiros
2010			- Fortalecimento da Rede Amamenta Brasil em Londrina, regional de saúde e estado do Paraná

QUADRO 1 — Ações voltadas para o AM no âmbito local, nacional e internacional – 1970 a 2010.

Nos anos 1970, a discussão da importância do AM e o estímulo de sua prática em Londrina começaram a ser assumidas por profissionais, quando docentes da Universidade Estadual de Londrina (UEL) iniciaram ações específicas, tais como: inclusão do tema AM no ensino dos cursos da área da saúde, publicação de materiais didáticos (cartilhas, livros) sobre AM e seu manejo. A UEL integrava a Faculdade de Medicina do Norte do Paraná com outras faculdades isoladas.

A questão do incentivo do AM veio à tona quando a cidade enfrentava sérios problemas com a desnutrição infantil, associada às grandes dificuldades das famílias em adquirirem substitutos do leite materno e a tendência entre as mães de diluírem excessivamente os leites em pó por dificuldades econômicas. Desta forma, os docentes resolveram indicar o leite materno como alimentação preferencial das crianças atendidas. Duas teses foram desenvolvidas na época, uma de Rego Filho, em 1974, sobre "A contribuição ao estudo sobre aleitamento" (REGO FILHO, 1974), e outra de Thomson, em 1975, sobre o "Estudo da prática do aleitamento materno" (THOMSON, 1978). Essa última foi uma das primeiras teses brasileiras que analisaram a duração do AM, as causas de desmame e sua relação com fatores sociais, trazendo contribuições para o estabelecimento de ações de estímulo à prática do AM local.

Um marco relevante também foi a criação, em 1976, do Programa de Estímulo ao Aleitamento Materno (PEAM), que contava com a participação de docentes de medicina e enfermagem e enfermeiros do Hospital Universitário (HU) de Londrina. O PEAM passou a atuar nas áreas de formação de recursos humanos (graduação e pós-graduação) e nos ambulatórios do HU, com o aumento da carga horária dos cursos dedicada ao AM e sua prática, assim como nos cursos preparatórios e de reciclagem dos auxiliares de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) gerenciadas pela UEL. Ainda, contribuiu para a atualização e solicitação de novos materiais bibliográficos sobre AM na biblioteca da UEL (THOMSON, 2005). Existiam poucos programas organizados no Brasil e o PEAM antecedeu, em cinco anos, a criação do Programa Nacional de Incentivo ao AM (PNIAM), criado em 1981, pelo Ministério de Saúde e Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAM) (REA, 2003).

Outra ação de vanguarda do grupo de docentes da UEL, que teve um impacto importante no AM, foi a implantação do alojamento conjunto na maternidade do HU, em 1974, sendo que no país, tornou-se obrigatório para as instituições conveniadas do SUS apenas em 1983.

Em 1988, iniciaram as atividades do Banco de Leite Materno no HU, que, a partir de 2007, é referência para o estado do Paraná, precedido, até essa data, pelo Banco de Leite Humano do Hospital das Clínicas de Curitiba - PR. Integra a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano e sua coordenadora é presidente da Comissão Estadual de Bancos de Leite Humano do Paraná, cargo ocupado desde o ano de 2000.

Na década de 90, houve marcos importantes para que o AM ganhasse força no município. Em 1994, uma pesquisa realizada em parceria entre a Prefeitura Municipal de Londrina e a UEL reuniu importantes segmentos que lidavam com o AM e subsidiou vários encaminhamentos. A referida pesquisa, realizada na campanha de vacinação em cinco unidades de saúde e em diferentes regiões do município de Londrina apontou que 46% das crianças menores de seis meses de idade eram amamentadas exclusivamente. Outros resultados foram: as mães jovens amamentaram menos que as mais velhas e os índices foram mais altos em duas maternidades, sendo uma pública e outra privada. Na época, não havia hospitais com a implantação dos *10 Passos para AM bem-sucedido* (OLIVEIRA, 1994). Apesar da amostragem dessa pesquisa de 276 crianças não ter sido aleatória e randomizada, esse dado mobilizou os profissionais das instituições a demarcarem novas ações para aumentar os índices que foram considerados baixos. A partir dessa reflexão, algumas das principais propostas deflagradas para enfrentamento do problema do desmame precoce foram: formação de lideranças comunitárias, parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Banco de Leite Humano e a Secretaria da Educação na Semana Mundial de AM, orientações reforçadas sobre AM para as mães de bebês incluídos nos critérios de risco, por meio do Programa Nascer com Futuro, e a criação do Comitê de Aleitamento Materno de Londrina (CALMA).

O CALMA foi instituído pelo Decreto n° 245, de 19 de abril de 1995 e congrega diversas instituições, tanto públicas quanto privadas, de saúde e da comunidade, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Esse comitê foi instituído para planejar e coordenar as ações de AM do município.

No mesmo ano, a UEL implantou o Centro de Lactação (CELAC), localizado no Ambulatório do Hospital das Clínicas da UEL, que hoje é chamado de Clinica de Lactação do Ambulatório do Hospital das Clínicas. Com o objetivo de promoção, proteção e apoio à amamentação a referida foi criada como passo para implantação e implementação da IHAC (passo 10) e presta assistência às nutrizes com dificuldades no processo da amamentação. As mães e crianças com dificuldade de amamentação são atendidas, desde o pré-natal até o desmame; também é local para capacitação de profissionais da saúde e apoio e treinamento de outros serviços; possui programa de atendimento aos prematuros e crianças de risco do HU (THOMSON et al., 1996).

Em 1996, houve a preocupação de fortalecer o AM na rede de atenção básica de saúde, nos moldes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que já estava prestes a ser implantada em hospitais de Londrina. Foi proposta, então, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança, elaborada por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde com a colaboração da UEL (POLI; PRANDO, 1996). Essa estratégia, que se manteve incipiente, seria o início do que depois se transformaria na proposta de capacitação da atenção básica para a compreensão do processo de amamentar: a Rede Amamenta Brasil.

Em 1999, o primeiro hospital do município que recebeu a denominação Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi o Hospital Evangélico de Londrina, seguido pela Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, ainda em 1999, e o HU, em 2000. Durante todos esses anos várias capacitações foram realizadas com profissionais e estudantes para que os objetivos fossem alcançados. No HU, na implantação da IHAC, coordenada pela Dr. Zuleika Thomson, a principal motivação foi por se tratar de um hospital-escola, vinculado à formação de diversos profissionais da área da saúde.

Outra importante realização foi na formação de profissionais de saúde, na Universidade Estadual de Londrina. Movidos pelas concepções de novas metodologias, trazidas pelo projeto UNI, da Fundação Kellogs, docentes do Curso de Medicina e de Enfermagem deflagraram mudanças substanciais nos respectivos cursos e implantaram, em 1998, o Currículo de Medicina, pautado no Ensino Baseado em Problemas. Em 2000, surgiu o Curriculo Integrado de Enfermagem, que adotou a metodologia da problematização e, construído coletivamente, conduziu a integração dos conteúdos do ciclo básico e profissionalizante, teoria e prática, não mais organizado em disciplinas, mas em módulos integrados (DELLAROZA; VANNUCHI, 2005). Esta experiência promoveu nos docentes que se envolveram verdadeiramente em sua construção uma mudança de paradigma, que se refletiu nas propostas de ações futuras, como a própria Rede Amamenta Brasil.

No período de 2002 a 2008, novas mudanças foram ocorrendo. Em 2005, foi concretizado o processo de informatização para o atendimento da gestante e para os programas desenvolvidos pela Maternidade Municipal Lucilla Ballalai e junto ao CALMA, denominado *Programa NENÉM*, com o objetivo de orientar as unidades de saúde para o atendimento precoce dos bebês com risco de desmame precoce. Este programa, ainda existente nos dias atuais, transmite às unidades informações referentes ao parto e aos riscos que a criança está exposta através de e-mail enviado pela Maternidade Municipal (CARVALHO et al., 2006).

Em 2007, iniciou-se a construção da Rede Amamenta Brasil. Essa rede está centrada em uma nova proposta de capacitação, fundamentada na pedagogia problematizadora, educação crítico-reflexiva e educação permanente em saúde para o ensino do AM (ARAÚJO, 2005). Sua construção também foi baseada na experiência de docentes de enfermagem com o Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL. Foi instituída nacionalmente pela Portaria do Ministério da Saúde n° 2799, de 18 de novembro de 2008 (Anexo B).

Atualmente, a Rede Amamenta Brasil é uma estratégia do Ministério da Saúde para a abordagem do AM na atenção básica de saúde. Desta forma, reforça o seu compromisso de valorizar a formação de recursos humanos e

de incentivar o AM por meio de suas políticas públicas. A Rede tem como objetivo geral contribuir para aumentar os índices de AM no Brasil. Seus objetivos específicos são: contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde a fim de se tornarem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM; 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; monitorar os índices de AM nas populações atendidas pelas UBS certificadas pela Rede (BRASIL, 2009b).

O grupo operacional que criou e programou, junto ao Ministério da Saúde, a primeira etapa da Rede Amamenta Brasil foi constituído por profissionais de saúde de Londrina, envolvidos com o AM e com vivência na pedagogia problematizadora. Houve um investimento desse grupo operacional para o fortalecimento da Rede Amamenta em Londrina e região. Foram realizadas oficinas com nova abordagem com os tutores já formados e avaliação das dificuldades para implantação da rede, houve apoio financeiro do governo do estado para formar novos tutores em Londrina e região, oficinas de trabalho nas UBS de Londrina que ainda não haviam recebido a capacitação e em cidades vizinhas. Profissionais da rede pública e do grupo operacional participaram de uma avaliação geral do estado do Paraná, ocorrida em Curitiba, a fim de delimitar as estratégias para propagação da Rede no estado. Verificaram-se também novas possibilidades de parceria com Foz do Iguaçu e países vizinhos como o Paraguai e Argentina para implantação da Rede Amamenta, com continuidade e avaliação do trabalho conjunto dos três países.

Todos esses aspectos descritos anteriormente expressam um movimento dos profissionais e das instituições de saúde do município de Londrina em relação às questões do AM.

As ações programáticas em AM desenvolvidas por movimentos internacionais e nacionais e particularmente as implantadas em Londrina demonstram a preocupação com os indicadores de AM e sua contribuição para a redução dos índices de morbidade e mortalidade infantil. Esse compromisso

histórico mundial, nacional e de Londrina com o AM e os esforços dos profissionais e das diferentes instituições vêm mostrando que há uma expectativa para atingir índices maiores de AM, em virtude de ser uma prática que traz muitos benefícios.

Diante dos esforços e diretrizes para incremento do AM, há inquietações sobre o compromisso local com o monitoramento de indicadores do AM, de que maneira melhorar os índices, como defender o AM, como entender o processo de amamentação materna. Além disso, de que modo ampliar a compreensão desse processo, como apreender elementos envolvidos nas diferentes situações, escolhas e decisões e o que mais possa e deva ser realizado.

Em Londrina foram observados, na pesquisa de prevalência realizada no ano de 2002, índices ainda abaixo dos recomendados pela OMS. Desse modo, foi pensado que seria interessante, após seis anos de ações relativas ao AM nos serviços de saúde de Londrina, realizar nova análise e refletir sobre as ações desenvolvidas, procurando apreender os contextos, situações, diretrizes e acordos profissionais. Isso com o objetivo de ampliar o entendimento da atuação profissional junto às mães e famílias no processo de amamentar e buscar subsídios para a sustentabilidade dessa prática.

Com a adesão do município à II Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, em 2008, é importante repensar a situação do AM no município de Londrina – PR verificando como os profissionais de saúde que desencadeiam as ações programáticas percebem a situação atual e a evolução dos índices nos últimos seis anos. É necessário ressaltar o significado dos avanços obtidos e os desafios que ainda se apresentam.

A partir desse contexto, a presente investigação enfoca os dados locais de AM do município de Londrina-PR, os relatos dos profissionais de saúde sobre as ações programáticas do AM e a evolução dos índices no período 2002 a 2008. Cabe destacar o interesse na análise da situação do AM no município após seis anos de ações dirigidas ao estímulo ao AM nos serviços de saúde, a partir da realização de nova edição da Pesquisa Nacional Sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, no dia da Campanha Nacional de Vacinação, de 2008, bem

como a análise e reflexão das experiências dos profissionais de saúde acerca das ações programáticas e práticas do AM desenvolvidas no município. O interesse é conhecer e descrever as experiências dos profissionais de saúde acerca das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, repensando aspectos que criam ou restringem possibilidades de amamentação.

Esta pesquisa busca no quadro conceitual da vulnerabilidade, fundamentado em Ayres et al. (2003), subsídios para a compreensão do processo de amamentação materna. O entendimento é que, a partir desse quadro conceitual, novos elementos são apreendidos e permitem reflexão sobre as fortalezas e fragilidades das ações acerca da prática do AM no município de Londrina - PR.

O pressuposto da presente pesquisa é que, a despeito do desenvolvimento das estratégias governamentais propostas em nível federal, estadual e local, os serviços de saúde ainda estão criando ou deixando de reduzir situações de vulnerabilidade para a nutriz, ou seja, as mulheres ainda estão deixando de amamentar por vulnerabilidades programáticas. Existe uma lacuna de assistência que deve ser preenchida para que a mulher e sua família tenham condições de ter acesso a tudo de que necessitam para decidir sobre a amamentação de seu filho.

Nesta investigação, o interesse central é o que significam os índices de prevalência e fatores associados ao AM em Londrina-PR para os profissionais no contexto das ações desenvolvidas nas instituições de saúde do município, se promovem o AM e como tem reduzido, reproduzido ou aumentado as condições de vulnerabilidade dos sujeitos envolvidos no processo de amamentação materna.

2 Objetivos

2 Objetivos

A presente pesquisa teve por objetivo geral analisar a situação do aleitamento materno no município de Londrina-PR, com base nos achados de pesquisas epidemiológicas de 2002 e 2008 e nas experiências de profissionais de saúde, na perspectiva da vulnerabilidade programática, com vistas a fornecer subsídios para a reflexão da saúde da criança e da mulher no contexto da atenção primária de saúde.

Os objetivos específicos foram:

- Descrever a situação do AM no município, de acordo com a prevalência do AME, predominante e AM e fatores associados, em crianças menores de um ano, no ano de 2008, comparando com dados da pesquisa realizada no mesmo município em 2002;

- Analisar as experiências dos profissionais de saúde sobre o AM e a situação das ações programáticas do AM em Londrina, na perspectiva da vulnerabilidade programática.

3 Quadro Conceitual

3 Quadro Conceitual

Este estudo apóia-se no quadro conceitual da vulnerabilidade, fundamentado em Ayres et al. (2003), para explorar dimensões relevantes no estudo do aleitamento materno em uma realidade contextualizada.

A chave da abordagem no conceito da vulnerabilidade proposto pelos referidos autores parte da compreensão de que não há somente um caminho para descrever os determinantes, distribuição e desenvolvimento do processo saúde-doença-cuidado. A história da doença e das intervenções admite diferentes avaliações, baseado na perspectiva de quem as está descrevendo, que recursos científicos e tecnológicos estão disponíveis e que conhecimento pode ser utilizado (AYRES; PAIVA; FRANCA-JR, 2010).

A construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao entendimento das práticas preventivas e às possibilidades de avançar para além das práticas apoiadas no conceito de risco.

Risco é considerado uma medida de probabilidade estatística de que ocorra um resultado não desejado e fatores de risco são características de um indivíduo ou grupo, associadas a uma probabilidade aumentada de surgir, desenvolver ou estar exposto a determinado dano à saúde (agravos, doenças, morte) (AYRES, 2002). A presença do fator de risco não significa doença, mas indica quem, com maior chance, poderá ficar doente. O risco é analítico e preza pela objetividade, sendo um importante instrumento para a epidemiologia. Busca a associação de causa–efeito entre eventos e condições patológicas ou eventos e condições não-patológicas. Essa busca se expressa em chances matemáticas de um determinado indivíduo adoecer, portador de um traço específico (AYRES et al., 2003). O conceito de risco visa a isolar variáveis e eliminar chances de acaso nas associações estabelecidas.

Na tentativa de entender analiticamente os fatores ou as situações de risco a que um indivíduo é exposto, emerge a necessidade de entender como esses fatores ou situações predispõem o indivíduo ao agravo, ou ainda, porque alguns indivíduos portadores dos mesmos fatores e/ou expostos às mesmas

situações não adoecem. O risco possibilita a identificação rápida dos grupos, mas não dá o significado dessa distribuição, podendo levar ao estigma e preconceito (AYRES; PAIVA; FRANCA JR, 2010).

A maior desvantagem da abordagem de comportamento de risco é a tendência de considerar os indivíduos exclusivamente responsáveis por mudar seu comportamento, que leva as pessoas a se sentirem culpadas. Isso ocorre com a mãe que amamenta. Nos serviços, não amamentar é relacionado, quase exclusivamente, ao comportamento da mãe, manifestado pelos profissionais, tais como: *quando a mãe não quer, não adianta*. Os indivíduos são considerados os únicos responsáveis pela situação e comportamentos advindos dela. Qualquer situação que possa estar interferindo na decisão dessa mãe de não amamentar deve ser analisada. Os serviços devem se preocupar em identificar quais situações institucionais afastam a mãe da amamentação. A presente pesquisa se propõe a identificar elementos relevantes de situações de amamentação materna, para subsidiar a reflexão dos profissionais e a mudança das práticas.

Um agravo e as possibilidades de se defender dele só são isoláveis de um ponto de vista teórico e essa abstração pode tornar difícil o retorno dos conhecimentos científicos às situações concretas de intervenção prática (AYRES et al., 2006). Nesse contexto, surge um novo conceito que se propõe a fazer um movimento contrário à análise do conceito de risco.

O conceito da vulnerabilidade tem como objetivo a 'busca da síntese', ou seja, "particularizar relações parte-todo identificadoras de situações cujo conhecimento permita intervir sobre a suscetibilidade das pessoas ao agravo em questão" (AYRES, 2003, p. 127-128). Ao contrário das análises de risco, a vulnerabilidade incorpora "a co-presença, mutualidade, interferência, relatividade, inconstância, o não unívoco, o não constante, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço" (AYRES et al., 2003, p. 127).

Incorporado ao repertório teórico-metodológico em saúde, o conceito de vulnerabilidade considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas

individuais, mas também coletivos e contextuais implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção (AYRES et al., 2003).

A trajetória do desenvolvimento desse conceito inicia-se na área do Direito, referindo-se a grupos de indivíduos fragilizados em relação à garantia de seus direitos de cidadania. Na saúde, sua inserção ocorre a partir da necessidade de se entender mais amplamente a epidemia da AIDS e sua prevenção. Desta forma, a vulnerabilidade na saúde "é o resultado do processo de progressivas interseções entre o ativismo diante da epidemia de AIDS e o movimento dos Direitos Humanos" (AYRES et al., 2003, p.118).

Outros campos e autores também se utilizam desse conceito, incorporando-o em situações de desastres naturais, tais como enchentes, ciclones e terremotos, a fome, o crime e a doença mental. Sanchez e Bertolozzi (2007), em artigo sobre a contribuição do conceito da vulnerabilidade para a construção do conhecimento em Saúde Coletiva, discorrem sobre o uso do conceito por outros autores. Wisner e Luce (1993) analisam a vulnerabilidade que as pessoas podem apresentar em casos de exposição a acidentes naturais extensos e que isto está intimamente relacionado à capacidade de luta e recuperação que o indivíduo pode apresentar. Também se relaciona aos aspectos socioeconômicos, de ocupação e nacionalidade, pois repercute no acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para essa recuperação, que potencializam ou diminuem a vulnerabilidade. Watts e Bohle (1993) utilizam o conceito na questão da fome, propondo uma estrutura tripartite: *entitlement*, *empowerment* e política econômica, que dizem respeito, respectivamente, ao direito das pessoas, à participação política e institucional e à organização estrutural-histórica da sociedade e suas decorrências. Os autores atestam que a vulnerabilidade às doenças e as situações adversas da vida estão distribuídas segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e estão relacionadas à pobreza, às crises econômicas e à escolaridade.

Na saúde, o conceito de vulnerabilidade começa a emergir nos anos 1980, na tentativa de compreender a epidemia da AIDS. Delor e Hubert (2000) descrevem essa evolução do conceito em três estágios. No início dos anos

1980, a construção social do conceito de risco de HIV/AIDS foi direcionada pela exclusão de grupos específicos para que a maior parte da população pudesse estar protegida. Os autores analisam que fica designado que esses grupos *carregam* o risco, criando um estigma, como se o risco fosse um monopólio de certos grupos sociais. No segundo estágio, que inicia com a identificação do HIV como agente causal, o risco fica mais associado a certas práticas relacionadas a comportamentos individuais do que a grupos. Começa a haver uma mudança quando esses grupos reagem fortemente à discriminação e alertam para a ação indiscriminada do vírus. Porém, as campanhas de prevenção nesse estágio ainda priorizam o comportamento. O terceiro estágio surge mais recentemente, apesar de coexistirem os demais, sendo discutida a importância de se levar em consideração as características das relações e interações. Nesse momento, os programas de intervenção se voltam para a capacitação e fortalecimento frente à epidemia e visam à redução de risco, e não mais a tentativa de erradicação. Desta forma, a prioridade fica centrada na identificação e descrição de situações de vulnerabilidade que embasam os programas de prevenção (DELOR; HUBERT, 2000).

Segundo os autores, o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade se faz necessário para que o seu uso ambíguo não enfraqueça a sua capacidade heurística e relevância política e prática. Portanto, Delor e Hubert (2000) propõem uma matriz heurística para o estudo da vulnerabilidade social, elaborada a partir de uma pesquisa conduzida na Bélgica por Delor, em 1997, com pessoas soropositivas. A vulnerabilidade social pressupõe três níveis: a trajetória social, o encontro de duas ou mais trajetórias e o contexto social. A trajetória social significa que cada indivíduo passa por diferentes fases em sua vida, mas é social porque diversos indivíduos podem compartilhar a mesma trajetória. A dimensão das interações ocorre quando duas trajetórias se encontram e os comportamentos adotados dependem da posição ou status das pessoas nessa relação. O contexto social influencia os momentos, interesses e formas dos encontros entre diferentes trajetórias.

A análise apresentada na discussão demonstra que a vulnerabilidade tem uma natureza diferencial, como um instrumento para medir

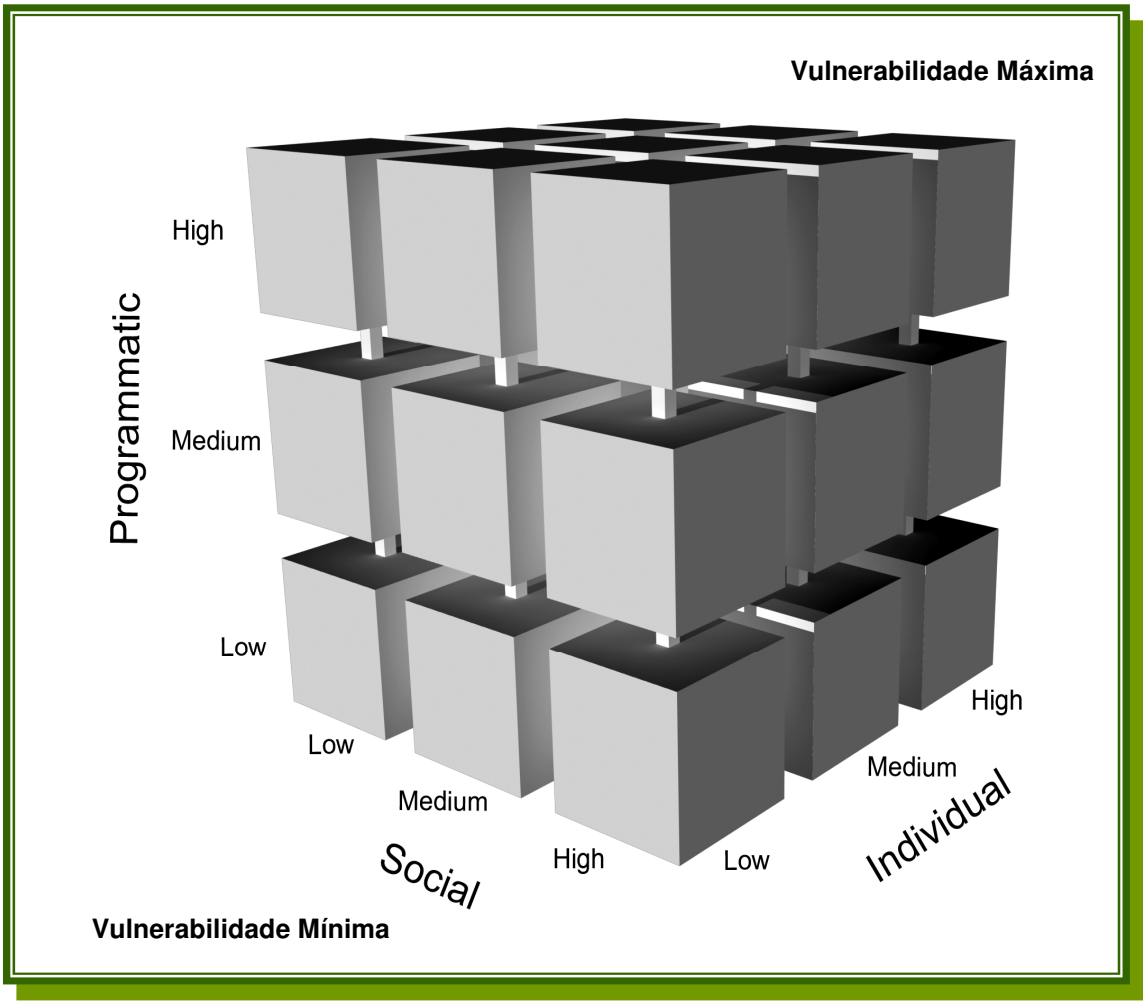
certas diferenças, porém está acima da simples análise de diferenças. Embora possam existir similaridades entre indivíduos, a noção de grupo de risco evita uma análise interindividual e desqualifica e estigmatiza, considerando o indivíduo indistinguível do seu grupo. O reconhecimento das diferenças entre os indivíduos permite manter a pessoa como um interlocutor e ator social. Mas, as diferenças entre os indivíduos são compostas por diferenças que existem internamente nas pessoas, pois uma pessoa não tem a mesma vulnerabilidade em diferentes contextos, em diferentes relações e em diferentes pontos de sua trajetória. O processo de vulnerabilidade é alimentado por uma gama de variações, o que a torna dinâmica. Concluem que o estudo da vulnerabilidade é indissociável do estudo do processo de identidade individual, no qual a estruturação da identidade pode ser vista como uma diferenciação e afiliação que são processos de resistência dinâmica individual e coletiva ao contínuo, ao acaso e ao provável advento de múltiplos riscos, dependendo do contexto (DELOR; HUBERT, 2000).

No livro, *AIDS no Mundo*, lançado em 1993, Mann, Tarantola e Netter (1993) apresentam uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. A estrutura de análise proposta abrange o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social. O comportamento individual refere-se à autoavaliação, o âmbito coletivo à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social à avaliação das realidades sociais segundo indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. A vulnerabilidade é classificada em alta, média e baixa, por meio de scores. Para os autores, a incorporação da vulnerabilidade individual ao modelo é por considerarem que o último recurso para diminuir a vulnerabilidade é o indivíduo. Acreditam que, embora as pessoas sejam expostas aos programas de qualidade semelhante e vivam em ambientes sociais semelhantes, as necessidades individuais de informação, educação, saúde, serviços sociais e apoio do ambiente social podem ser diferentes.

A crítica a essa proposta, segundo Sanchez e Bertolozzi (2007), situa-se na responsabilização do indivíduo no processo de prevenção da doença, pois no modelo proposto, o comportamento individual é o determinante final da

vulnerabilidade a contrair a doença, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia. Desse modo, é importante considerar outros fatores que podem influenciar tal controle no âmbito individual. Mas, Mann, Tarantola e Netter (1993) afirmam que os esforços individuais para a redução da vulnerabilidade serão determinados em função dos programas institucionais e das limitações sociais.

Os autores propõem uma estrutura de análise que ilustra a interação entre os aspectos individuais, programáticos e sociais, apresentada na Figura 3, a seguir.



Fonte: Mann, Tarantola e Netter (1993)

FIGURA 3 – Interação entre vulnerabilidade individual, social e programática.

Para Ayres; Paiva e França-Jr (2010),

> o diagrama sintetiza elementos-chave para identificar e entender a vulnerabilidade dos indivíduos e grupos sociais à doença e incapacidade. A figura tridimensional destaca a inseparabilidade das três dimensões analíticas da vulnerabilidade e, como em cada situação concreta, existem diferentes modos e intensidades que os aspectos individuais, sociais e programáticos podem estar combinados. A sinergia contínua e dinâmica dessas dimensões deve ser considerada para realizar a prevenção e promoção da saúde mais real, pragmática e eticamente orientada.

No Brasil, Ayres et al. (2003) elaboraram uma outra leitura, ampliando o conceito proposto por Mann; Tarantola e Netter (1993) para o entendimento da vulnerabilidade. As pessoas enfrentam diferentes situações de vulnerabilidade, individualmente ou coletivamente, e estas situações podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados: o individual, o social e o programático ou institucional, os quais remetem às seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem, vulnerabilidade a quê, vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? (MEYER et al., 2006).

A interpretação de Ayres et al. (2003) difere de Mann; Tarantola e Netter (1993) no sentido de não enfatizar excessivamente a vulnerabilidade à determinação individual, mas na relação intrínseca que há entre indivíduo e coletivo, incorporando o contexto como lócus de vulnerabilidade (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Os componentes da vulnerabilidade individual são, basicamente, de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras) (AYRES et al., 2003). No âmbito individual, a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos e abordados como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as

condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que as pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los (MEYER et al., 2006).

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, às possibilidades de entender tais informações e de incorporá-las na vida cotidiana, condições essas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, às instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, entre outras, que precisam, então, ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos às quais elas dão sustentação (AYRES et al., 2003; MEYER et al., 2006).

O componente programático da vulnerabilidade envolve o componente individual e o social. Ele congrega o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, aspectos relevantes para identificar as necessidades e os recursos sociais existentes e para otimizar seu uso (AYRES et al., 2003; MEYER et al., 2006).

Os três componentes dessa abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais quando articulados entre si, considerando que *as pessoas não são* em si vulneráveis, mas *podem estar* vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de sua vida (GOROVITZ, 1995).

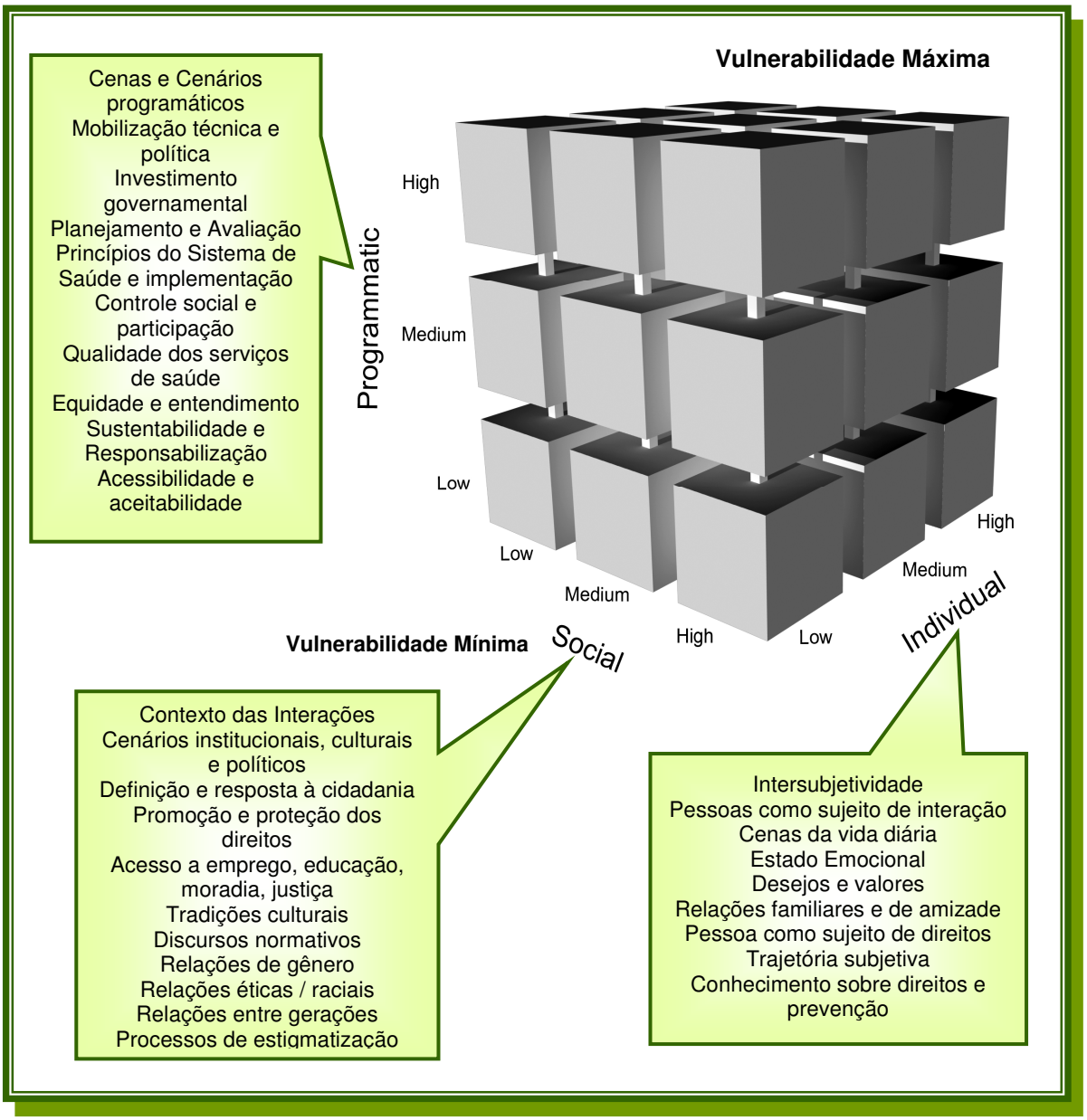
O Quadro 2 mostra aspectos a serem considerados nas três dimensões de análise de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (2006, p.398).

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA (ÊNFASE NO SETOR SAÚDE)
Valores Interesses Crenças Credos Desejos Conhecimentos Atitudes Comportamentos Relações familiares Relações de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Situação material Situação psicoemocional Situação física Redes e suportes sociais	Normas sociais Referências culturais Relações de gênero Relações de raça/etnia Relações entre gerações Normas e crenças religiosas Estigma e discriminação Emprego Salários Suporte social Acesso à saúde Acesso à educação Acesso à justiça Acesso à cultura, lazer, esporte Acesso à mídia Liberdade de pensamento e expressão Participação política Cidadania	Compromisso político dos governos Definição de políticas específicas Planejamento e avaliação das políticas Participação social no planejamento e avaliação Recursos humanos e materiais para as políticas Governabilidade Controle social Sustentabilidade política, institucional e material da política Articulação multisetorial das ações Atividades intersetoriais Organização do setor de saúde Acesso aos serviços Qualidade dos serviços Integralidade da atenção Equidade das ações Equipes multidisciplinares Enfoques interdisciplinares Integração entre prevenção, promoção e assistência Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Respeito, proteção e promoção de direitos humanos Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Fonte: Ayres et al., 2006, p.398.

QUADRO 2 — Aspectos das três dimensões das análises de vulnerabilidade.

Em uma reflexão mais recente, Ayres; Paiva; Franca-Jr (2010) adaptaram o quadro acima, considerando a dimensão individual como intersubjetividade, a social como contexto das interações e a programática como cenas e cenários programáticos. A Figura 4 apresenta essa adaptação ao modelo anterior:



Fonte: Ayres; Paiva; Franca-Jr, 2010, adapted from Paiva et al., 2010.

FIGURA 4 – Vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática.

Nessa análise, os autores enfocam a perspectiva dos Direitos Humanos. Consideram que o indivíduo de quem cuidamos é detentor de direitos de cidadão. Afirmam que

> nos seus mundos, nos seus cenários do cotidiano, enfrentam conflitos, valores e desejos pessoais, construídos através do processo de socialização, acessado por meio de redes sociais, relações familiares e com a comunidade, amizades e o mundo profissional e dependem de definições locais de proteção e satisfação dos seus direitos (AYRES; PAIVA; FRANCA-JR, 2010, p.7).

Para os autores, os aspectos a serem considerados na abordagem da vulnerabilidade são (AYRES; PAIVA; FRANCA-JR, 2010):

- Contexto da vulnerabilidade: as interações mútuas entre agente-hospedeiro-ambiente não se limitam a pré-patogênese, mas determinam todo o processo saúde-doença ao longo do curso da doença e seus resultados.
- Abordagem da vulnerabilidade: o cuidado de saúde e promoção são partes da análise do processo saúde-doença. Suas características são determinadas diretamente pelo conjunto de conhecimento, tecnologia e serviços.
- Serviços de saúde: não é somente a solução, mas também parte do problema a ser considerado.
- Perspectiva da vulnerabilidade: não há agente agressor por si, qualquer agente somente é percebido a partir da especificidade do seu hospedeiro (física, cognitiva, afetiva, comportamental), com características que dependem do seu ambiente cultural, sócio-político e do contexto intersubjetivo em que a pessoa vive e interage.
- Quadro da vulnerabilidade: não há uma história natural da doença, mas uma história social da doença, não há somente um caminho para descrever os determinantes, a distribuição e o desenvolvimento do processo saúde-doença-cuidado. A história da doença e das intervenções admite diferentes avaliações, baseadas na perspectiva de quem as estão descrevendo, que recursos científicos e tecnológicos estão disponíveis e que conhecimento pode ser usado.

O Quadro 3 apresenta um resumo dos aspectos que envolvem uma estratégia de prevenção em saúde e retrata uma comparação entre um modo tradicional e o enfoque da vulnerabilidade.

ASPECTOS DA ESTRATÉGIA	PREVENÇÃO TRADICIONAL	REDUÇÃO DE VULNERABILIDADE
Alvo	Indivíduos expostos	Populações suscetíveis
Finalidade	Alertar	Favorecer capacidades de resposta
Processos Educativos	Modeladores	Construtivistas
Informação	Transmissão unilateral	Compartilhamento bilateral
Base institucional	Saúde	Intersetorial
Agentes privilegiados	Técnicos	Pares
Expectativa de resposta	Adesão	Autonomia
Impacto visado	Mudança de comportamento	Transformação de contexto e relações

Fonte: Ayres et al., 2006, p. 401 (adaptado de Ayres et al., 2003)

QUADRO 3 – Aspectos das Estratégias de prevenção em saúde na abordagem tradicional e na perspectiva da vulnerabilidade.

Uma questão relevante que o conceito de vulnerabilidade busca responder é se as políticas, programas e instituições, especialmente em relação à saúde, educação, bem estar social, justiça e cultura agem como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos e comunidades em seus contextos.

O que nos faz chamar o conceito de vulnerabilidade para repensar a atenção e cuidado em situação de AM é buscar entender, de forma mais ampla, essa prática de saúde. Na proposta de Ayres et al. (2003) cada um dos planos do quadro conceitual da vulnerabilidade pode ser referência para interpretar outros agravos da saúde. O referencial da vulnerabilidade pode ser útil para qualquer tema, desde que se queira apreender e compreender os aspectos sociais e programáticos implicados na determinação e/ou conseqüências de um agravo à saúde em indivíduos ou grupos populacionais.

No caso do AM, as situações de não-aleitamento materno podem levar a uma predisposição do bebê a contrair doenças e ao risco de morrer, as informações científicas atestam que o leite materno é um recurso fundamental para o desenvolvimento físico e emocional da criança. No entanto, a decisão da mãe de amamentar não é determinada exclusivamente por sua vontade, mas está condicionada por aspectos do seu ambiente, ou seja, questões culturais e sociais, e também ao grau de consciência que ela tem sobre a implicação do comportamento de não amamentar e ao efetivo poder que tem para transformá-lo, seja por falta do conhecimento necessário para fazê-lo, ou pela necessidade de trabalhar e conciliar várias atividades, pelo não acesso a um local adequado para deixar seu filho, pela influência familiar, tanto no que diz respeito às práticas alimentares apreendidas no contexto familiar, quanto às bases nas quais seu relacionamento com o companheiro e sua família são estabelecidas, entre outros aspectos.

No caso da mãe, a maior protagonista do AM, seus sentimentos e emoções devem permear nossa interação e cuidado. Nakano e Mamede (1999) apelam para que também se considere a amamentação no âmbito da mulher, que ela não seja vista apenas no aspecto da biologia, mas no contexto amplo de ser mulher, mãe, esposa, trabalhadora e cidadã e que se deve buscar o equilíbrio na demanda de ambas as partes envolvidas.

Nakano (2003) discute a questão da amamentação na perspectiva da mulher e nos adverte que:

> As sensações corporais e as práticas que se passam no corpo materno são determinadas por representações culturais de maternidade e imprimem maneiras socialmente reconhecidas de perceber e agir frente a situações que se apresentam na amamentação, podendo ser vivenciadas pelas mulheres em consonância ou em conflito com as determinações sociais, deixando emergir seus limites (NAKANO, 2003, p.S357).

As práticas de saúde relacionadas ao incentivo do AM devem ser realizadas levando em consideração o seu contexto, quais os sujeitos envolvidos e como estão envolvidos. A amamentação materna deve, portanto, ser apreendida não apenas como biologicamente determinada, mas também condicionada ao aspecto sociocultural (SILVA, 1990).

Ao se traçar um paralelo entre AM e aspectos da AIDS, por meio da qual a saúde se apropriou do conceito de vulnerabilidade, observamos algumas semelhanças de entendimento no que diz respeito a grupo de risco e comportamentos de risco. Os estudos de prevalência e fatores determinantes do AM levantaram, ao longo dos anos, alguns fatores de risco que podem ser associados ao desmame precoce, ou seja, ao comportamento de não-aleitamento. São denominados como grupos de risco: mães adolescentes, mães que trabalham fora, mães com menor escolaridade, entre outros, e como comportamentos de risco: uso de chupetas, uso de mamadeiras, introdução precoce de outro leite e de alimentos sólidos, entre outros. Atribui-se essa atitude da mãe à falta de informação ou, ainda, à falta de vontade da mulher de amamentar (VANNUCHI et al., 2005; COTRIM et al., 2002; SOARES et al., 2003; VIANNA et al., 2007; CHAVES et al., 2007; VENÂNCIO et al., 2002).

Semelhante a AIDS, nos anos 1980, as práticas para promoção do AM passaram por coerções e desigualdades de distribuição de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica, embora não tenhamos usado a força policial. Faz parte da trajetória de avanços e retrocessos no alcance da amamentação materna: a dificuldade de acesso a serviços de saúde organizados para o acolhimento e apoio à mãe que amamenta e sua família e com conhecimento adequado para o manejo do aleitamento, tanto em serviços públicos quanto privados, a maciça influência das indústrias de leite em pó, o não respeito aos direitos da mulher trabalhadora, a baixa escolaridade e situações precárias de vida. As populações mais pobres, como na AIDS, estão suscetíveis a inúmeros fatores, os quais têm interferido na decisão da mulher de amamentar, e certamente poderiam se beneficiar da prática do AM.

Nesta investigação, tomamos o conceito de vulnerabilidade, proposto por Ayres et al. (2003), com ênfase na vulnerabilidade programática para a base da análise dos dados empíricos, porém não desconsiderando que as dimensões individual e social perpassam continuamente a análise, determinando ou sendo determinadas pela dimensão programática. Pensando na imagem do cubo, de acordo com a Figura 4, apresentada anteriormente, não há um ponto obrigatório de entrada para as pesquisas que se utilizam desse conceito. Qualquer

que seja a dimensão privilegiada e o alcance definido, “o que importa é que não se descuide, desde aquela dimensão e alcance, das suas relações com as outras dimensões e sobredeterminações, nos limites, voluntários ou não, de nosso acesso a elas” (AYRES, 2009, p. 17).

O foco da presente investigação é a situação do AM no município de Londrina-PR, com base nos achados de pesquisas epidemiológicas de 2002 e 2008 e nas experiências de profissionais de saúde, revisitadas do ponto de vista da vulnerabilidade programática. A opção em privilegiar a dimensão programática se dá frente ao problema em questão, porém as dimensões individuais e sociais não podem estar de todo ausentes da análise.

Segundo Ayres (2004, 2006), para o século XXI projeta-se uma série de desafios na área da saúde, levando às reflexões e estruturações em diversos campos de saberes e práticas. O autor discute os efeitos positivos e negativos das transformações técnicas e científicas da assistência à saúde, apontando, de um lado, a aceleração e ampliação do poder dos diagnósticos, a precocidade e intensificação das intervenções terapêuticas, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança das intervenções, a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes em vários agravos. De outro lado, o excesso dos exames complementares, a segmentação do paciente em órgãos e funções, o encarecimento e acesso desigual aos recursos e a iatrogenia. Essa discussão retrata, ainda, que as ações de assistência à saúde nem sempre são racionais, sensíveis às necessidades das pessoas e não apresentam clareza de seus limites.

As discussões e busca de novos elementos para subsidiar a prática do AM podem ficar mais enriquecidas com a proposta do conceito de vulnerabilidade. É necessário compreender o processo da amamentação além de suas determinações hormonais e fisiológicas e avaliar seu sucesso não somente pelos aspectos meramente técnicos, tais como pega e ordenha (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

O conceito de vulnerabilidade visa a superar o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de risco, abrangendo aspectos coletivos e contextuais, além dos individuais.

Desse modo, tendo em vista os aspectos expostos anteriormente sobre o AM, muitas vezes centrado na promoção da saúde infantil e na redução de riscos e danos, com enfoque na diminuição da morbi-mortalidade infantil, tão almejada pelo setor saúde e por todas as instâncias governamentais nacionais e internacionais, o presente estudo entende que a morbi-mortalidade infantil é um agravo a ser combatido. Destaca o AM, de acordo com as evidências científicas de impacto sobre o referido agravo, como uma prática a ser estimulada. A prática do AM não deve ser embasada em um modelo ideal de assistência e de adesão aos padrões e normas, mas apreendida na perspectiva do cuidado em saúde. Não é simplesmente um modo de fazer, com um saber *a priori*, mas é importante tematizar valores vitais que não são permanentes e envolvem decisões sobre quais ações podem e devem ser realizadas, remetendo a uma reconstrução de saberes e práticas com novas dimensões para a produção de cuidados.

4 Caminho Metodológico

4.1. Tipo de estudo

A presente pesquisa configura um estudo descritivo de cunho quanti-qualitativo.

Deslandes e Assis (2002) discutem a importância do diálogo entre as duas abordagens, ressaltando que ele é necessário para se pesquisar a complexidade do objeto saúde-doença-atenção. Afirmam que a contribuição do debate vem de suas diferenças: enquanto a abordagem quantitativa explica "em extensão" como os sujeitos tornam-se expostos a processos que colocam em risco sua saúde, a qualitativa busca a compreensão, em profundidade, "dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a sua saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde" (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 195). As autoras apresentam, ainda, um modelo que visa a qualificar os mecanismos de integração existentes entre as duas abordagens: predomínio de um dos pólos, naqueles estudos em que uma das abordagens é a etapa preliminar ou suplementar da outra, geralmente o predomínio da quantitativa sobre a qualitativa; a justaposição das abordagens, não havendo predomínio de uma sobre a outra, pois os resultados são produzidos separadamente e depois comparados para evidenciar convergências e divergências, e o modelo dialógico, que busca a integração desde o desenho da investigação e construção do objeto, visando identificar as competências específicas e os campos comuns, na perspectiva da interdisciplinaridade ou da triangulação.

Na triangulação dos métodos, o quantitativo e o qualitativo buscam apreender a extensão e a intensidade dos processos sociais, entendendo a quantidade como "uma dimensão da qualidade do social e dos sujeitos sociais, marcados em suas estruturas, relações e produções pela subjetividade herdada como um dado cultural" (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 215). O presente estudo pretendeu aproximar-se dessa abordagem dialógica, utilizando os dados quantitativos e os qualitativos para analisar a situação do AM em Londrina, no contexto das ações programáticas e de acordo com a visão de quem as desenvolve.

Dessa forma, a primeira etapa do estudo caracterizou-se como descritivo quantitativo, transversal, a partir dos dados sobre AM do município de Londrina-PR, vinculados à II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, realizada em 2008, em consonância com o Ministério da Saúde. Essa etapa está baseada no projeto Amamentação e Municípios – AMAMUNIC, do Instituto de Saúde, que visa a formar um banco de dados de AM dos municípios brasileiros (VENÂNCIO et al., 2002; VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

Estudos descritivos têm o propósito de observar, explorar e descrever aspectos de uma situação. Este tipo de pesquisa objetiva descrever completamente determinado fenômeno com o acúmulo de informações detalhadas (MARCONI; LAKATOS, 2007). Assim, essa primeira etapa da presente investigação teve o objetivo de documentar a situação do AM no município, de acordo com a prevalência do AME, predominante e AM e os fatores associados, em crianças menores de um ano, no ano de 2008, comparando com dados da pesquisa realizada no mesmo município em 2002.

A segunda etapa do estudo foi de natureza qualitativa, a qual requer o entendimento de aspectos de várias dimensões e com questões multifacetadas. O estudo voltou-se para o tema do AM em uma realidade contextualizada, procurando ressaltar suas particularidades e especificidades na atenção primária em saúde no município de Londrina.

As pesquisas qualitativas têm o objetivo de expandir a compreensão e seus objetos de estudo e consistem no modo como as diferentes pessoas envolvidas entendem e experimentam os processos da vida (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Essa abordagem revigora a intersubjetividade, proporcionando, assim, uma aproximação entre o pesquisador e os sujeitos que participam da pesquisa (MINAYO, 2007). Neste estudo, foi proposta aos profissionais de saúde a participação em grupos focais, tendo como foco as experiências sobre AM no campo da atenção primária em saúde no município de Londrina no período de 2002 a 2008.

O ponto de partida da conversa com os profissionais de saúde nos grupos focais foi a situação dos índices obtidos na pesquisa de prevalência e fatores associados ao AM, ou seja, os dados obtidos na primeira etapa da presente pesquisa, procurando levantar a discussão sobre os dados quantitativos e o que estaria permeando e ampliando o entendimento da prática do AM.

O AM pode ser entendido como um fenômeno que tem uma carga histórica, cultural, política e ideológica, que não está contido apenas em uma fórmula numérica ou em um dado estatístico. Por isso, essa pesquisa não prescindiu da abordagem qualitativa para repensar os dados quantitativos obtidos, a situação do AM do ponto de vista dos profissionais dos serviços e instituições de saúde que atuam com essa prática, suas fortalezas e fragilidades.

A abordagem a partir do campo conceitual da vulnerabilidade é tomada como pano de fundo para uma apreensão mais ampliada do cuidado em saúde no tocante à prática do AM, com o entendimento de um conjunto de características que dependem do ambiente cultural, sócio-político e do contexto intersubjetivo em que as pessoas vivem e interagem, assim como de um conjunto de conhecimentos, tecnologias e serviços (AYRES; PAIVA; FRANCA-JR, 2010). Trata-se de uma aproximação a essa vertente, sem a pretensão de esgotar a análise e discussão, podendo dentre outros estudos buscar diferentes dimensões e compreensão do fenômeno.

4.2 Local de estudo

O Município de Londrina situa-se na região norte do estado do Paraná-Brasil, possui 503.041 habitantes, sendo que 96,93% estão na área urbana. Dessa população, 8.354 (1,7%) são crianças menores de 1 ano de idade. A taxa de analfabetismo é de 6,42% e a esperança de vida ao nascer do londrinense é de 71,37 anos. A renda *per capta* é de R$ 439,35 (LONDRINA, 2008).

No setor saúde, em Londrina-PR, a atenção básica à saúde está estruturada a partir das equipes de saúde da família, distribuídas nas 52 unidades

básicas de saúde (UBS) existentes, sendo 13 em área rural e as demais na área urbana. A partir de 2001, houve uma reorganização do modelo assistencial na atenção básica com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), atingindo a cobertura de 70% da população do município.

O acesso aos serviços de saúde de média e alta densidade tecnológica ambulatorial e hospitalar se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde/ESF e de serviços de pronto-atendimento, que contam com apoio de um complexo regulador que está em fase de implementação. As unidades de saúde estão sendo qualificadas para a gestão do cuidado e os casos que necessitam ser referidos a outros níveis de atenção são encaminhados para os serviços ambulatoriais de referência secundária, Policlínica Municipal, consultórios credenciados, ambulatórios contratados e prestadores de serviços. Estão incluídos os serviços municipais, estaduais, filantrópicos e particulares que compõem a rede de atenção à saúde.

Em relação ao AM, Londrina, historicamente, trabalhada com estratégias para seu incentivo de diversas formas. Possui três hospitais com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, um Banco de Leite Humano, que é referência para o Estado do Paraná, o CELAC, do Hospital das Clínicas e o CALMA, oficializado pela Secretaria Municipal de Saúde e que conta com representantes das diversas instituições que atuam com AM, tanto de Londrina, como de Rolândia e Cambé, municípios da Região Metropolitana.

A escolha do local de estudo e dos participantes foi baseada no entendimento que este município e os profissionais de saúde reúnem características relevantes de interesse para o foco da presente investigação.

4.3 Coleta de dados e participantes

4.3.1 Primeira etapa da pesquisa

Os dados quantitativos foram obtidos na segunda etapa da vacinação antipolio, em nove de agosto de 2008. O Município de Londrina-PR aderiu à convocação do Ministério para realização da pesquisa, que teve a coordenação nacional do Instituto de Saúde de São Paulo e a coordenação local foi realizada pela autora da presente pesquisa.

Os planos amostrais foram elaborados adotando-se a proposta de Silva (1998) para amostras por conglomerados em dois estágios. Considerando que as crianças não estão distribuídas uniformemente nos vários postos de vacinação (conglomerados), adotou-se o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio, foram sorteados os postos de vacinação e no segundo estágio foram sorteadas as crianças em cada posto, de forma sistemática. A amostra desenvolvida é considerada equiprobabilística ou autoponderada (VENÂNCIO et al., 2002), já que a fração amostral mantém-se constante a partir da expressão: f = f1 . f2, ou seja, todas as crianças têm a mesma probabilidade de pertencerem à amostra sorteada. Os postos maiores têm maior probabilidade de serem sorteados no primeiro estágio (f1) e as crianças dos postos menores têm maior probabilidade de sorteio no segundo estágio (f2) (VENÂNCIO et al., 2002).

Em Londrina, dos 34 postos sorteados, a pesquisa foi realizada em 33, pois uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sorteada estava fechada para reformas. Cabe mencionar que a Unidade Móvel, que também fazia parte do sorteio, ficou localizada no bairro da unidade fechada e as crianças tiveram a oportunidade de serem encaminhadas à Unidade Móvel ou a outras duas UBS próximas à região.

Para sorteio das crianças na fila de vacinação, uma listagem foi fornecida aos entrevistadores de cada posto de coleta, informando a fração de sorteio do referido local. As frações de sorteio foram de *todas* a *1 sim e 7 não*,

calculados a partir do número total de crianças vacinadas no mesmo posto na segunda etapa de vacinação do ano de 2007. Dessa forma, a mesma proporção de entrevistas seria obtida em cada posto de coleta.

A coleta de dados foi feita por meio de um instrumento elaborado pelo grupo da coordenação da pesquisa em São Paulo (Anexo C). Os acompanhantes responderam a um formulário estruturado com 55 questões fechadas, que aborda questões sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos nas últimas 24 horas, além de dados do nascimento, local de acompanhamento da criança e informações sobre a mãe, preenchidas quando o acompanhante era a própria mãe. Esse formulário foi aplicado por estudantes do curso de enfermagem de duas instituições de ensino do município, enfermeiras residentes em neonatologia e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todos receberam treinamento específico prévio para a coleta de dados.

Devido ao mau tempo (chuva e frio) no dia estipulado para a coleta de dados, houve pouca adesão da população ao Dia Nacional de Multivacinação, principalmente relacionado aos bebês menores de um ano de idade. O dia foi encerrado com uma cobertura vacinal em torno de 25%, sendo necessário prorrogar a campanha de vacinação e reprogramar a coleta de dados para outro período.

De acordo com a metodologia proposta, as crianças menores de um ano que compareceram às UBS para a vacinação contra a Poliomielite em outros dias que não o dia 09 de agosto de 2008, no período de 04 de agosto a 22 de agosto de 2008, foram registradas pelos funcionários da unidade em listagem própria, providenciada pela pesquisadora. Por meio de visitas domiciliares, ocorreu a continuidade da coleta dos dados, realizada por ACS, devidamente treinados pessoalmente pela pesquisadora. Foram treinados, na primeira etapa, 74 entrevistadores (alunos de Curso de Graduação em Enfermagem de duas universidades de Londrina) e 21 supervisores (profissionais de saúde e membros do CALMA), e na prorrogação dois supervisores e 194 ACS.

A amostra foi de 834 crianças, sendo que houve 54 recusas, totalizando 770 entrevistas válidas. A perda amostral foi cerca de 19%, devido a segunda etapa de buscas das crianças listadas na campanha de vacinação. As perdas ocorreram, principalmente, devido à criança ter completado um ano de idade no momento da entrevista, sendo, portanto, excluída da pesquisa e mudanças de endereço e não localização do endereço referido no momento da vacinação.

No presente estudo, as definições de aleitamento materno utilizadas para a análise dos dados são as adotadas pela OMS e internacionalmente reconhecidas (WHO, 2007), especificadas no Quadro 4.

PRÁTICA DE AMAMENTAÇÃO	REQUER QUE A CRIANÇA RECEBA	PERMITE QUE A CRIANÇA RECEBA	NÃO PERMITE QUE A CRIANÇA RECEBA
AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA	Leite materno (incluindo leite ordenhado)	Soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos	Qualquer outro líquido ou alimento
AMAMENTAÇÃO PREDOMINANTE	Leite materno (incluindo leite ordenhado) como fonte predominante de nutrição	Certos líquidos (água, chá, suco de fruta); soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos	Nada mais (especialmente outros leites)
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	Leite materno (incluindo leite ordenhado) e alimentos semi-sólidos e sólidos	Qualquer outro líquido ou alimento incluindo outros leites e fórmulas infantís	Não se aplica
AMAMENTAÇÃO	Leite materno (incluindo leite ordenhado)	Qualquer outro líquido ou alimento incluindo outros leites e fórmulas infantís	Não se aplica
ALIMENTAÇÃO COM MAMADEIRA	Qualquer líquido (incluindo leite materno) ou alimentos semi-sólidos oferecidos em mamadeiras	Qualquer outro líquiso ou alimento incluindo leite materno, outros leites e fórmulas infantís	Não se aplica

Fonte: *WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices* (WHO, 2008b, p.4).

QUADRO 4 — Critérios definidores das práticas de alimentação infantil selecionadas.

Os indicadores para avaliar as práticas de AM, utilizados neste estudo, são aqueles propostos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007), a saber:

- **INÍCIO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO:** proporção de crianças que mamaram na primeira hora de vida.
- **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) DE 0-6 MESES:** proporção de crianças de 0-5,9 meses amamentados exclusivamente nas últimas 24 horas.
- **INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS OU SEMISÓLIDOS:** proporção de crianças de 6-8,9 meses que receberam alimentos sólidos ou semisólidos.
- **MÍNIMA DIVERSIDADE DA DIETA:** proporção de crianças de 6-23,9 meses que receberam 4 ou mais grupos de alimentos (grãos; legumes; leite e derivados; carnes; ovos; frutas e verduras ricas em vitamina A e outras frutas e verduras)

4.3.2 Segunda etapa da pesquisa

Os participantes desta etapa da pesquisa foram membros do CALMA, composto por representantes de diversas instituições de saúde, de órgãos públicos e da sociedade civil do município. O CALMA é composto por profissionais da área de enfermagem, medicina, fonoaudiologia, nutrição, odontologia e pessoas ligadas a órgãos não governamentais.

Os participantes desse Comitê representam diversas instituições que lidam com as questões de saúde, criança e mulher, a saber:

- **UNIVERSIDADES PÚBLICAS:** Universidade Estadual de Londrina;
- **UNIVERSIDADES PRIVADAS:** Centro de Estudos Filadélfia (UNIFIL); Universidade do Paraná (UNOPAR);

- **HOSPITAL PÚBLICO:** Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná; Maternidade Municipal Lucilla Ballalai; Centro de Lactação – Ambulatório do Hospital das Clínicas (UEL);
- **HOSPITAIS PRIVADOS:** Santa Casa de Londrina; Hospital da Mulher; Hospital Evangélico de Londrina; Materdei;
- **ATENÇÃO BÁSICA:** Unidades de Saúde da Família;
- **ÓRGÃOS PÚBLICOS:** Secretaria da Mulher; Autarquia Municipal de Saúde; Diretoria da Atenção Básica;
- **ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS:** Pastoral da Criança.

O CALMA congrega profissionais de várias entidades que estão representadas por profissionais de saúde e conta com aproximadamente 40 membros. Participaram da pesquisa, ao todo, 25 membros. Os membros do CALMA foram convidados e a participação foi opcional. Os critérios para inclusão foram: ser integrante do CALMA; aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Apêndices A e B). A pesquisadora fez a exposição dos objetivos da pesquisa, os direitos dos sujeitos de pesquisa, bem como os procedimentos a serem realizados para coleta dos dados. A seguir, foram explicitados os direitos dos participantes e, após o aceite para participação na pesquisa, assinaram o Termo (Apêndice A e B).

A escolha por convidar os membros do CALMA ocorreu pelo envolvimento destes no comitê e na promoção do AM em Londrina e, também, por ser composto por várias instituições ali representadas, com a intenção de abarcar espaços diversificados de atuação, entendendo que o que se faz em um cenário, interfere no outro, e que a amamentação faz parte de um contínuo. Ainda, o fato de os membros do CALMA terem um conhecimento prévio e serem envolvidos com a amamentação foi levado em consideração com o objetivo de obter reflexões sobre o que tem sido realizado e o que pode e deve ser feito. Os dados qualitativos, caracterizando a segunda etapa da presente pesquisa, foram obtidos por meio da participação em grupos focais e entrevistas individuais.

Inicialmente, foram realizados os grupos focais como uma entrevista semiestruturada. O grupo focal pode ser considerado um tipo de

entrevista, tem um planejamento relativamente aberto, com o entendimento de que o entrevistado possui uma reserva complexa de conhecimentos sobre o tópico em estudo, incluindo aspectos explícitos que os sujeitos podem expressar ao responder às perguntas, assim como aspectos implícitos (FLICK, 2004).

A entrevista semiestruturada tem uma sequência de questões que facilitam a abordagem e asseguram que as hipóteses e pressupostos sejam mencionados na conversa (MINAYO, 2007).

O grupo focal é uma técnica largamente utilizada para coleta de dados na pesquisa qualitativa, cujo objetivo é estimular os participantes a discutirem um assunto de interesse comum, um debate sobre um tema. Os participantes são escolhidos a partir de um determinado grupo, cujas idéias e opiniões são do interesse da pesquisa. Neste estudo, o tema em comum são as ações de promoção do AM e o grupo focal foi constituído por participantes do CALMA.

O grupo focal é um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos, que “deve ser aplicada mediante um roteiro, que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação de todos e de cada um” (MINAYO, 2007, p. 269). Difere da entrevista individual, na qual cada um emite opiniões individuais, enquanto que o grupo focal se fundamenta na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (KRUEGER, 1988 apud MINAYO, 2007). O pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo e observar as características do processo grupal (KIND, 2004). O pesquisador, na apreensão das informações foco do estudo deve estar atento às interações do grupo.

O grupo focal pode ter uma função complementar às outras técnicas, mas cada vez mais tem sido usado como modalidade específica da abordagem qualitativa, como técnica exclusiva (MINAYO, 2007).

A técnica exige a presença de um animador/moderador e um relator/observador. Segundo Minayo (2007), o papel do animador é o de focalizar o

tema, promover a participação de todos inibindo os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão. A autora traz como funções do animador, propostas por Scrimshaw e Hurtado, em 1987: introduzir a discussão e mantê-la acesa; enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas; observar os participantes encorajando a palavra de cada um; buscar as *deixas* para propor aprofundamentos; construir relações com os participantes para aprofundar, individualmente, respostas e comentários considerados relevantes para a pesquisa; observar as comunicações não verbais; monitorar o ritmo do grupo visando a finalizar o debate no tempo previsto (MINAYO, 2007).

A escolha dos membros deve ser compatível com os objetivos propostos e o recomendado é que o tempo seja entre 90 a 120 minutos (MINAYO, 2007).

No papel de moderador, o pesquisador deve intervir sempre que necessário para focalizar e aprofundar a discussão. O moderador deve encorajar o debate e proporcionar um ambiente adequado para que as idéias e percepções surjam no grupo. Os participantes levam em conta o ponto de vista dos outros para formulação de suas respostas e podem tecer considerações sobre suas experiências e a dos outros (BONI; QUARESMA, 2005). O fundamental é que exista um foco, um tema específico a ser explorado.

Também há a participação de observadores que auxiliam o moderador na condução do grupo, tomam notas das impressões verbais e não verbais, cuidam da aparelhagem audiovisual. Ao final da sessão, o moderador e observadores avaliam as discussões, sentimentos e sensações, sintetizando as idéias preponderantes (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

A discussão deve ser realizada com um pequeno número de informantes e o número sugerido varia entre os autores, sendo recomendado de 6 até 12 pessoas, pois grupos numerosos podem dificultar a participação de todos e inviabilizar a coleta adequada dos relatos (MINAYO, 2007).

Kind (2004) propõe etapas para a condução dos grupos focais, baseadas em Debus, 1988, especificando: introdução que é a abertura realizada

pelo moderador, momento em que fornece ao grupo as explicações necessárias para seu sucesso; nesse momento também se solicita a autorização para a gravação e filmagem e o consentimento para participação na pesquisa; etapa I da preparação que consiste na apresentação do grupo e pode ser feita por meio de técnicas de dinâmicas de grupo, com o objetivo de estabelecer boa relação entre os participantes; etapa II do conjunto do debate em grupo que é o momento do debate, no qual se sugere que se passe para questões progressivamente mais específicas, de questões mais concretas para mais abstratas procurando assegurar a profundidade da discussão; etapa III do encerramento do grupo em que o moderador faz a exposição sintética da discussão e pode esclarecer dúvidas pendentes, com o objetivo de identificar os temas principais, consolidar os sentimentos do grupo e identificar as principais diferenças; etapa IV das questões posteriores à avaliação do grupo, nesse momento busca-se analisar as implicações do moderador em relação à pesquisa e ao grupo, para separar os sentimentos do grupo dos expressos pelo moderador, avaliando também se o temário e moderação foram adequados; etapa V da ação posterior em que é avaliado se as necessidades de informação foram satisfeitas, se é preciso realizar mais encontros do grupo e se o temário precisa ser revisto.

O papel dos observadores fica diluído nas primeiras etapas, mas é mais específico nas discussões.

Nessa pesquisa foram realizados dois grupos focais, sendo um de profissionais de saúde da “ponta”, ou seja, que atuam diretamente na assistência à mãe e bebê e outro de gestores, responsáveis pelo planejamento e controle das ações. O primeiro grupo teve a participação de dez profissionais, assim constituído: uma enfermeira de pronto atendimento infantil público municipal; uma enfermeira do setor de maternidade de um hospital privado, com poucos atendimentos vinculados ao SUS; uma pediatra de rede básica municipal de saúde e docente de uma universidade pública, uma nutricionista de um serviço público de especialidades, uma dentista da rede básica municipal de saúde, duas enfermeiras obstetras da Maternidade Pública Municipal, uma técnica em saúde bucal de maternidade pública, uma enfermeira de hospital privado que não atende SUS; uma

nutricionista de hospital privado que não atende SUS. No segundo grupo participaram seis profissionais de saúde envolvidos com cargos de gerenciamento: uma enfermeira diretora geral de um hospital público estadual; uma enfermeira assessora técnica de enfermagem da Divisão da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde; uma enfermeira Chefe da Divisão de Serviços Especiais da Prefeitura (SAMU, SIATE, Maternidade Municipal, Pronto Atendimento Pediátrico — PAI); uma enfermeira supervisora de unidade materno-infantil de um hospital privado; uma enfermeira supervisora de hospital privado que atende SUS e convênios; uma pedagoga, representante da 17ª Regional de Saúde. O total de participantes no grupo focal foi de 16 sujeitos.

A atividade foi registrada por meio de gravação de áudio em equipamento MP4 e *I-Pod*, em número de três equipamentos, para garantir a qualidade e prevenir possíveis falhas da gravação. Foram posicionados em locais diferentes, no interior do grupo. Também foi feita a filmagem, com o objetivo de intensificar a qualidade da coleta dos relatos para a análise. Para a operacionalização da filmagem foi utilizada a estrutura existente no setor de Documentação Científica da Universidade Estadual de Londrina, que forneceu o equipamento necessário e o técnico para manipulação desse equipamento. O técnico preparou o equipamento e não se ausentou da sala durante a realização dos grupos. A fita de filmagem utilizada tinha capacidade para duas horas, não sendo necessária a troca durante a discussão. O primeiro grupo teve a duração de uma hora e 54 minutos e o segundo, uma hora e 38 minutos.

A pesquisadora foi a moderadora dos grupos e os auxiliares de pesquisa foram três enfermeiras, duas com apropriação do tema AM e uma com experiência no método de grupos focais. Duas participaram uma vez cada e uma participou nos dois grupos.

No grupo focal, inicialmente, foi realizada uma apresentação dos participantes informando nome, suas respectivas funções e a instituição que representavam no CALMA. A pesquisadora retomou os objetivos da pesquisa e esclareceu os direitos dos sujeitos da pesquisa. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), a autora entregou aos

participantes um resumo dos resultados da II Pesquisa de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, realizada em Londrina, em 2008. Mostrou também dados referentes à comparação desses índices com os dados nacionais e dados de pesquisa semelhante realizada em 2002 em Londrina (Apêndice C). Os dados foram sucintamente apresentados e, após essa explanação, a pesquisadora deflagrou a discussão para o grupo com a seguinte pergunta norteadora: *O que vocês acham desses índices de AM no contexto das ações realizadas nos serviços de saúde de Londrina?* Os participantes foram incentivados a refletir e conversar sobre o tema AM e a pesquisadora conduziu a discussão no grupo orientada pelo seguinte temário:

- O que esses números mostram para vocês, no contexto das ações?
- Como os dados se correlacionam com ações?
- Se não está bom, onde estaria o problema?
- Quais são as dificuldades?
- Onde se encontram as barreiras para a melhoria dos índices?
- Para você o que é cuidar da mãe que amamenta?
- Quem são as mães que aderem e quem são as mães que não aderem ao aleitamento materno?
- O que a realidade que vocês me descrevem tem a ver com os índices?
- O que, nos serviços, tem aproximado ou afastado a mãe da amamentação?

A realização da etapa posterior à discussão do grupo foi realizada logo após cada encontro, entre o moderador/pesquisador e os observadores, quando foi analisada a atuação com o grupo. Os observadores discutiram suas anotações com o pesquisador e apenas algumas dicas de condução foram dadas. Não se alterou o temário para a realização do outro grupo.

Os grupos foram realizados em dois dias, um para cada grupo, em outubro de 2009. O local da realização dos grupos não ocorreu em nenhuma das

instituições representadas, para que os participantes não se sentissem constrangidos para se expressar. A sala utilizada era confortável, bem iluminada e arejada e a região não era movimentada, o que ajudou por não haver ruídos externos. Tanto as gravações do áudio como da filmagem foram de boa qualidade, o que possibilitou uma transcrição fidedigna das falas.

Após a realização dos grupos focais, também foram realizadas entrevistas individuais com profissionais do CALMA que participaram do grupo e com os que foram selecionados para participar, mas que por motivos de indisponibilidade nas datas previstas, não puderam comparecer.

Participaram das entrevistas 10 profissionais de saúde do CALMA, que atuam diretamente na assistência. Foi realizado contato telefônico e o convite para participação da entrevista individual. Foram agendados horários e locais de acordo com a disponibilidade dos sujeitos e a pesquisadora compareceu para a entrevista conforme agendado. Os entrevistados foram: um pediatra de serviço privado, uma pediatra de serviço público, uma enfermeira de ambulatório especializado em AM, duas enfermeiras de unidade básica de saúde de áreas urbanas, uma enfermeira de unidade de saúde da área rural, uma enfermeira de pronto atendimento, uma técnica de odontologia que atua em maternidade pública e em unidade básica de saúde, e duas enfermeiras de hospital privado.

Iniciou-se a entrevista com a explicação dos objetivos dessa etapa da pesquisa, dos direitos dos sujeitos e os procedimentos de gravação em I-Pod. Após a aceitação, foi assinado e esclarecido o Termo de Consentimento Livre (Apêndice B). A seguir, foram apresentados os dados da pesquisa de prevalência, como realizado com os participantes do grupo focal (Apêndice C). A pergunta norteadora para a entrevista foi: *Para você, o que é apoiar a mãe que amamenta?*. A partir dela, outros pontos foram abordados com enfoque nos indicadores de AM em Londrina, nas fontes de informações sobre AM para a gestante e para a nutriz, as situações vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento de casos de mães em AM ou não, relações entre os serviços de saúde. As entrevistas tiveram duração, em média, de 50 minutos cada.

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

Para o desenvolvimento desta investigação foram atendidas as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Para a primeira etapa da pesquisa, todos os trâmites metodológicos e éticos propostos no projeto de pesquisa elaborado pelo Instituto de Saúde de São Paulo e Ministério da Saúde foram seguidos para a realização na coleta de dados locais (VENÂNCIO et al., 2008). O projeto *II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida* foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde de São Paulo (Anexo D). Conforme consta no projeto, em face da estratégia adotada no estudo de aplicação de um questionário rápido nas filas de vacinação, os acompanhantes das crianças foram informados sobre a pesquisa e seus direitos e foi solicitado o consentimento verbal. Para isso foi elaborado um texto para ser lido aos sujeitos, visando a padronizar as informações necessárias (Anexo E). Também foram fornecidas aos acompanhantes filipetas contendo os dados necessários para contato com o coordenador da pesquisa, caso desejassem maiores esclarecimentos ou outras informações (Anexo E).

Para a segunda etapa da pesquisa, foi realizado contato pessoal, via telefônica ou internet com os integrantes do CALMA, convidando-os a participarem do grupo focal. Na ocasião do encontro, os objetivos da pesquisa, os procedimentos e os direitos foram explicados, quando puderam optar pela sua participação ou não na pesquisa. Foi esclarecido sobre seus direitos de participação voluntária, esclarecimento contínuo, de retirar seu consentimento a qualquer momento, sigilo e privacidade. Após essa conversa e exposição, os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), com duas cópias, uma para o participante e uma para a pesquisadora. Os materiais de registro obtidos na coleta serão destruídos ao final do relatório de pesquisa, conforme recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa.

Da mesma forma, nas entrevistas foram esclarecidos os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como os direitos dos participantes, que, também, depois de concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma para o sujeito e outra para a pesquisadora (Apêndice B).

O projeto foi encaminhado à Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, junto com ofício, solicitando autorização para realização da pesquisa, a qual foi concedida, vinculando à aprovação do Comitê de Ética (Anexo F). Optou-se pela solicitação da autorização da Autarquia pelo fato do CALMA, apesar de ser constituído por profissionais de várias instituições, ser um órgão criado e regulamentado pela Prefeitura do Município de Londrina, por meio de Decreto n° 245, de 19 de abril de 1995, estando determinado no referido decreto as representações de diversas instituições do Município (Anexo G).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina para apreciação e obteve aprovação pelo parecer nº 079/09 (Anexo H).

4.5 Análise de Dados

A análise da primeira etapa do estudo teve por base a estatística descritiva, apresentada em frequências simples e proporcionais e com aplicação de testes de associação entre variáveis.

Os dados quantitativos foram digitados em banco de dados on-line disponibilizados pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e Instituto de Saúde de São Paulo. O Projeto Amamentação & Municípios conta com um aplicativo próprio, o Amamunic, que tem como finalidade padronizar os procedimentos de digitação e emissão de relatórios com os principais indicadores de AM propostos pela OMS, que são usados para monitoramento e avaliação das ações de promoção e proteção à amamentação materna. Esses indicadores são trabalhados também com outras variáveis como características de nascimento e

parto da criança e informações sobre a mãe como escolaridade, primiparidade, trabalho, etc. Com essas informações, o município pode identificar o perfil das mães mais suscetíveis ao desmame precoce e planejar as ações de saúde infantil. A primeira versão desse aplicativo foi financiada pela UNICEF, em 1999, com base no *software Access*. A partir de então, o Amamunic vem sendo aprimorado a cada ano, segundo as ferramentas de informática disponíveis. O uso do instrumeto Amamunic é gratuito e disponível a todos os municípios que participam do projeto. Esse banco de dados também permite aos municípios o gerenciamento e análise dos dados, por meio de um *back up* fornecido em formato *Windows Excell*.

A dupla digitação não foi possível, pois cada município tem um código de digitação específico e, para outra digitação, deveria ser concedido um novo código, o que levaria o sistema a computar como outro município. Desta forma, para maior fidedignidade da digitação, outro digitador conferiu todas as fichas já digitadas no sistema.

Os resultados obtidos foram comparados com os dados de uma pesquisa de 2002, realizada também em Londrina, tendo em vista que a mesma metodologia foi utilizada para ambas, como abordado anteriormente. A comparação foi realizada a partir dos indicadores principais de AM, AME e AMP e alguns fatores associados como uso de chupeta e mamadeira, idade e escolaridade materna, trabalho materno, local de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê e ter nascido em hospital com IHAC.

As variáveis foram apresentadas em tabelas de contingência contendo frequências absolutas (n) e porcentagem (%). A associação entre elas e a variável resposta foram avaliadas com o teste de qui-quadrado ou o teste exato de Fisher quando adequado. Adotou-se intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% para os testes estatísticos. As análises estatísticas foram realizadas no pacote estatístico SPSS 15.0.

Para a análise dos dados da segunda etapa da pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo, modalidade temática. Essa técnica de análise

permitiu apreender o que as falas dos participantes abordaram sobre as práticas de AM nos diferentes contextos de atenção à saúde, no município de Londrina.

Segundo Minayo (2007), há várias modalidades de análise de conteúdo: Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação. Neste estudo, utilizamos a análise temática.

Na análise de conteúdo, espera-se compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, procurando obter as significações que o codificador detecta por meio de indicadores. O texto é um meio de expressão do sujeito e o pesquisador "busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as represente" (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 682).

Na análise temática, o objetivo é "descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou regularidade signifiquem algo para o objeto analítico visado" (MINAYO, 2007, p. 316).

Minayo (2007) propõe três etapas para a operacionalização da análise temática. A primeira é a **pré-análise** que consiste na escolha do material a ser estudado e na retomada dos objetivos do estudo, inclui a leitura flutuante, em que o pesquisador toma contato direto e intenso com o material e se deixa impregnar pelo conteúdo; a constituição do corpus, que é o universo estudado em sua totalidade e utiliza-se das seguintes normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, em que o pesquisador, por meio da leitura exaustiva, determina a unidade de registro (palavra-chave ou frase), unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), recortes, categorização, codificação e conceitos teóricos gerais. Nessa etapa, pode ser realizada a correção de rumos e o surgimento de novas indagações. A segunda etapa é a **exploração do material**, que é o processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, estabelecendo categorias, realiza a classificação e a agregação dos dados. Os dados são codificados a partir das unidades de registro. A terceira etapa é o **tratamento de resultados obtidos e**

interpretação, que inclui a classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, e reagrupa-se segundo características comuns.

Neste estudo, os dados qualitativos foram organizados e estruturados em partes para a identificação de aspectos que se repetiam e se destacavam e para a apreensão de idéias relevantes, ou seja, as idéias-chave e significados das experiências dos profissionais de saúde, culminando no agrupamento dos dados em cinco temas: O contato com os indicadores locais de am; O cotidiano da assistência nos serviços saúde: fortalezas e fragilidades; A informação sobre am presente nos diferentes cenários; Amamentar ou não amamentar: caminhando na decisão; O apoio ao am e os espaços para produção de narrativas.

A seguir, são apresentados os resultados das duas etapas do presente estudo.

5 Resultados e Discussão

5.1 A Situação do aleitamento materno em Londrina – PR

5.1.1 Prevalência

A população de pesquisa foi constituída por 770 acompanhantes de crianças menores de 12 meses, sendo 325 crianças (42,2%) menores de seis meses de vida e 445 maiores de seis meses (57,8%). Das entrevistas, 97,5% foram realizadas na zona urbana e 2,47% na zona rural. Para a coleta de dados, 13,5% das entrevistas ocorreram em quatro postos de coletas da região central de Londrina-PR; a região oeste contou com 19,6% das entrevistas, em cinco postos; a região norte com 25,4% das entrevistas, em 11 postos; a região leste com 15,3% das entrevistas, em sete postos e a região sul com 23,6% das entrevistas, em cinco postos de coleta.

A Tabela 1 apresenta as características das mães e crianças que compõem a amostra desta etapa do estudo. Das crianças, 54,2% eram do sexo masculino e 8,3% apresentou baixo peso ao nascer. Em relação ao local de nascimento, 98,6% ocorreram em Londrina-PR, sendo 97,1% da zona urbana e mais da metade (55,5%) nasceu de parto cesárea. Dos acompanhantes das crianças, 84,9% eram suas mães, 72,4% tinham idade entre 20 e 34 anos, 48,5% cursaram até o ensino médio e 46,4% eram primíparas. Em relação ao trabalho, 67,5% não trabalhavam fora de suas casas.

TABELA 1 – Caracterização da população infantil e materna participantes da II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, Londrina, Paraná, 2008.

CARACTERÍSTICAS	n	%
INFANTIS		
SEXO		
Masculino	417	54,2
Feminino	353	45,8
IDADE (DIAS)		
0 a 4 m	154	20,0
4 a 6 m	171	22,2
6 a 9 m	239	31,0
9 a 12 m	206	26,8
PESO AO NASCER		
< 2500g	58	8,3
> 2500g	645	91,7
LOCAL DE NASCIMENTO		
Londrina	759	98,6
Outros Municípios	11	1,4
TIPO DE PARTO		
Normal	332	43,5
Fórceps	8	1,0
Cesárea	424	55,5
MATERNAS		
MÃE ACOMPANHANTE DA CRIANÇA		
Sim	654	84,9
Não	116	15,1
IDADE (ANOS)		
< 20 anos	82	12,7
20 a 34 anos	466	72,4
≥ 35 anos	96	14,9

Continua...

...conclusão

CARACTERÍSTICAS	n	%
ESCOLARIDADE		
Sem Escolaridade	6	0,9
Ensino Fundamental	229	35,2
Ensino Médio	315	48,5
Ensino Superior	100	15,4
TRABALHO		
Não Trabalha Fora	434	67,5
Licença Maternidade	62	9,6
Trabalha Fora	147	22,9
PARIDADE		
Primípara	299	46,4
Multípara	346	53,6

Os resultados obtidos sobre prevalência de AM exclusivo estão demonstrados na Figura 5. A média das prevalências de AME em crianças de zero a seis meses foi de 33,8%, enquanto que a de zero a quatro meses foi de 54,8%. Quando esse resultado é apresentado mês a mês, observamos prevalências mais altas do primeiro ao quarto mês (de 47,4 a 62,5%), porém com uma queda acentuada do quarto para o quinto mês, de 53,7% para 19,3%, respectivamente e, ao sexto mês, apenas 7,8% das crianças estavam em AME. O AM predominante (AMP) de zero a seis meses foi de 16,0%.

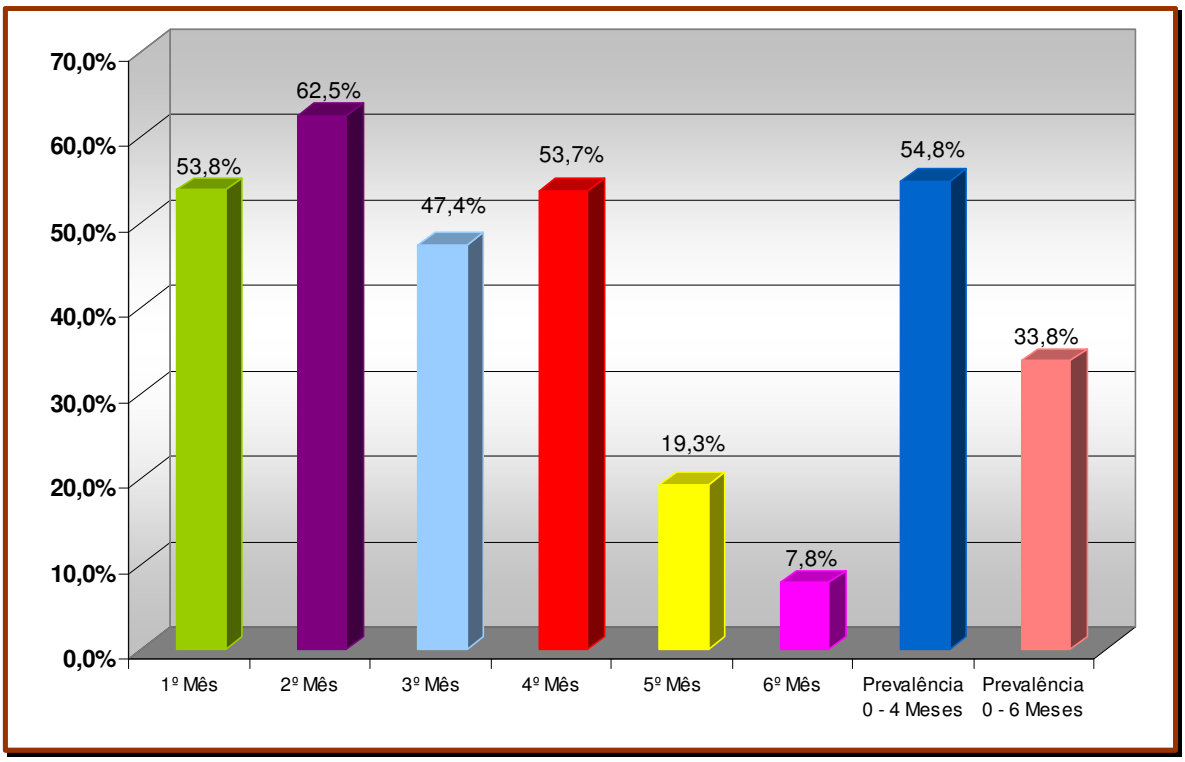


Figura 5 – Distribuição das crianças menores de seis meses de vida em AME segundo faixa etária por mês e média de prevalência em menores de 4 meses e menores de 6 meses, em Londrina, Paraná, 2008.

Comparando os dados locais com os do Brasil, o Quadro 5 traz que em alguns meses os dados de Londrina foram superiores e, em outros, os do Brasil foram maiores. Nas capitais brasileiras e Distrito Federal, a prevalência de AME mês a mês identificada no Brasil foi de: 60,7% no primeiro mês de vida; 47,3% no segundo; 43,3% no terceiro; 23,3% no quarto mês e 9,3% no sexto mês. No presente estudo, em Londrina, as prevalências de AME nos primeiros seis meses de vida diferiram em relação ao que foi encontrado no relatório nacional, no que diz respeito ao período de zero a quatro meses, sendo que no quarto mês a prevalência de crianças em AME foi maior (53,7%) em Londrina que a prevalência no Brasil, de 23,3% (BRASIL, 2009c). Após esse período, o município de Londrina mostrou-se semelhante ao país, apresentando uma queda acentuada da prevalência de AME.

FAIXA ETÁRIA	LONDRINA (2008)	BRASIL (2008)
	AME (%)	AME (%)
1 mês	53,8	60,7
2 meses	62,5	47,3
3 meses	47,4	34,3
4 meses	53,7	23,3
5 meses	19,3	-
6 meses	7,8	9,3
TOTAL	**33,8**	**41,0**

QUADRO 5 – Comparação entre os dados da II Pesquisa Nacional de práticas alimentares no primeiro ano de vida em Londrina e no Brasil, 2008.

De acordo com os dados, os índices de aleitamento materno no município de Londrina, quando comparado aos índices de nosso país, estão abaixo da média nacional no que se refere ao AME em crianças de zero a seis meses.

Tanto em nível local quanto nacional, era grande a expectativa de que os indicadores da situação do AM tivessem avançado. Isso se confirmou em Londrina e praticamente em todo o país, demonstrado pelos dados brasileiros de 35,6% em crianças menores de quatro meses, em 1999 (BRASIL, 2001), para 41,0% em menores de seis meses, na pesquisa de 2008 (BRASIL, 2009c).

Dados da UNICEF (2005), também mostram um crescimento global da prevalência do aleitamento materno entre 1990 e 2004. Segundo esses dados, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME), em áreas urbanas brasileiras, cresceu de 34% para 39%, com maior aumento nos meses iniciais de vida. Entre o nascimento e o primeiro mês de vida, houve crescimento de 22%, porém as taxas permaneceram praticamente as mesmas para a idade de 4 a 5 meses.

Na pesquisa nacional, verifica-se que as prevalências das capitais e Distrito Federal são heterogêneas, variam de região para região e dentro de uma mesma região, como por exemplo, a região centro-oeste, Campo Grande apresenta 50,1%, um dos melhores índices brasileiros e Cuiabá, 27,1%, que é o menor resultado em relação às capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2009c).

A região Norte foi o local onde mais se pratica o AME, a prevalência foi de 45,9%. A situação mais baixa foi encontrada na região Nordeste, com 37,7% de AME entre os menores de seis meses de vida. Entre as capitais brasileiras, a que se destacou com maior prevalência de AME foi Belém-PA, situada na região Norte, com 56,1%. A menor prevalência para o AME foi encontrada em Cuiabá, localizada região Centro-Oeste, com 27,1%. Em Curitiba, capital do Paraná, a prevalência de AME foi de 41,0%.

Considerando que organismos nacionais e internacionais recomendam que as crianças menores de seis meses devam ser amamentadas exclusivamente com leite materno nessa faixa de idade, essas prevalências mostram que, apesar de haver uma melhora importante nos índices de AME, ainda está aquém do preconizado pela OMS e desejado pelos profissionais que atuam com a amamentação.

O empenho dos profissionais de Londrina no apoio e estímulo ao AM também se refletiu em outros resultados satisfatórios da presente pesquisa, pois 72,5% foram amamentadas na primeira hora de vida e 83,0% estavam em AME no primeiro dia em casa. Mais da metade das crianças (51,5%) estavam recebendo AM continuado dos nove aos 12 meses.

Comparando com índices da média dos países em desenvolvimento obtida em pesquisas de 2003 a 2008, o início precoce da amamentação (primeira hora de vida) foi de 39% e de AME em menores de seis meses foi de 37%. A continuidade do AM nesses países foi de 75%, mas considerou-se todo o primeiro ano de vida e não apenas dos nove aos 12 meses, dificultando a comparação com os dados locais (UNICEF, 2010).

Observa-se que o início precoce da amamentação em Londrina aponta índices bem superiores a média de países em desenvolvimento. Os altos índices de AM na primeira hora de vida pode estar ocorrendo por Londrina ter três hospitais Amigos da Criança, nos quais apoiar esse importante momento de amamentação é um dos passos a ser seguido, o passo quatro: “Ajudar as mães a começar o aleitamento na primeira meia hora de vida após o parto”. A Maternidade Municipal, onde ocorre em torno de 70% dos partos de Londrina, por receber gestação de baixo risco, também consegue ter altas taxas de parto normal, o que facilita também o contato precoce da mãe com o bebê, ainda na sala de parto.

Dados da UNICEF (2010) apontam que no conjunto dos países com dados disponíveis, os baixos índices de início precoce da amamentação contrasta com a proporção de crianças que nascem com uma equipe profissional habilitada e que receberam cuidados pré-natais pelo menos uma vez por profissional de saúde habilitado. Isto mostra a necessidade de melhorar o conteúdo e qualidade do aconselhamento dos profissionais que atendem a gestante e puérpera, para diminuir a lacuna que existe entre ser atendida por um profissional ou equipe habilitada e a oportunidade de iniciar precocemente a amamentação. É necessário avaliar o papel do cuidado durante a gestação em relação ao adequado estabelecimento da prática da amamentação nos primeiros meses de vida do bebê (WHO, 2001).

No Brasil, a PNDS também apresentou importantes avanços no acesso à assistência pré-natal. A porcentagem de mães que não realizou consulta de pré-natal caiu de 14% para 1%, em 1996 e 2006, respectivamente e que 77% das mães realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal, que é o recomendado pelo Ministério da Saúde desde 2000. Quanto à assistência ao parto, a pesquisa mostrou que 98% dos partos foram hospitalares e a mesma porcentagem dos partos foi atendida por profissional qualificado – médico ou enfermeiro. E, infelizmente, esse dado trouxe um aumento na proporção de partos cirúrgicos, de 36 para 44%, em 1996 e 2006, respectivamente, sendo maior na zona rural (BRASIL, 2008).

Esses dados deveriam nos impulsionar no sentido de que temos mais oportunidades de estar com essas gestantes e puérperas, para poder assisti-la em suas necessidades de conhecimento, manejo ou apoio no seu processo de amamentação. A presença da mulher nos serviços de saúde por mais vezes devem resultar em maior qualidade da assistência que prestamos e não apenas para alimentar estatísticas nacionais.

O Quadro 6 mostra a comparação dos índices dos principais indicadores de AM obtidos na pesquisa de 2008 em Londrina, na região Sul e no Brasil. Observa-se que Londrina se destaca em relação às outras prevalências em relação à amamentação de zero a quatro meses e na amamentação na primeira hora de vida. Os demais indicadores se assemelham e o indicador de AME é o mais preocupante em relação às outras médias, nacional e regional.

DADOS	LONDRINA (%)	REGIÃO SUL (%)	BRASIL (%)
Aleitamento materno exclusivo de 0 a 6 meses	33,8	43,9	41,0
Aleitamento materno exclusivo de 0 a 4 meses	54,8	53,6	51,2
Aleitamento Materno na primeira hora de vida	72,5	71,8	67,7
Continuidade do Aleitamento Materno	51,5	49,5	58,7
Uso de Mamadeira	64,0	57,0	58,4
Uso de Chupeta	45,8	53,7	42,6

QUADRO 6 — Prevalência dos Indicadores de AM em Londrina, Região Sul e Brasil referentes à II Pesquisa Nacional de Práticas Alimentares no primeiro ano de vida, 2008. Londrina, 2010.

Com o objetivo de comparar a evolução dos índices de AME de Londrina da pesquisa de 2002 e a de 2008, a seguir, são apresentados os resultados das referidas pesquisas.

Em Londrina, houve aumento dos índices de AME em menores de seis meses de 21,0%, em 2002 (VANNUCHI et al., 2005), para 33,8%, em 2008. Quando se observa o AME em menores de quatro meses, o aumento foi ainda mais expressivo, de 29,3% (VANNUCHI et al., 2005) para 54,8%. Ao comparar com o AMP, observa-se que, em 2001, o AME e AMP somavam um índice de 37,5% e, 2008, esse valor foi 49,5, ou seja, quase metade das crianças menores de seis meses recebia leite materno como única fonte láctea (Figura 6).

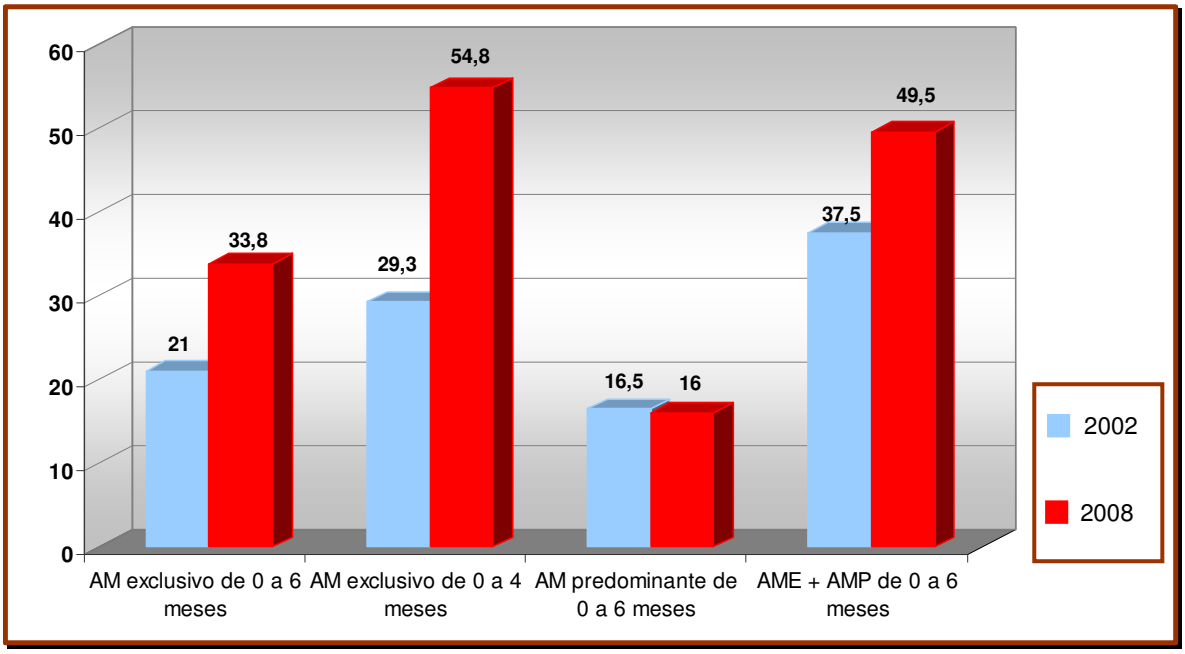


FIGURA 6 — Comparação dos indicadores de AM de Londrina e AME em menores de 4 meses e menores de 6 meses, nos anos de 2002 e 2008. Londrina, 2010.

Em relação ao AM continuado, não foi possível comparação, pois, na pesquisa de 2002, foi considerado todos os menores de um ano, tendo um índice de 62,7%, e, na pesquisa de 2008, foi considerado apenas de 9 a 12 meses, conforme recomendado pelo Instituto de Saúde de São Paulo e Ministério da Saúde, que optaram por essa adaptação no indicador. Então, em 2008, de 9 a 12

meses, o AM continuado foi de 51,5%, ou seja, mais da metade das crianças londrinenses nessa faixa etária ainda recebiam leite materno, além de outros alimentos.

Indicadores que praticamente não se alteraram foram o uso da chupeta e o uso da mamadeira. Em 2002, 60,3% das crianças menores de um ano faziam uso de mamadeira e 48,1%, de chupeta. No ano de 2008, esses valores foram de 64,0% e 45,8% para uso de mamadeira e chupeta, respectivamente.

5.1.2 Fatores associados

A Tabela 2 demonstra as associações obtidas entre AME para crianças de zero a 4 meses e crianças menores de seis meses e AM para crianças maiores de 6 meses. Para as crianças de zero a quatro meses, o AME demonstrou associação positiva com a idade materna entre 20 e 25 anos e a multípara. O uso de bicos artificiais (mamadeira e chupeta) apresentou associação com o desmame.

Nos menores de seis meses de vida a idade materna, a escolaridade, o trabalho, a paridade, peso de nascimento, uso de mamadeira e o uso de chupeta, foram significativos para a manutenção do AME. Amamentaram mais as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com escolaridade em nível de ensino superior e que usufruíram de licença maternidade.

Para as crianças maiores de seis meses de vida, o trabalho materno, uso de chupeta e mamadeira, foram significativos para a interrupção do AM. Permaneceram em AM por mais tempo os filhos de mãe que não trabalhavam fora (80,2%) e as crianças que não receberam mamadeira (97,5%) e chupeta (78,9%). Para as variáveis como tipo de parto, mamada na primeira hora de vida, local de nascimento e acesso aos serviços de saúde não houve significância estatística.

Nas crianças de zero a 12 meses, a menor prevalência de AM esteve associada a ao trabalho materno, baixo peso, uso de mamadeira e uso de chupeta.

TABELA 2 – Fatores determinantes para manutenção do aleitamento materno classificado em menores de 4 meses, menores de 6 meses e maiores de 6 meses de vida em Londrina, Paraná, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIA	MENORES DE 4 MESES			MENORES DE 6 MESES			MAIORES DE 6 MESES			MENORES DE 12 MESES		
		n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
MATERNAS													
IDADE	< 20anos	6/15	40,0		7/41	17,1		33/42	78,6		58/82	70,7	
	20 a 34 anos	13/15	86,7	0,024*	78/199	39,2	0,001*	183/207	88,4	0,323	65/94	69,1	0,064
	≥ 35 anos	59/94	57,4		15/37	40,5		32/37	86,3		334/465	71,8	
ESCOLARIDADE	Fundamental	24/43	55,8		31/100	31,0		76/126	60,3		159/227	70,0	
	Médio	35/58	60,3	0,140	43/128	33,6	0,025*	113/187	60,4	0,333	225/313	71,9	0,771
	Superior	18/22	81,8		25/48	52,1		24/48	50,0		71/100	71,0	
TRABALHO	Sim	4/8	50,0		8/41	19,5		42/212	19,8		76/146	52,1	
	Não	47/74	63,5	0,602	62/178	34,8	0,001*	170/212	80,2	0,000*	320/432	74,1	0,000*
	Licença Maternidade	27/42	64,3		30/56	53,6		**	**		59/62	95,2	
PARIDADE	Primípara	24/60	40,0	0,000*	31/129	24,0	0,000*	108/130	83,1	0,07	206/298	69,1	0,143
	Multípara	54/74	73,0		69/148	46,6		140/156	89,7		252/344	73,3	

Continua...

...conclusão

Variáveis	Categoria	Menores de 4 meses			Menores de 6 meses			Maiores de 6 meses			Menores de 12 meses		
		n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Do Lactente													
Tipo de Parto	Via Vaginal	34/70	48,6	0,154	46/143	32,2	0,247	93/157	59,2	0,538	236/338	69,8	0,488
	Cesárea	47/77	61,0		60/169	35,5		118/199	59,3		291/419	69,5	
Mamou na 1a Hora de Vida	Sim	59/101	49,5	0,23	71/214	33,2	0,422	178/302	58,9	0,273	370/523	70,7	0,176
	Não	21/42	50,0		33/86	38,4		58/111	52,3		133/199	66,8	
Baixo Peso	Sim	2/4	50,0	0,611	2/18	11,1	0,041*	18/39	46,2	0,283	32,57	56,1	0,019*
	Não	75/136	55,1		98/225	43,1		210/360	58,3		452/640	70,6	
Uso de Mamadeira	Sim	5/61	8,2	0,000*	5/162	3,1	0,000*	134/320	41,9	0,000*	253/482	52,5	0,000*
	Não	76/86	88,4		100/151	66,2		115/118	97,5		270/275	98,2	
Uso de Chupeta	Sim	25/55	45,5	0,050*	33/131	25,2	0,005*	68/208	32,7	0,000*	165/342	48,2	0,000*
	Não	56/92	60,9		72/182	39,6		179/227	78,9		356/412	86,4	
Do Serviço de Saúde													
Local do Nascimento	HAC	62/117	53,0	0,209	78/214	36,4	0,299	180/308	58,4	0,207	397/555	71,5	0,096
	Não HAC	19/30	63,3		27/71	38,0		67/125	53,6		199/763	53,3	
Acesso ao Serviço de Saúde	Privado	22/35	62,9	0,174	28/67	41,8	0,109	51/105	48,6	0,084	111/170	65,3	0,111
	Público	56/108	51,9		74/238	31,1		188/319	58,9		399/565	70,6	

Comparando com o estudo de Vannuchi et al. (2005), em 2002, os fatores de risco identificados na referida pesquisa para a interrupção do AME e AM foram: uso de chupeta, primiparidade, acompanhamento ambulatorial em serviço público, idade e trabalho materno para menores de seis meses. Para menores de 12 meses, houve maior chance de interrupção do AM com uso de chupeta, primiparidade, consulta médica em rede pública e mãe com trabalho formal, informal e desempregada.

Sobre as características maternas que podem interferir na amamentação, no presente estudo, a prevalência de AM conforme idade materna se mostrou significativa. As mulheres com idade inferior a 20 anos amamentam menos tempo, possivelmente porque mulheres com mais idade possuem maior conhecimento e experiência em relação ao aleitamento (CHAVES et al., 2007). Isso indica a necessidade de se oferecer assistência individualizada para as mães adolescentes, a fim de apoiá-las nos fatores que desestimulam o AM.

As mães com maior escolaridade apresentam maiores frequências de oferecer AME (DAMIÃO, 2008). Os dados da presente pesquisa também confirmaram a maior a escolaridade materna como um fator protetor para o AM. Como escolaridade elevada quase sempre está relacionada à situação socioeconômica mais privilegiada, questiona-se porque essas mães são as que amamentam mais. Silva (1990), em seu clássico trabalho, afirma que os novos saberes geralmente surgem nas camadas dominantes e tendem a ser imitados pelas demais camadas sociais, por gozarem de maior prestígio, embora saberes das camadas subordinadas também possam se disseminar para as demais.

A oferta de AME e número de filhos mostrou diferença estatisticamente significativa nos menores de quatro e seis meses neste estudo. É possível que as multíparas ofereçam mais o leite do peito exclusivamente devido às vivências anteriores. Outro estudo confirma esse achado, por isso é importante desenvolver um trabalho de educação com o grupo de primíparas, porque provavelmente sofrem maior impacto quanto aos fatores culturais que estimulam a introdução de chás, água e outros alimentos (VIEIRA et al., 2004).

Algumas reflexões se fazem necessárias sobre diversos fatores que têm sido apresentados na literatura como evidências científicas para a compreensão dos motivos de desmame, como o uso de bicos artificiais, que, na presente pesquisa, apresentou associação estatística com as crianças que foram amamentadas por menos tempo, assim como em diversos outros estudos (CHAVES et al., 2007; PARADA et al., 2007; SOARES et al., 2003; O'CONNOR, 2009). Para os que defendem o não uso da chupeta, a alegação é que aumenta a chance de desmame precoce para crianças menores de seis meses, podendo estar relacionado com a redução da frequência das mamadas e, consequentemente, a diminuição da produção do leite materno (VIANNA et al., 2007; VICTORA et al., 1997). Estudo demonstrou que as crianças que fizeram uso da chupeta durante grande parte do dia tiveram quatro vezes mais chance de parar de mamar ao peito do que os que não usaram. Em abordagem qualitativa, esse mesmo estudo mostrou que a chupeta foi um mecanismo de desmame entre as mães que tiveram dificuldades na amamentação. Concluem que as campanhas para redução do uso de chupeta falharão se não forem acompanhadas do apoio para a mãe enfrentar seus desafios na amamentação e direcionar suas ansiedades (VICTORA et al., 1997).

Jenik et al. (2009) lançaram um debate sobre a influência da chupeta na duração da amamentação e, em um estudo controlado, randomizado, com 1021 mulheres, concluiram que às mães com firme intenção de amamentar e com sucesso na amamentação estabelecido até 15 dias de vida do bebê, é recomendada a introdução de chupeta, pois não afeta o sucesso e duração do AME ou AM. A motivação desse estudo foi a indicação de que o uso de chupeta reduz a Síndrome da Morte Súbita do Lactente, prática que foi reforçada pelos autores a partir da evidência apresentada. O uso da mamadeira é maior nas crianças que também usam a chupeta o que prejudica o desenvolvimento oro-facial da criança (BRASIL, 2009d). Assim, é indicado oferecer o leite materno utilizando copos, alternativa mais adequada, principalmente no caso dos prematuros.

Algo que nos chama à atenção nos índices de prevalência, tanto em nível local quanto nacional, é a queda acentuada do aleitamento materno após o quarto mês de vida. Algumas questões são levantadas para tentar entender esse

evento. A primeira percepção dos profissionais é que a volta ao trabalho tem induzido as mães a abandonarem a prática da amamentação pela necessidade de deixarem seus filhos com cuidadores em casa ou em centros de educação infantil.

É reconhecido que as taxas de AME caem substancialmente após quatro meses. Torna-se necessário identificar as barreiras sociais e biológicas nos diferentes locais e desenvolver intervenções efetivas e apropriadas para lidar com essas dificuldades e suas consequências (WHO, 2001).

O trabalho exercido pela mãe demonstrou ser significativo quanto à oferta de AM, em comparação com mulheres que trabalham fora e estão em licença maternidade. As mulheres que possuíam vínculo empregatício e receberam o benefício de licença maternidade ofereceram AME por mais tempo. Estudo demonstra que entre as mulheres que trabalhavam fora em meio período ou período integral, mas não usufruíram de licença maternidade, a oferta de AM foi significativamente menor (VIANNA et al., 2007).

Importantes conquistas para as mães trabalhadoras ocorreram nos últimos anos. O governo criou o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, lei n˚ 11.770, de 2008 (BRASIL, 2010b). Também, a partir de 2010, o Ministério da Saúde cria a Norma Técnica nº 01, de 24 de fevereiro de 2010, que orienta a instalação de sala de apoio à amamentação em empresas (BRASIL, 2010c). Acreditamos que essas iniciativas governamentais são um importante avanço para os serviços, já que a preocupação da mulher com o retorno ao trabalho tem sido uma frequente justificativa para o abandono do aleitamento materno. Londrina também é vanguarda no Paraná nesse aspecto, pois foi a segunda cidade do estado do Paraná a conceder esse direito às servidoras municipais, o que foi seguido pela Universidade Estadual de Londrina e pelo governo do Paraná. Pesquisas específicas precisam ser agora desenvolvidas para avaliar se o fato de permanecer com o filho em casa até o sexto mês tem sido suficiente para favorecer a maior duração do AME.

Essa preocupação com a volta ao trabalho é relevante, porém observa-se, nos resultados de Londrina, que 67,5% das mães não trabalhavam

fora. Daí a necessidade de se pensar em outros fatores que estão levando as mães à introdução de outros alimentos antes dos seis meses de vida da criança.

Quanto ao local de nascimento, neste estudo, ter nascido em Hospital Amigo da Criança não demonstrou associação estatística para uma maior oferta de AM. Porém, pesquisa realizada em uma unidade neonatal de um hospital universitário da cidade de Londrina demonstrou que, com a implantação da IHAC, houve um aumento no tempo mediano do AME de 12 dias em 1994 para 45 dias em 1998 (VANNUCHI et al., 2004). Outro estudo que avaliou o impacto da implantação da IHAC sobre o AM indicou que o número de mães que adotaram a prática de oferecer AME aos seus filhos aumentou e a mediana do AME praticamente triplicou de 27 dias em 1996 para 3,5 meses em 2004 (CALDEIRA; GONÇALVES, 2007). Ainda, estudo demonstrou que as crianças nascidas em hospitais sem IHAC apresentavam 2,2 vezes mais chance de receberem outro alimento e 1,5 vezes de não estar em AME nos primeiros quatro meses de vida, comparado às crianças que nasceram em hospitais com IHAC (VENÂNCIO et al., 2002).

Em Londrina, há três hospitais com IHAC, mesmo assim, no presente estudo, não houve significância estatística com maiores índices de AME e AM. Algumas dificuldades que têm sido apontadas pelos profissionais que atuam nos hospitais com IHAC são: a alta rotatividade de funcionários, prejudicando o treinamento, a prescrição de complementos pelos profissionais médicos e a falta de preparo da mãe durante o pré-natal, entre outros.

Mamar na primeira hora de vida ocorreu com 72,5% da população desse estudo. Essa prática é o quarto passo da IHAC, favorece a interação entre a mãe e o filho, também reduz a mortalidade por atuar como um fator de proteção contra mortes neonatais (EDMOND et al., 2006). Apesar de não ter se mostrado significativamente estatístico, mamar na primeira hora de vida tem sido apontado com destaque para que a amamentação se estabeleça com sucesso. Estudo demonstra que a mortalidade poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciassem amamentação no primeiro dia de vida e em 22,3% se iniciassem na primeira hora (EDMOND et al., 2006). O sucesso na amamentação teria maior

chance se o início fosse precoce. Além disso, os alimentos pré-lácteos podem ocasionar lesões no intestino imaturo enquanto o colostro acelera a maturação do epitélio e protege contra agentes patogênicos. A prevenção da hipotermia pelo contato pele a pele após o parto também pode ser fator de contribuição para a redução da mortalidade (TOMA; REA, 2008).

A reflexão que precisa ser feita sobre esse importante passo para a saúde do bebê é como conciliar essa prática com o bem estar dos dois envolvidos, mãe e bebê. Estudo de abordagem qualitativa sobre a primeira mamada na sala de parto concluiu que essa prática limitava-se ao cumprimento das normas e rotinas do IHAC e que se faz necessário, por parte da equipe, o desenvolvimento de uma atitude de empatia para compreender o significado desse contato precoce da mãe com seu bebê. Portanto, o foco de atenção não deve ser a instituição, mas sim a mulher que vivencia esse momento (MONTEIRO, 2006).

Quanto ao tipo de parto, a maioria das mulheres realizou parto cesárea que também não mostrou estar associado ao menor índice de AM. Um estudo demonstrou que, quando se considerou apenas a primeira hora de vida, 22,4% das mães com parto normal iniciaram o AM, enquanto apenas 5,8% das mães com parto cesariano o fizeram. O parto cesárea atrasa a oferta de leite do peito e o parto normal, ao contrário, possibilita sua oferta (BOCCOLONI et al., 2008). Na vivência profissional, temos observado que a cesárea tem interferido no início da amamentação, no que ser refere à disposição da mãe que enfrenta dores e desconfortos do ato cirúrgico, como também para o posicionamento do bebê, que é dificultado pelo repouso obrigatório da mãe no leito. No centro cirúrgico, a adesão dos demais membros da equipe para a concretização dessa prática também é um desafio a ser enfrentado.

Sobre o local de acompanhamento de rotina do bebê, neste estudo, as crianças de até 12 meses que eram acompanhadas em serviço público apresentaram prevalências inferiores às acompanhadas em serviço particular, porém, sem apresentar significância estatística. Todavia, pensando nas outras variáveis que apresentaram associação estatística, provavelmente, nos serviços públicos se concentram, em maior número, as mães adolescentes e com menor

escolaridade, o que poderia estar determinando maior dificuldade para os profissionais do serviço público.

Um estudo realizado com crianças de até um ano acompanhadas na assistência em puericultura em uma unidade de atenção mostrou que o tempo médio de AME apresentou um crescimento de 48 dias em 1970 para 111 dias em 2000. Atribuiu-se esse sucesso ao trabalho multiprofissional que se iniciou no pré-natal e continuou na puericultura, com práticas de proteção e promoção ao AM, o que permitiu a manutenção do AM por períodos mais prolongados (DEL CIAMPO et al., 2006). Acreditamos, também, ser essa a forma mais eficiente para os serviços melhorarem seus índices.

O estudo dos índices de prevalência e dos fatores associados à interrupção do aleitamento materno de 2008 e a comparação desses indicadores com os dados de 2002, em Londrina-PR, levou-nos à segunda etapa desta pesquisa, acerca da reflexão sobre esses índices por meio dos relatos dos profissionais que atuam nas diferentes instituições de saúde do município de Londrina e que desenvolvem ações voltadas ao AM. Com isso, procurou-se apreender de que modo as ações programáticas estão relacionadas e influenciando os indicadores obtidos a partir dos atores que definem e executam essas ações.

5.2 O AM na Visão dos Profissionais de Saúde

A partir da análise das falas dos profissionais de saúde foi possível uma apreensão das práticas de AM nos serviços de saúde de Londrina-PR e uma visão profissional sobre as mães que amamentam e sua família e as relações com os serviços e profissionais de saúde.

5.2.1 O Contato com os Indicadores Locais de AM

O tema *o contato com os indicadores locais de AM* emergiu dos relatos dos grupos e das entrevistas individuais em que os profissionais discutiram e apreciaram os dados referentes à pesquisa de prevalência realizada em Londrina,

em 2008 e sua comparação com dados de 2002. Esse tema é apresentado a seguir de acordo com dois subtemas: A satisfação com a evolução dos indicadores locais de AM; Os indicadores locais de AM abaixo das expectativas dos profissionais.

A satisfação com a evolução dos indicadores locais de AM

De modo geral, os relatos dos profissionais trazem manifestações de satisfação com os indicadores locais de AM, atribuindo essa melhora a vários fatores como vemos a seguir:

> *"Fiquei contente com os índices, que eu acho que isso é uma coisa a longo prazo, a gente tem que lutar, eu acho que a nossa luta não pode parar, mas que é uma coisa que vai repercutir daqui a alguns anos, a gente vai estar vendo fruto de tudo que a gente está fazendo. Em relação ao Brasil, eu acho que a cidade está bem, a gente está trabalhando, nós estamos no caminho certo, mas que não é assim do dia pra noite".* (D – G2)

> *"Mas o que eu acho de todas as instituições que têm apoiado o aleitamento materno, dessa época pra cá, que teve um aumento bem significativo [...] eu acredito nas campanhas, eu acho que cada dia mais as campanhas estão mais fortes, principalmente eu acho que na mídia, que é um meio de comunicação que uns 80% da população tem acesso. Então, eu vejo por esses olhos, que eu acho que as campanhas, estão a cada dia mais, mostrando e trazendo as pessoas pra essa realidade. [...] Campanha de aleitamento materno, de tudo que a gente vê, na televisão, nas UBS, que acho que hoje em dia já está mais engajado, também, com o aleitamento materno que algum tempo atrás não era tanto..."* (E9 – G1).

> *"[a melhora] eu acho que foi a atuação, as políticas de aleitamento mesmo. Teve muito treinamento. Eu mesma fiz muito treinamento de aleitamento. Por exemplo, aqui em Londrina, teve essas oficinas na maioria dos postos, houve pactuação, quer queira, quer não, acaba motivando alguma coisa, motivando ações. Vocês já atuaram bastante, tem bastante unidades que já fizeram o treinamento, tem as ações do governo, o negócio da chupeta e mamadeira. Você viu o negócio da mamadeira e da chupeta são significativas para desmame. Isso daí as políticas pegam bem nessa parte, né? Eu acho que a mídia, esse tipo de coisa".* (E9 – ind)

Percebe-se, nas falas, que os profissionais atribuíram a melhora dos índices relacionando às campanhas realizadas nacionalmente na mídia em geral, nos programas e diretrizes governamentais e nas capacitações com as equipes de saúde do município.

Em prol da amamentação, cabe destacar a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) que tem sido importante na mobilização social e tem causado impacto nos índices de AM (ARAÚJO, 2002). Com a criação da World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), em 1992, formada por várias instituições preocupadas com a implantação das políticas pró-amamentação, surge a SMAM, proposta pela WABA, para estimular a participação de grupos e pessoas nas questões da amamentação e nos temas vinculados tais como educação em saúde, trabalho da mulher, IHAC, entre outros. No Brasil, a SMAM, segundo Rea (2003), está presente em inúmeros municípios e tem cumprido o papel de mobilização social.

Anualmente, é estabelecido um tema para ser trabalhado na semana, realizada, geralmente, no mês de agosto de cada ano, em que diversas instituições de saúde e da sociedade se mobilizam para realizar atividades diversificadas tais como simpósios para profissionais de saúde e divulgação do AM para a comunidade em geral, em unidades de saúde, praças públicas, supermercados, *shoppings,* entre outros locais. No Brasil, o Ministério da Saúde realiza campanha na mídia, convidando artistas famosas que estejam amamentando seus filhos para serem madrinhas da semana, com divulgação em televisão e cartazes por todo o país. A publicidade é feita para incentivar as mães que veem uma possibilidade de serem bem sucedidas no seu próprio processo de amamentação tal como a artista que ela admira.

Em Londrina, todo ano são realizadas atividades como simpósio para profissionais de saúde dos diferentes serviços e instituições que lidam com o aleitamento materno com palestras sobre o tema proposto. Os hospitais e escolas promovem encontros científicos com profissionais convidados mobilizando os alunos e profissionais do serviço. Algumas parcerias são feitas com a Pastoral da Sáude, discutindo o tema da semana com as líderes comunitárias que fazem o atendimento da população, entre outras ações.

Neste ano de 2010, o tema escolhido pela WABA para ser trabalhado em 2010 foi: *Breastfeeding: just 10 steps. The baby-friendly way,* com o

objetivo de divulgar à comunidade o que é um hospital com IHAC e os 10 passos para o apoio à amamentação (WABA, 2010).

Em Londrina, na SMAM de 2010 foram colocados na cidade dez *outdoors* sobre o tema da semana em lugares de grande fluxo de pessoas, e foi realizada uma palestra para a comunidade com uma dentista, docente da UEL, sobre os riscos do uso de bicos e chupetas. Para a divulgação à sociedade sobre os 10 passos da IHAC, alunos de universidades distribuíram panfletos em supermercados e locais públicos. Outra atividade do município foi um concurso de arte. Nos dois últimos anos, foi proposta aos artistas londrinenses a realização de pinturas em telas, alusivas ao tema do AM. O tema de 2009 foi *Amamentação em situações de emergência* e as telas foram expostas ao público na Maternidade Municipal. A tela vencedora se tornou a ilustração do cartão telefônico de uma empresa instalada em Londrina, uma parceria existente há alguns anos. Em 2010, o concurso foi de fotos sobre amamentação. As fotos também foram expostas ao público e a foto vencedora foi impressa em cartão telefônico.

Outro relato de um profissional atribui o aumento dos índices de AM na cidade de Londrina-PR ao trabalho desenvolvido pelas instituições de saúde, as universidades e o CALMA, como a seguir:

> *"Eu penso assim, a gente avaliando os números de 2002, então teve avanço, se você olhar, melhorou até os seis meses, até os quatro meses, melhorou, mas se a gente for avaliar ainda não é nem 50%. Tem muito a alcançar, quando coloca a questão da atenção básica, se a gente for avaliar Londrina, é a cidade de Londrina, o trabalho do aleitamento materno, a gente vai ver que é um trabalho bom, tem muita coisa, o trabalho do CALMA é excelente, até a questão da universidade, se você pegar os hospitais, o trabalho dos hospitais Amigo da Criança. Se a gente for fazer essa avaliação dentro do hospital, muitas vezes, a gente pensa: Não! Tá sendo feito, tá sendo trabalhado em cima disso".* (F – G2)

O trabalho realizado em parceria entre a Universidade, as instituições de saúde e os membros do CALMA é relatado como excelente. O profissional mostra satisfação por fazer parte dessa história de construção dos indicadores de AM no município, ele se vê nos indicadores.

Na atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é apontada como uma ação que colaborou de maneira positiva com o aumento dos índices de AM, como neste exemplo:

> *"Eu, particularmente, fiquei um pouco contente com os números, porque se a gente pensar, no ano de 2002, estava com dois anos que o PSF tinha sido implantado em Londrina, e no ano de 2008 já fazia seis anos que o PSF estava, assim, a partir de 2002 são oito anos, na verdade, de implantação do PSF. Então, acho que a gente pode pensar, como conheço um pouco da realidade da atenção básica, que esse é um fruto, um pouquinho, da atenção básica, talvez não é o ideal, não o que a gente quer chegar, aumentar muito mais os números, mas eu acho que a gente pode ver bem isso [...] que a unidade foi chegando, a questão do aleitamento materno, além dos simpósios, teve as oficinas de trabalho, também. Então, as unidades foram se sensibilizando ao aleitamento materno, e também, a partir da implantação do PSF, se reorganizou o atendimento à puérpera, ao binômio, na verdade. Então se reorganizou, não está perfeito ainda, mas todas as unidades têm implantado o programa de puericultura, cada uma talvez da sua forma, mas todas têm o atendimento. [...] Então, eu fiquei contente pela atenção básica."* (B – G2)

O profissional retrata a contribuição da ESF, ressaltando a expansão do atendimento à puérpera e da assistência em puericultura.

No Brasil, a ESF, proposta em 1997 pelo Ministério da Saúde, veio para buscar a reorganização do sistema de saúde e a superação da forma tradicional de assistência, voltada para o aspecto curativo e focada na doença. Os municípios que aderiram a essa diretriz o fizeram para reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, com prioridade nas ações de prevenção, promoção e recuperação. Pauta-se em uma relação mais acolhedora e de vínculo direto com a clientela (CARVALHO et al., 2006). A ESF aponta para uma perspectiva que:

> ... faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida [...] (BRASIL, 1997, p.8).

Em Londrina, a ESF foi implantada em 2001 e atualmente, segundo o Plano Municipal de Saúde, a atenção básica é formada por 52 UBS e 90 equipes de Saúde da Família o que significa uma cobertura em torno de 70% do município (LONDRINA, 2008).

As linhas de atenção em saúde da criança e em saúde da mulher estão em consonância com a ESF. As localidades onde essa estratégia foi implantada têm demonstrado experiências renovadoras e oportunidades que geram uma nova prática (SILVA, 2003). A estratégia também tem sido apontada como benéfica para a melhora de indicadores de saúde na infância, em estudos realizados em algumas regiões do Brasil (SILVA, 2003; RONCALLI; LIMA, 2006), evidenciando a contribuição da ESF na redução da mortalidade infantil, incremento do AM, ampliação da cobertura vacinal e diminuição de casos de doenças prevalentes na infância, discutindo o processo de monitoramento e avaliação desses indicadores, assim como o contexto de implantação da estratégia e as características mais gerais do campo socioeconômico e de políticas públicas.

A assistência em puericultura também é destacada na atenção primária de saúde para a promoção do AM que constitui uma prática de acompanhamento da criança e da mãe com orientações, estímulo e intervenção. Del Ciampo et al. (2000) consideram que a implantação da assistência em puericultura nos serviços de saúde foi uma das mais importantes maneiras de se promover o AM que pode ser estimulado na avaliação periódica da criança. Nesse momento de avaliação programado, é possível destacar a importância do AM para a criança e a mãe, orientando sobre práticas saudáveis de alimentação e esclarecendo dúvidas que podem interferir na prática da amamentação (DEL CIAMPO et al., 2006).

Outro relato profissional expressa que houve aumento dos índices de AM e também melhora de indicadores de morbimortalidade infantil:

> *"[...] a gente precisa sempre estar batendo na tecla do aleitamento materno, sim, porque esses dados, se a gente for juntar com outros, em questões de mortalidade infantil, a questão das doenças que a gente considera que são preveníveis, igual à diarréia, todos eles tiveram melhora. Então, a gente não teve uma piora 'ah, melhorou esses indicadores, mas continua morrendo de...'. Acontece, mas não na mesma frequência que acontecia antes, e que eu acho que quanto mais a gente sensibilizar a unidade, mais a gente vai ter aliados mesmo para trabalhar essa questão [AM]".* (E8 – ind).

A melhora dos índices percebida está relacionada com a associação existente entre prática do AM e redução da mortalidade infantil. O

profissional destaca que é necessário sensibilizar os serviços de saúde para ampliar a prática do AM.

Os Indicadores locais de AM abaixo das expectativas dos profissionais

Alguns relatos mostram certo descontentamento com os indicadores locais de AM, expressando a necessidade de melhora e o desejo de avançar, como nos exemplos a seguir:

> *"... a minha trajetória dentro do aleitamento materno está dentro desse período [2002-2008], e essa tabela antes desse período, que a gente pode ver as ações que foram estabelecidas desde quando a gente estava envolvido, muito envolvido com a questão do hospital amigo da criança, depois todas as outras ações que o CALMA fez, o que a gente pode perceber é que na primeira fase, em 2002, a gente tinha uma expectativa desses dados. Então, que essa expectativa, todo mundo falava assim: "Londrina tem um grupo legal de aleitamento, Londrina tem um grupo legal". Então, a expectativa era um índice um pouquinho maior. Aí, em função de que não foi tão interessante, os resultados não foram de encontro com a expectativa que a gente tinha. Agora, qual é a nossa, eu falo por mim, a nossa participação nessa trajetória? [...] porque a gente às vezes trabalha, trabalha, entendeu? e o resultado muitas vezes não aparece, ou efetivamente não se manifesta da forma como a gente gostaria que esse resultado acontecesse".* (A – G2)

> *"Olha, os índices estão baixos, né? Por exemplo, se a gente quer chegar em 100% até seis meses, eu acho que eles estão bem aquém. Mas, por outro lado, eles estão subindo. Então, eu acho que a gente tem muito trabalho para fazer. Eu acho que dá para melhorar bastante se a gente conseguir mudar algumas coisas [...]"* (E9 – ind)

Os profissionais sentem-se envolvidos com as ações em prol do AM, mas gostariam de resultados melhores quando focam, particularmente, na porcentagem de AME. Há elogios ao trabalho realizado no município, mas há a preocupação e o desejo de que 100% das crianças menores de seis meses sejam amamentadas exclusivamente pela mãe.

A OMS recomenda que todas as crianças menores de seis meses sejam amamentadas exclusivamente pela mãe e que o AM seja realizado até os dois anos de idade ou mais, complementado com outros alimentos (WHO, 2001). Essa recomendação de 100% das crianças amamentadas exclusivamente até seis

meses está dentro de um patamar ideal, mas precisa ser contextualizada, porque ela se torna abstrata e não retrata as particularidades dos sujeitos que vivenciam o AM, das práticas adotadas e seus pormenores negativos e positivos. Nos indicadores, não aparecem os limites e as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

O que as falas dos profissionais demonstram é o fato da melhora dos índices estarem traduzindo uma resposta aos esforços empregados no município, apontando algumas capacidades dos serviços de saúde.

Os dados sobre AM configuram uma motivação para continuar a se esforçar mais, como estes exemplos:

> *"Esses dados foram importantes, porque às vezes a gente olha: "nossa será que é assim, parece que lá no meu posto está tão menos", mas é uma coisa que é pontual, naquela região, naquela área está assim, mas eu acho que é positivo o que você está mostrando pra gente, a gente pega como um incentivo, porque até então a gente não tinha essas coisas atualizadas, a gente tinha coisas muito lá pra trás, a lá estava assim. Desde quando a gente teve o simpósio internacional aqui, que foi uma coisa muito grande, desde então a gente ficou meio perdida. Mas, eu acho que tá legal, acho que os números estão mostrando força aí pra gente de continuar a luta".* (E3 - G1)

> *"Quando eu olho aqui o [dado] de Londrina e que a gente teve um ganho que não foi muito grande de 2002 para 2008, é aquela coisa assim, dá a impressão que você olha: 'ah, de 21 foi só para 33% ...' [...] eu bato naquela questão, que a gente não pode desistir, porque quando a gente olha um índice, que às vezes, 'ah, tinha que ter mais de cinquenta por cento', a gente faz, faz, e depois anda tão devagar, é ruim. Eu acho que é a questão de ter aquela direção e não desistir. A gente não pode desistir dessa questão do aleitamento materno. Porque se eu desistir, se eu parar de falar, se o grupo parar de acompanhar, de ter um enfoque em relação a isso, você pode ter certeza que o índice começa a cair de novo. Eu acho que é ter o olhar, não podemos perder o foco; se perder o foco, e mesmo enfocando a gente não vai ter um ganho muito grande. O impacto vem vindo gradativamente, eu acho. O pouco que aumenta é como se fosse um cem por cento pra gente"* (E5 – ind).

> *"Eu achei que quando a gente olha o quadro de 2002, dá até vontade de chorar. Mas eu vejo que o aleitamento materno, o tema aleitamento materno ele é muito rico para ser discutido todos os dias na unidade. E que se a gente for olhar num corte de 2002 para 2008, a gente teve uma melhora significativa mesmo, de quanto a gente conseguiu atingir no aleitamento materno exclusivo de 0 a 6 meses e também, junto com isso, não é só a vontade nossa enquanto profissional de saúde, mas de outras instituições governamentais que ampliam a licença maternidade para você ter uma melhoria no aleitamento materno. Então a gente começa a ver que o nosso trabalho tá valendo a pena. E eu, enquanto lá, unidade, que fala assim: 'nossa, está valendo a pena mesmo? Será que a gente não tá*

remando contra a maré?' Mas, quando a gente olha os dados do município, a gente consegue ver o quanto a gente caminhou positivamente". (E8 – ind).

A aproximação aos índices pode atuar tanto para estimular a reflexão sobre as ações desenvolvidas quanto para motivar a continuar a promover o AM nos serviços de saúde, ao reconhecer o resultado de suas ações nos índices.

Profissionais de saúde do município de Londrina, desde os anos 1970, vêm desenvolvendo ações voltadas para o AM com grupos de profissionais, buscando propor estratégias que visam ao estímulo ao AM, demonstrando compromisso e sintonia com as propostas nacionais e internacionais, como exposto anteriormente na introdução da presente pesquisa. Entre as diversas ações pró-aleitamento que o município de Londrina desenvolve, algumas são desenvolvidas dentro dos hospitais, outras na rede básica de saúde e algumas na comunidade.

Alguns programas e ações, assim como leis e diretrizes, são parte do cotidiano da atenção à saúde no município e podem contribuir para a reflexão do aumento dos índices de AM, tais como:

- **CURSOS DE GESTANTES:** diversas instituições de Londrina têm realizado cursos de gestante com a colaboração das faculdades de enfermagem, de profissionais das unidades básicas de saúde e de profissionais em geral, de organizações não-governamentais, de grupos religiosos, de hospitais e de convênios de saúde com atendimento ambulatorial;

- **PROGRAMA NENÉM:** desenvolvido em um trabalho conjunto entre profissionais da Maternidade Municipal, da Diretoria de Ações em Saúde e do CALMA. Esse programa, somente no ano de 2004 a 2005, segundo dados disponíveis, atendeu 5275 mulheres. Um levantamento realizado nesse período demonstrou que 33% das puérperas e 17% dos bebês atendidos apresentaram algum risco de interrupção do aleitamento materno por ocasião da alta hospitalar, conforme critérios estabelecidos no programa. Em relação à mãe, os maiores riscos foram: mãe adolescente (35,0%), fissura mamilar (24,1%) e baixa produção láctea (10%), e, em relação ao bebê: recém-nascido (RN) com mais de 4000g (34,7%), RN com baixo peso (31,4%) e RN com dificuldade de pega (25,5%).

Na avaliação dos profissionais, esse programa tem possibilitado a continuidade da assistência da ESF no pré-natal, possibilitando atuação mais integrada e contínua para a proteção, promoção e apoio ao AM (CARVALHO et al., 2006). Dados de 2007 mostram 1193 mães e 296 bebês com algum risco de desmame e, em 2008, 2044 mães e 684 bebês diagnosticados com risco e referenciados para as equipes de Saúde da Família das UBS (LONDRINA, 2009).

- **REUNIÕES DE ALTA E REUNIÕES EDUCATIVAS:** realizadas diariamente nas unidades de alojamento conjunto onde as mães se reúnem com profissionais da maternidade, participam e discutem vários aspectos do AM com o objetivo de orientar e responder dúvidas, após as orientações individuais nos quartos;

- **LICENÇA MATERNIDADE PARA AS FUNCIONÁRIAS PÚBLICAS MUNICIPAIS:** Londrina foi o segundo município do Paraná a conceder licença maternidade de seis meses para suas funcionárias, em 1992. No artigo 104 da Lei nº 4.928/92, se lê: "Será concedida licença à servidora gestante, por cento e oitenta dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração" (LONDRINA, 2010a);

- **BANCO DE LEITE HUMANO NO HU-UEL (BLH-HU):** atuando desde 1988, o BLH realiza, além da coleta, pasteurização e distribuição do leite pasteurizado para unidades de terapia intensiva de Londrina, o atendimento local às mães, solucionando problemas como dificuldade de pega, ingurgitamento e apoio à mãe com dificuldades. Os hospitais e unidades básicas, bem como consultórios particulares, referenciam esse importante serviço para as nutrizes londrinenses. Muitas se tornam doadoras do BLH;

- **POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO NA MATERNIDADE MUNICIPAL:** funcionando desde agosto de 2003, esse posto de coleta tem como finalidade atender às mães em suas dificuldades com a amamentação e coletar leite que será encaminhado para pasteurização no BLH do HU. A Maternidade Municipal recebe retorno do leite pasteurizado para a complementação dos bebês internados;

- **CLÍNICA DE LACTAÇÃO DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO HU:** realiza atendimento para as mães que estão com problemas mais graves de

amamentação por meio de consultas individualizadas com pediatra e enfermeiro e atendimento da equipe até a solução do problema;

- **CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA:** desenvolvido anualmente pela Associação Médica de Londrina, tem como público-alvo pediatras e profissionais de saúde e abrange temas dos mais diversos interesses e, também, o AM.

Em relação às estratégias do governo federal, além do IHAC e da Rede Amamenta Brasil, há o Sistema de Avaliação Alimentar e Nutricional (SISVAM). Foi proposto primeiramente pelo INAN em 1976, mas somente em 1990, após a promulgação da Lei 8080/1990, e com a publicação da Portaria 1.156, em 31 de agosto desse mesmo ano, é que o SISVAN foi estabelecido nacionalmente. É um instrumento de obtenção de dados de monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar das pessoas em todas as fases do ciclo de vida (BRASIL, 2010d).

O SISVAN está ligado também ao monitoramento dos índices de AM. Atualmente, está vinculado ao Programa Bolsa Família, onde as informações dos dois programas se retroalimentam. Com a implantação da Rede Amamenta Brasil, o SISVAM WEB, forma de monitoramento on-line pela Internet, está sendo preconizado pelo Ministério da Saúde como a forma de alimentar os dados do monitoramento da Rede e a certificação das unidades de saúde. Com essas informações, será concedido à UBS o credenciamento na Rede (BRASIL, 2009b). O SISVAM WEB, ainda em fase de implantação nas unidades de saúde de Londrina, será uma importante ferramenta para a agilidade e fidedignidade dos dados sobre AM e alimentação complementar das crianças.

Algumas dessas estratégias aparecem no relato de um dos profissionais como contribuições para que os índices encontrados no presente estudo estivessem melhores do que os de 2002.

> *"Eu me lembro na época [2002] que a gente olhou esses dados e decidiu fazer alguma coisa em cima deles. Então, uma das coisas que a gente achou que ia ser legal era iniciar um processo de mostrar o aleitamento materno, ensinar o aleitamento materno de uma forma diferente, com aquelas oficinas dentro das*

UBS, e foi caminhando. Então, hoje, que eu acho que a gente está numa trajetória, que, hoje, dentro desse contexto, a gente tinha ações voltadas, desde a época do IHAC, mais voltado para a questão hospitalar, e que hoje nós fazemos parte de um, estamos vivenciando uma política de ação básica à saúde que é a Rede Amamenta Brasil, que eu acho que a expectativa nossa, mais uma vez, depois que isso se estabeleça em Londrina, efetivamente no Brasil, eu acredito que esses índices vão aumentar". (A – G2)

Nesta fala, o profissional relata que entre as políticas públicas propostas para o AM no município de Londrina na década de 1990, ocorreu o fortalecimento do AM nas instituições hospitalares, quando houve empenho pela implantação dos hospitais IHAC. Londrina possui três hospitais com esse título, sendo dois públicos e um privado.

Depois desse passo dado para o fortalecimento do AM nos hospitais, reflexões entre os profissionais de saúde do município levaram a perceber lacunas que existiam na atenção básica de saúde, sendo necessário um maior investimento na capacitação de profissionais para a assistência à saúde da mulher, criança e família. Surge, então, a proposta para capacitação dos profissionais da atenção básica para o apoio à mãe que amamenta, com o entendimento do AM para além de suas determinações biológicas, considerando a mulher em todo o seu contexto familiar e social, além da reflexão sobre o processo de trabalho das unidades para seu atendimento.

Os profissionais estão abraçando essa causa e têm expectativas de que as estratégias são um importante instrumento para alavancar os índices do município, como nos relatos a seguir:

"Quando eu falei lá no início da questão dessa política de atenção básica que tem agora que é Rede Amamenta, eu acho que a proposta não é só capacitar, 'oh, agora se vira'. Não. Mas, é uma rede de monitoramento, de seguimento, de acompanhamento. Então, acho que a gente acredita que, talvez, seja também mais uma estratégia que venha pra fortalecer, que venha pra auxiliar, pra formar dentro da educação, de todo esse processo, que a gente acha que isso seja uma ferramenta bastante eficiente nesse aumento dessa prevalência de aleitamento materno. E uma outra coisa que eu acho bastante importante, que, quando a gente estava fazendo as contas aqui 2002, 2008, são seis anos. Na realidade dizem que comportamento a gente só começa a avaliar a mudança depois de dez, então a gente está no seis, falta quatro ainda pra gente começar a colher essas mudanças. Mas, eu acredito que a gente, nesse momento, estar olhando pra esses dados, vendo que, lógico, a gente está numa curva ascendente, estamos numa curva ascendente, ainda que a ascendência não está tão grande quanto a gente

gostaria, mas eu acho que uma das coisas é a gente ficar contente sim, mas temos uma trajetória ai pra carrear". (A – G2)

"Porque não é fácil. Não é falar 'vai lá, dá o peito'. Porque depende da outra pessoa, não só da gente como profissional. Mas, quando eu olho isso daqui, e fazer uma análise do futuro, eu vejo que isso aqui a gente pode avançar muito mais sim, porque todos estão motivados. Não é só a saúde. A gente pode ver que outros setores também estão bem motivados para promover o aleitamento materno mesmo. Então, eu vejo isso daqui como um ponto bem gratificante, na verdade. Enquanto enfermeira de ponta, às vezes nosso trabalho parece que não tá causando impacto. Uma que você conseguiu trazer, pra gente é uma, mas se juntar um meu com um seu, já dá um volume maior e eu acho que a gente consegue visualizar o que a gente faz na unidade." (E8 – ind)

As estratégias mencionadas para o município aparecem associadas ao tempo e ao empenho para que as ações se concretizem no cotidiano da assistência e do trabalho dos profissionais, podendo gerar mudanças. Os profissionais mencionam que a promoção e apoio ao AM não se baseia apenas em boas políticas e programas ou em ações isoladas dos profissionais, aparece a motivação pelos índices, apontando que o sucesso da melhora dos índices é fruto da motivação pessoal, da intersetorialidade e da ação conjunta dos profissionais responsáveis por cada uma dessas dimensões da prática, individuais ou programáticas.

O período 2002-2008 é apontado em um dos relatos acima como ainda pequeno para se obter mudanças dos indicadores, valoriza a importância de olhar para os dados, avalia que estão em curva ascendente e há a preocupação em ampliar.

As análises de dados em períodos prolongados de tempo são, em geral, denominadas de análise de tendência e/ou mudança temporal, configurando variações ocorridas em indicadores do processo saúde-doença em quinquênios, décadas ou períodos de maior duração (FORANTINI, 1992). As áreas de epidemiologia e de saúde pública destacam a importância de estudos e análises da distribuição temporal de eventos do processo saúde-doença que contribuem para análises do processo saúde-doença e para o planejamento de ações de saúde (FRANÇA JR.; MONTEIRO, 2000).

Estudos de tendência de indicadores de saúde, de acordo com França Júnior, Monteiro (2000, p. 6) podem gerar a construção de:

> horizontes normativos em saúde pública, isto é, a definição objetiva de situações de saúde desejáveis que possam ser atingidas por quaisquer populações humanas em suas trajetórias históricas e sociais. Assim, o horizonte normativo corresponde à noção de um 'normal' sanitário que se depreende, usualmente, a partir das trajetórias de indicadores de saúde observadas em populações e em grupos sociais de países altamente desenvolvidos.

Um exemplo de indicador que pode proporcionar um horizonte normativo para a saúde é a mortalidade infantil. Países desenvolvidos, com situações ideais de qualidade de vida para a população, apresentam coeficientes de mortalidade infantil de 3 por 1000 nascidos vivos, como Suécia, Andorra e Islândia e 4 por 1000 nascidos vivos, como Mônaco, Japão, Itália, Grécia, Alemanha, França, entre outros (UNICEF, 2007). Esses índices, bem como suas estratégias de promoção da saúde para a população podem ser tomados como horizonte normativo para outros países.

No caso do AM, como apresentado na introdução da presente investigação, houve uma melhora global dos índices de AM atribuída a diversas estratégias, como o Código Internacional da Comercialização de Substitutos do Leite Materno, os 10 passos para o sucesso da amamentação, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, as campanhas como a Semana Mundial de Amamentação, entre outras, guiados pela Estratégia de Iniciativa Global para a Alimentação do Infante e Criança, da UNICEF (UNICEF, 2009).

Um relatório OMS (WHO, 2010a) apresentou indicadores para avaliar a amamentação materna e a alimentação complementar e consolidou as informações sobre práticas alimentares em 46 países que tinham dados disponíveis na Demographic and Health Surveys (DHS), conduzida de 2002 a 2008. O Quadro 7 mostra a prevalência de AME e o CMI de alguns desses países, colocados em ordem decrescente de prevalência de amamentação.

PAÍSES	PREVALÊNCIA DE AME EM MENORES DE SEIS MESES	COEFICIENTE DE MORTALIDADE DE INFANTIL
MAIORES ÍNDICES		
Madagascar	67	68
Peru	63	22
Gana	63	51
Zambia	61	92
Uganda	60	84
MENORES ÍNDICES		
Nigéria	17	96
Vietnã	16	12
Kenia	13	81
Republica Dominicana	8	27
Chad	2	124

Fonte: Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles. WHO, 2010.

QUADRO 7 — Comparação entre as prevalências de AME e CMI de diferentes países.

Como observado na Quadro 7, a situação do AM não prediz a condição de saúde de uma população, como é possível com a mortalidade infantil considerada um dos indicadores mais sensíveis para retratar as condições de vida em determinado contexto. Os estudos apontam que, frente às condições de pobreza e miséria de alguns lugares no mundo, o incentivo e apoio ao AM precisam ser incrementados, por ser uma estratégia de promoção de saúde que, isoladamente, pode reduzir 13% da mortalidade infantil (WHO, 2001; TOMA; REA, 2008; LEON-CAVA et al., 2002; JONES et al., 2003; GOLDMAN et al., 2007; EDMOND et al., 2006; BAHL et al., 2005; ANTUNES et al., 2008). A nutrição adequada é essencial para a saúde e desenvolvimento da criança. Estima-se que a subnutrição é responsável direta e indiretamente por pelo menos 35% das mortes de crianças menores de cinco anos e que seja a maior causa de danos, impedindo que a criança atinja todo o seu potencial de desenvolvimento (WHO, 2010). Esse

tem sido um argumento para subsidiar a priorização do estímulo ao AM nas políticas públicas também para populações que vivem em melhores condições de vida, em diferentes países, apontando os benefícios trazidos com a prática do AM para a promoção da saúde, em qualquer país ou condição social e econômica.

No Brasil, um país com proporções continentais, onde se destacam as diferenças regionais e dentro de uma mesma região, até mesmo em uma mesma cidade, a sociedade, o sistema de saúde e os governos também podem se beneficiar com a prática do AM.

Em revisão integrativa com 18 artigos sobre pesquisas de prevalência do AM e fatores associados realizadas no Brasil que utilizaram metodologia semelhante à proposta pelo AMAMUNIC, foi encontrada uma tendência de aumento da prática da amamentação materna ao longo dos anos. Todas as prevalências de AM em menores de um ano encontradas na década de 90 eram inferiores a 60%. A partir do ano 2000, essa prevalência ficou entre 60 e 80% (CAPELLINI, 2010). As pesquisas epidemiológicas vêm apontando um incremento na retomada do AM, com tendência ascendente de AME em menores de 4 meses de idade e entre 4 e 6 meses de idade. Houve crescimento global da prevalência tanto do AM quanto da introdução adequada de alimentação complementar entre 1990 e 2004 (UNICEF, 2005). A prevalência do AME cresceu de 34 para 39% com maior aumento nos meses iniciais de vida, em áreas urbanas brasileiras. Da mesma forma, a pesquisa de 2008 demonstrou um aumento da prevalência nacional que era de 35,1% em menores de quatro meses em 1999, elevando para 41,0% em 2008, em menores de seis meses (BRASIL, 2009c).

Assim, revisando esses indicadores, cabe refletir sobre as metas que serviços e profissionais de saúde pretendem atingir, revendo se é possível tomar os 100% preconizados pela OMS como horizonte normativo para a prática do AM, particularmente o AME para as crianças menores de seis meses de idade, ou ainda, qual é a porcentagem que se deseja atingir para essa prática alimentar e como ampliar as ações para um efetivo cuidado em saúde.

A avaliação dos indicadores vai além dos números. Os profissionais de saúde participantes da presente pesquisa apontam avanços e veem alguns

obstáculos. Aparecem pontos acerca das dimensões da vulnerabilidade programática no que diz respeito àquilo que está influenciando as ações de saúde no tocante ao AM ali no município. Também levantam aspectos que podem estar associados à dimensão individual e social da vulnerabilidade quando apontam que amamentar não é uma tarefa fácil para as mães e que depende do comportamento das várias pessoas e do contexto em que vivem.

Conhecer os indicadores de saúde e, para além deles, os indivíduos e grupos é importante para a organização da assistência, a visualização de aspectos importantes para a gestão do cuidado, a discussão de obstáculos e danos à saúde. Os profissionais de saúde podem ter uma atuação que revigora o Cuidado em saúde e amplia o acesso das famílias à rede de serviços de saúde, realizando intervenções de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, contribuindo para a redução das desigualdades sociais e melhora da qualidade de vida das famílias e das crianças, com possibilidades para o incremento dos indicadores de saúde.

As diretrizes das políticas de saúde e seus indicadores são de extrema importância, mas junto com eles é fundamental analisar as particularidades do país, de cada região ou município e, sobretudo, compreender os sujeitos envolvidos e a complexidade da atenção à saúde para avançar no cuidado das pessoas. A reflexão sobre essa complexidade dos serviços, apreendida nas falas dos profissionais, nos remete ao segundo tema.

5.2.2 O cotidiano da assistência nos serviços de saúde: fortalezas e fragilidades

O segundo tema diz respeito ao cotidiano da assistência acerca do AM, trazendo as fortalezas e fragilidades voltadas para a atenção básica de saúde, para outros serviços de saúde do município e para a atuação multiprofissional, a partir das falas dos profissionais de saúde com suas experiências nos cenários onde as práticas ocorrem.

> *"Eu acho que faltam várias coisas: falta o tempo pra atender com calma e disposição, falta também, tem momentos que falta até o treinamento; porque a pessoa recebe, tenta ajudar, mas não dá conta; falta talvez apoio até institucional, porque pode ser que tem muita gente com vontade, que até acolhe a mãe e ele tem que dar conta de tantas coisas, que ele não consegue, não consegue; principalmente na rede [de atenção básica]. E falta os hospitais, também, retomar a questão do aleitamento que, na minha opinião, está perdendo um pouco, porque tem algumas que é pra voltar no hospital, bebê nasceu e já aconteceu de estar ligando pra gente, e a gente não dá conta naquele dia. E, se é um ingurgitamento, esperar até amanhã, já tem mastite. Então, a gente fala: 'vai na maternidade, no hospital que você teve bebê', e ela não conseguiu ou não tem essa abertura, não tem alguém da enfermagem que recebe, não tem nada. Manda para o médico, aí o médico, às vezes, não sabe nem o que fazer, o procedimento, pede pra voltar pra cá, e quando ela volta pra cá, já está difícil. Então, assim, a gente vê que um bom recurso é o banco de leite ser aberto e a mãe poder chegar; que a dinâmica aqui não permite a qualquer hora, às vezes pode ter que esperar dois dias. Não da pra fazer como pronto socorro, né? O posto deveria ter acesso fácil e todas as maternidades e algumas não tem. As mães procuram, ligam e não conseguem nem identificar quem é o enfermeiro ou que conheça ele do dia que o bebê nasceu e fica com dificuldade de voltar. [...] Porque, se ela tivesse um atendimento, não é nem personalizado, mas assim, uma atenção especial de alguém do hospital; primeiro que ela ia lembrar de pedir socorro àquele que deu uma atenção no hospital. Então, aí já remete a pensar: 'será que alguém tá fazendo esse trabalho de apoio dentro do hospital?' Não sei. [Na atenção básica] na minha visão, em equipe de enfermagem, que está lá o tempo todo, não precisa você agendar uma consulta como é com o médico, que tem x vagas e não pode escapar. Se a enfermagem pode, nem que for combinar pra um outro horário, mas pra dar um alô, um caminho; não deixar o paciente perdido, acho que sim. [...] É muito difícil quando você está com problema e ninguém te dá uma mãozinha, um caminho; nem que você tiver que esperar, mas te dar um caminho, eu acho que falta. O aleitamento tem pressa, não dá pra esperar, né"?* (E3 – ind) [grifos do autor]

O relato aponta várias preocupações com a assistência às mães que amamentam, que servirão como base para a discussão das fortalezas e fragilidades dos serviços. Entre esses aspectos, podemos identificar várias situações vivenciadas pelas mães nos serviços de saúde que as colocam em situação vulnerável na questão do AM. O profissional acima cita a falta de tempo para assistir a mãe que amamenta, de capacitação do profissional, de apoio institucional, como lidar com casos de dificuldades na amamentação, a indisponibilidade de alguns serviços de atenderem a mãe no momento em que ela precisa, a falta de vínculo com o profissional que a atendeu nos serviços de saúde e, ainda, a falta de um direcionamento no serviço de saúde para a nutriz. Enfatiza, ao final da fala, que as questões do AM exigem dos profissionais e do processo de

trabalho nos serviços de saúde uma disponibilidade para serem atendidas prontamente, com o risco de seu adiamento resultar em desistência e insucesso.

Esses diversos pontos, levantados na fala desse profissional de uma forma sintética, porém muito rica, serão mais detalhados, juntamente com as falas dos outros profissionais.

▮ Fortalezas do cotidiano da assistência

Primeiramente, apresentamos aspectos das fortalezas do cotidiano da assistência na atenção básica de saúde.

A **Atenção Básica** (AB) é considerada pelos participantes como a porta de entrada do sistema de saúde, desenvolvendo, dessa forma, um papel importante para a saúde das pessoas e o bom andamento do sistema de saúde, como expressa esta fala:

> *"Eu acredito que tudo começa pela atenção básica. Se a gente pensar que a atenção básica é uma porta de entrada para todo um outro sistema, para o pré-natal de alto-risco, ou pra maternidade, os profissionais da atenção básica precisam comprar a ideia, de que o aleitamento materno vai diminuir as consultas de pediatria, e que, lá na frente, vai diminuir as consultas para as especialidades. Então, o profissional da atenção básica tem que enxergar que o aleitamento materno ele não é só um 'ah, dá o peito lá por seis meses', não. Ele é uma forma da gente prevenir, e a gente pensar que prevenção começa pela gente, então a gente tem que muito lutar pelo aleitamento materno, mesmo. Vestir a camisa, porque eu vou estar prevenindo essa criança e essa mulher de coisas que são simples, né? Porque não tem gastos, só preciso me dedicar. Não tem gasto financeiro com aleitamento materno. E o custo de uma internação é muito maior. Então, o custo enquanto você está dando o peito é menor do que uma internação alérgica ao leite de vaca. Então, a atenção básica ela tem que estar muito fortalecida e comprar a idéia mesmo de que, se a gente pensa em prevenção de outras patologias e agravos, então aleitamento materno é uma ferramenta que a gente pode utilizar e, se bem utilizado, a gente tem uma adesão muito grande dessas mulheres. Então, eu penso, assim, se é para a gente melhorar isso daqui, então a gente tem que dar um subsídio maior para a atenção básica".* (E8 - ind)

Na fala do profissional, o AM aparece como uma ferramenta de baixo custo para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Mas, para isso, considera ser necessário o comprometimento por parte do profissional para intensificar a adesão das mães.

De acordo com o relato, a melhora dos índices de amamentação passa pelo fortalecimento da AB, por um empenho para sua ampliação, incremento, revisão de custos e reorganização. Nas diretrizes políticas, a AB no tocante ao contato inicial dos usuários com o sistema de saúde, há um reconhecimento sobre a necessidade da valorização desse segmento do sistema de saúde nacional, cabendo ressaltar que o Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituído com a finalidade de revitalizar a AB no país. Os princípios que a orientam são os da universalidade, da acessibilidade e da coordenação da atenção à saúde, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

A AB caracteriza-se pelo conjunto das ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que visa à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Tem o propósito de resolver os problemas de maior frequência e relevância de um território e, como princípio, a AB deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural. A AB tem como estratégia prioritária a Saúde da Família e como um de seus fundamentos "possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde" (BRASIL, 2007, p.13).

Nos relatos dos profissionais, a **Estratégia Saúde da Família** (ESF) também foi referida como importante para a promoção do AM, enfatizando que é uma estratégia que proporciona o conhecimento da realidade de cada família, constituindo uma oportunidade de atuação mais contextualizada, como nos exemplos a seguir:

> "*O fato do programa da saúde da família, de adentrar na casa, conhecer a realidade da mãe, acho que isso foi um fator positivo de estar conhecendo melhor. A gente via, assim, que a gente poder acompanhar aquela mãe, as dificuldades, entender o fato que ocorre dentro da casa, não olhando só o fato de ela amamentar, mas, às vezes, trazendo marido, esposo, a mãe ou a sogra, pegando aqueles pontos, assim, quando você ia na casa pegando aquelas coleções de mamadeiras*". (E1 – G1)

> *"O PSF ajudou, o PSF ajudou muito, a gente enxergar, porque a gente dava o papel e tchau. Agora não, você vai lá e vê que não fez, que não comprou, que tem*

dificuldade, que está em situação financeira ruim, que não é aquela limpeza que você achava que era". (E3 – G1)

Embora os relatos dos profissionais expressem um propósito relevante de que a ESF possibilita maior contato com as famílias e o conhecimento de suas particularidades. Também podemos perceber uma visão de que, ao adentrar o domicílio, o profissional da saúde da família identifica pontos (a existência da mamadeira, o grau de higiene, o que foi e o que não foi realizado pela mãe) que dão a idéia de uma atuação vigilante.

A estratégia de Saúde da Família foi proposta para reorganizar a AB nos territórios em que atuam as equipes de Saúde da Família, em substituição à rede de AB tradicional. Nas diretrizes políticas, a ESF está vinculada ao cuidado dos indivíduos e das famílias, porém numa visão pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população (BRASIL, 2007). Desde sua implantação, em 1998, caracteriza-se como uma estratégia que enfatiza a integração e organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Deve ser reconhecida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997).

> Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constróem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997, p. 8).

Entendendo que essa oportunidade de conhecimento da realidade se concretiza, principalmente, na visita domiciliar, ação estabelecida para ser realizada pelos profissionais da equipe de Saúde da Família, Amaro (2000) nos alerta para o fato de que "nem sempre nossa razão e visão estão aptas para captar as relações, ações e significados que compõem o real do sujeito ou grupo que estamos observando através da visita domiciliar" (AMARO, 2000, p.196). Para a autora,

> Muitas vezes, diante de nossos olhos invariavelmente preconceituosos e pouco hábeis do ponto de vista investigativo, a realidade que nos surpreende ou mesmo nos 'choca' tende a ser interpretada como um desvio ou perversão, quando na verdade não é nada disso. A realidade é sempre maior e mais objetiva do que os 'padrões de realidade' que se conhecem ou se estabelecem como critério de verdade (AMARO, 2000, p. 197).

Complementa, ainda, que é importante, para capturar o todo, identificar o que está reforçando, condicionando ou explicando as atitudes dos sujeitos. É importante que o observador seja capaz de encontrar a verdade daquela realidade, não a verdade que acredita ou que quer ver (AMARO, 2000).

No AM, isto se reveste de extrema importância, tendo em vista a multidimensionalidade dessa prática. Os profissionais devem considerar o momento de assistência no domicílio como uma oportunidade ímpar para a busca da compreensão das atitudes e decisões daquela família em relação ao cuidado em saúde da criança e de todos os membros familiares, desse modo, pautados na realidade e na perspectiva da responsabilidade compartilhada e nas possibilidades de resolução das dificuldades junto com a família.

Nos relatos, aparece também o **Agente Comunitário de Saúde** (ACS) que é tido como um parceiro e figura fundamental para a promoção do AM, como nestas falas:

> *"Uma das coisas que a gente percebe, é que a gente sempre fala do aleitamento na questão da promoção, proteção, apoio, e o apoio ficava um pouquinho vago, que quando elas mais precisam de apoio, que era lá da apojadura, que os problemas começavam a aparecer, ela estava em casa e ela não tava tendo esse apoio, e a atenção básica, nesse ponto, teve uma influência com relação a isso, principalmente com o PSF, com os agentes comunitários, pra estar resgatando essa necessidade da mulher depois da alta, pra conseguir dar esse apoio. O ACS me surpreendeu muito quando eu fui pra unidade, porque por mais que ele também tenha vivido dentro de cultura de mamadeira, de chupeta, coisas assim, mas ele tem um compromisso com aquilo que é estabelecido como meta dentro do ESF, e ele busca mesmo. Então, se a unidade, tem algumas unidades que têm já a característica de não só puericultura, mas de fazer a primeira visita domiciliar, a primeira consulta dessa criança no domicílio, e de preferência nos dez primeiros dias e aí sim vai pegar vários problemas do aleitamento materno. E quem busca e vai atrás disso é o ACS, ele tem a listagem dos nascidos vivos, ele corre atrás, e fala:'oh, nasceu neném, tem que ir lá visitar'. Então, as unidades que conseguem se organizar melhor, eu acredito que ela tenha uma forma mais*

fácil de apoiar esse AM, se ela consegue já detectar problemas, pelo menos até 15 dias. Então, isso é uma das coisas que eu acho que daria pra melhorar o índice". (C –G2)

"Os profissionais, não só pensando nos médicos e nas enfermeiras ou o auxiliar, mas no agente comunitário, porque é ele que, muitas vezes, transmite as informações que nós passamos. Então, ele tem que estar muito ciente dos benefícios. Então, o agente comunitário, de todos os profissionais da unidade, o agente comunitário precisa estar capacitado para levar essas informações para a avó, para o marido, pra própria mulher, para a comunidade, mesmo. Então, de todos os profissionais, o agente comunitário é a peça fundamental nossa". (E8 – ind)

"A gente faz a busca. Os ACS estão informados da data provável do parto, e nessa ocasião eles passam fazendo visita para saber se já foi para a maternidade, se retornou. E quando eles encontram primeiro o retorno, eles encaminham aqui para a unidade" (E10 – ind).

O ACS aparece nas falas dos profissionais como aquele que contribui para a transmissão das informações do AM na família e comunidade, buscando contato precoce tanto no início da gestação quanto na visita puerperal após a alta hospitalar, no estabelecimento de vínculo, identificação de problemas e alcance de indicadores elevados.

A implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início na Paraíba, na região Nordeste do Brasil, e priorizava ações de informação e educação em saúde na área de saúde materno-infantil, ampliando sua atuação para outras regiões do Norte e Nordeste e também abrangendo outras áreas além da materno-infantil. Os resultados dessa experiência determinaram a implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, que passou a se chamar PACS, a partir de 1992. Por meio do PACS, o Ministério da Saúde institucionalizou as experiências desenvolvidas e legitimou a função dos ACS (CORBO et al, 2007).

Entre as atribuições definidas para o ACS está a manutenção do contato permanente com as famílias, para o desenvolvimento de ações educativas e atividades de promoção, prevenção e vigilância em saúde por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2007). No município de Londrina, as atribuições do ACS estão voltadas para: conferir a relação dos nascidos vivos de sua área; realizar

visita domiciliar para conhecer, cadastrar e encaminhar para a unidade todas as crianças; realizar as visitas mensais conferindo a carteira de vacinação e o estado geral da mãe e da criança; identificar dificuldades com o aleitamento materno e avisar a equipe de sua área; realizar a busca dos faltosos ao programa; preencher o cartão 'sombra' para acompanhamento do peso e imunização (LONDRINA, 2006).

Em um estudo sobre o conhecimento e práticas de promoção do AM em equipes de Saúde da Família, Caldeira et al. (2007) observaram que os ACS apresentaram pior desempenho nos testes de conhecimento, mas eram mais empenhados nas atividades de incentivo ao AM. Esse profissional pode ser um grande aliado nas questões do AM, com capacitação adequada e revisão das atribuições que pode desenvolver dentro das competências estabelecidas para sua atuação, contribuindo para a melhora dos índices de AM.

Nos relatos dos profissionais, outras experiências foram citadas como exitosas para o sucesso do cuidado da mãe e do bebê, como a **primeira consulta de puericultura realizada pela(o) enfermeira(o)** e a **puericultura por adoção**. Essas práticas estão relatadas nas falas a seguir:

> *"Todos os bebês passam, em Londrina, a primeira puericultura pela enfermeira ou pelo enfermeiro, cada um com a sua agenda, talvez não na primeira semana, não nos primeiros 15 dias, mas, na maioria das unidades é o enfermeiro que verifica a primeira puericultura, que faz a primeira puericultura, e já verifica os problemas de aleitamento materno e dá o encaminhamento necessário pra eles".* (B – G2)

> *"Os programas de puericultura por adoção hoje, que foi feito o protocolo, ele está um pouco desestruturado. São poucas as unidades que estão adotando, que eu acho que o melhor sistema hoje que se pode pensar em resgate de puericultura. Mas perdeu-se, assim, porque hoje o puericultor, o pediatra que vai falar, a mãe já chega assim 'você vai me ensinar a fazer papinha, você vai me ensinar a dar comida, você vai me ensinar a dar banho'. Então, assim, há uma informação muito grande. Você tem muitas barreiras na adoção hoje, mas a gente luta, na minha unidade é adoção, e eu ainda estou lutando. Mas, assim, já estão querendo largar no posto, ninguém agüenta é muita sobrecarga de trabalho".* (E3-G1)

A primeira consulta de puericultura realizada pela(o) enfermeira(o) foi atribuída como de fundamental importância para a detecção precoce,

intervenção, resolução e encaminhamento dos problemas iniciais de amamentação. Também foi referida a puericultura por adoção realizada no município e apontada pelo profissional para melhora da qualidade desse atendimento. Entretanto, nem sempre essa prática é desenvolvida devido à sobrecarga de trabalho.

A puericultura por adoção foi uma proposta de atendimento à criança na atenção básica de saúde no município de Londrina, para que a criança seja assistida por um mesmo profissional em todas as puericulturas que fizer na unidade de saúde, dentro dos primeiros dezoito meses de vida da criança. O objetivo dessa prática é criar um vínculo e estabelecer uma relação de confiança entre a família e o profissional de saúde que terá a oportunidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, conhecer a família, suas condições de vida e saúde e seus hábitos cotidianos. Porém, essa estratégia não tem sido realizada com frequência, sendo alegados motivos como a alta demanda e a falta de recursos humanos, deixando de ser praticada em algumas UBS. Como essa proposta não ficou estabelecida em forma de protocolo ou instrução de serviço, as UBS aderem conforme sua disponibilidade ou vontade. O que está estabelecido para o município consta do Protocolo Clínico da Saúde da Criança (LONDRINA, 2006), que sistematiza as ações voltadas à criança em Londrina, baseadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do MS (BRASIL, 2004).

Nesse protocolo do município, as metas que envolvem o AM são: estimular a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida a 100% das crianças; realizar a busca ativa de 100% dos recém-nascidos de risco da área de abrangência; acompanhar 100% das crianças residentes na área de abrangência da unidade através de visitas domiciliares das equipes do Programa Saúde da Família (LONDRINA, 2006).

Entre as atribuições do enfermeiro da equipe de Saúde da Família está realizar assistência integral às pessoas e famílias e, quando indicado ou necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (BRASIL, 2006).

No protocolo de Saúde da Criança do município de Londrina, está determinado que todas as crianças recebam, nos primeiros quinze dias de vida,

uma consulta médica, uma consulta com o enfermeiro e visita domiciliar da equipe da Saúde da Família. Para o enfermeiro está estabelecido: realizar o primeiro atendimento de puericultura, de preferência, nos primeiros 15 dias após o nascimento; identificar dúvidas e dificuldades da mãe procurando esclarecê-las; identificar dificuldades no AM; realizar visita domiciliar para acompanhamento dos recém-nascidos e consulta puerperal; avaliar a criança, identificando riscos, e agendar a primeira consulta com o pediatra. Entre as atribuições do pediatra, também está descrito o incentivo ao aleitamento materno (LONDRINA, 2006).

Em relação às puericulturas realizadas por enfermeiras(os), estudo com base em registros de informações em prontuários em uma UBS de Londrina, encontrou que o primeiro atendimento em puericultura de 51,0% das crianças foi realizado por enfermeira(o) no primeiro mês de vida e, dessas, 35,5% nos primeiros 15 dias de vida do bebê, conforme preconizado no protocolo municipal e pelo MS. Quanto ao AM, 66,3% desses bebês estavam em AME e 92,3% não apresentaram risco de desmame. As informações sobre pega e posição correta para a técnica da amamentação materna, durante a consulta, foram registradas pela(o) enfermeira(o) em 53,8% dos prontuários (ABE; FERRARI, 2008).

A assistência em puericultura também foi abordada a partir de experiências maternas em um estudo que ressalta o início precoce do acompanhamento da saúde da criança, a amamentação como elo de aproximação entre a mãe e o serviço de saúde e o apoio profissional prestado nessa situação (MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007). O estudo aponta que as mães não procuram a unidade de saúde somente quando a criança está doente, procuram por orientações sobre a amamentação, saber como está o ganho de peso, aspectos da alimentação, como educar o filho e o desenvolvimento da criança. O mesmo estudo também foi baseado em relatos profissionais e há afirmações sobre as mães que vão aos serviços de saúde buscar reforço positivo para o cuidado que estão desempenhando em casa com os filhos. Essas mães querem adquirir confiança de que estão no caminho bom e certo. As mães que comparecem com regularidade à assistência em puericultura são apontadas nos relatos dos profissionais como mães mais preocupadas com a criança. Há relatos sobre o êxito da assistência expresso pela adesão à puericultura, ou seja, o acompanhamento sistemático do crescimento

e desenvolvimento da criança é tomado pelos profissionais como um êxito técnico. As autoras discutem que, na assistência em puericultura, além do alcance da adesão a essa prática, há necessidade de se preocupar com os valores das mães e famílias e com o estabelecimento de vínculo e co-responsabilidades entre os sujeitos (MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007).

Outro aspecto ressaltado foi o desenvolvimento da **assistência em equipe** na ESF, como mencionado neste exemplo de fala:

> *"Tem um déficit de ginecologista enorme na rede, então vem vindo os problemas. Tudo bem, não é justificativa faltar ginecologista, eu acho que não é, não é desculpa, não é desculpa faltar profissional médico. Eu sempre falo que depois que eu fiz ESF, eu entendi o que é equipe, que você que é equipe, é todo mundo, não é o médico, ah, não. Não tem médico, não se faz mais nada nesse posto, sabe, pára, pára tudo. Então, eu acho que esses elos têm que ser uma luta do serviço."* (E3 – G2)

O trabalho em equipe na ESF é apontado como importante para o sucesso da assistência e, na ausência de alguns profissionais em determinados momentos, essa prática ajuda a transpor as dificuldades.

Estudo demonstrou que o trabalho integrado de toda a equipe de saúde, desde o início do atendimento no pré-natal e durante todo o seguimento no programa de puericultura foi fator decisivo na implantação e manutenção do AM por períodos mais prolongados (DEL CIAMPO et al., 2006).

O conceito de interdisciplinaridade, muito debatido hoje em dia, é entendido, no contexto da ESF, como um trabalho coordenado e com objetivos comuns, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que reporta ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar (SANTOS; CUTOLO, 2003). Santos e Cutolo (2003, p.71) consideram que "a prática nos leva a uma realidade totalmente distinta, em que o trabalho em equipe se aproxima mais do que podemos rotular como pluridisciplinar, já que os conhecimentos profissionais dos componentes das equipes não se integram, reproduzindo o que foi aprendido nos bancos universitários". A dificuldade de integração impede o conhecimento das potencialidades de cada membro da equipe, o que poderia alavancar a qualidade da assistência e reduzir as fragilidades provocadas pela deficiência de recursos

humanos e a alta demanda por atendimento na atenção básica, levantadas neste estudo.

Assim, nesta pesquisa, do ponto de vista das fortalezas, podemos apreender que a atenção básica é tomada como porta de entrada no sistema de saúde local, prevalecendo o princípio de acesso universal e a importância do seu fortalecimento. A ESF permite conhecer a realidade da cada família com ampliação dos vínculos e redução de oportunidades perdidas, mas há necessidade de repensar a atuação profissional junto às famílias. O ACS é visto como parceiro e elo entre a equipe e as famílias e com um papel expressivo para incremento do AM. A visita domiciliária é abordada como apoio e intervenção precoce no AM. A consulta de enfermagem e a assistência em puericultura são vistas como estratégias para continuidade da atenção ao bebê e mãe; e o trabalho em equipe para fortalecer ações na atenção básica de saúde.

A seguir, apresentamos aspectos ressaltados pelos profissionais como fragilidades do cotidiano da assistência no âmbito da atenção básica.

▮ Fragilidades do cotidiano da assistência

Um aspecto de preocupação na fala dos profissionais diz respeito ao **início do incentivo ao AM no pré-natal**. Quando ocorre o contato desde o pré-natal, a percepção é que isso facilita o estabelecimento do AM depois do nascimento do bebê. Porém, referiram limitações por falta de ações nos serviços voltadas especificamente ao AM no pré-natal.

> *"Aqui na UBS, tanto aqui quanto nas outras que eu atuei, a gente já prepara desde o início, na primeira consulta de pré-natal, quando a enfermeira faz esse atendimento, a gente já fala, já no início, no primeiro atendimento da importância do aleitamento e do preparo da mama, também, dos cuidados que ela tem que ter com o bico para evitar de ressecar e evitar fissura lá na frente quando o bebê nascer. [...] Isso faz diferença. As mães que a gente acompanha desde o início e que faz o pré-natal direitinho, elas têm vontade de amamentar. E elas iniciam. E se têm dificuldade, elas vêm na UBS procurando por quem fez aquele atendimento. É a confiança que elas sentem de ter acompanhado e as orientações, por confiar e ter segurança naquele profissional".* (E10 – ind)

"Mas o que vale é a mulher se apropriar dessa decisão. Então, ela precisaria ser trabalhada no pré-natal. Eu acho que o pré-natal é a chave de tudo, né? Mas, no pré-natal, você vê quando a mãe chega, ela está despreparada. A mãe, quando chega para o pediatra, a gente perdeu a oportunidade de trabalhar com ela. [...] E onde também a gente não tem acesso é no pré-natal que daí a parte do pré-natal é muito fraca lá na unidade, o atendimento, sabe? De estar fazendo alguma ação no pré-natal, na minha opinião, deixa muito a desejar. Quando chegava em mim, eu já mobilizava um pouco mais, eu queria ver mamar, perdia meu tempo, eu gostava, era meu objetivo. Agora, a gente já não sente isso no GO [ginecologista-obstetra], não tem nada sistematizado que leve a isso, alguma ação no pré-natal". (E9 – ind)

"Eu estava pensando já aqui, que é uma coisa que também me angustia, que a gente, na atenção básica não trabalha muito a gestante, então a gente não trabalha, a gente tem nove meses pra trabalhar. Se existe, são coisas bem pontuais, muito esporádicas e, às vezes, a gente não tem realidade de grupo de gestantes ou de algum atendimento em aleitamento materno pra gestante. A gente até tem a enfermeira participando do pré-natal, mas a maioria faz só a primeira consulta. Então, ali até se fala em aleitamento materno na primeira consulta, mas ela não está, não é o momento de ela estar abordando, ela [a mãe] está sabendo que ela está grávida, ela está pensando no que ela tem que comprar ou ela não está gostando da notícia [...]". (B – G2)

"A gente começou a fazer grupo de gestantes, a gente envolveu vários profissionais, igual a odonto, daí tinha um dia que a odonto montava um cronograma, como o da universidade, montava um cronograma, colocava o profissional dentista, o auxiliar, o agente comunitário, dentro do seu papel cada uma coloca. Também chamava o ginecologista, pra poder estar dando continuidade. Porque quando estava só a enfermeira, o dia que não ia, tinha ficado doente, alguma coisa, não tinha grupo, e as gestantes iam pro grupo, ficavam lá, desanimavam, daí na outra semana, não iam. Então, não dá pra ser assim". (E1-G1)

Os profissionais destacam que o pré-natal é um período importante e que não podem ser perdidas as oportunidades de trabalhar a questão do AM em conjunto com as mulheres-gestantes.

Os grupos de gestantes são citados pelos profissionais como um espaço rico para a interação com as gestantes, tanto para formação de vínculo quanto para a abordagem do AM. No entanto, os profissionais mostraram fragilidades, por não conseguirem realizar os grupos em vários serviços de saúde de Londrina. Quando existe, fica na responsabilidade de apenas um profissional, dificultando a manutenção do grupo na ausência deste, causando desestímulo à participação das gestantes.

No Brasil, houve aumento do número de consultas de pré-natal realizadas pelo SUS, de 1,2, em 1995, para 5,45, em 2005 (BRASIL, 2005a). A Pesquisa Nacional Demográfica da Saúde da Mulher e da Criança (PNDS), realizada em 2006, demonstrou que apenas 1,3% não compareceram em nenhuma consulta de pré-natal. A realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, ocorreu em 77% das gestações (BRASIL, 2008). Em Londrina, a proporção de mães que referiram ter realizado sete ou mais consultas de pré-natal foi de 87,1% (LONDRINA, 2008). Esses dados demonstraram que é grande a procura pelos serviços de saúde durante o pré-natal, razão pela qual os profissionais dessa pesquisa consideraram que essa oportunidade não deve ser desperdiçada pelos serviços para a abordagem das questões do AM.

O MS preconiza na assistência ao pré-natal as "atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias" (BRASIL, 2005a, p.10).

Outro aspecto descrito pelos profissionais foi a **atenção fragmentada no seguimento da mãe e da criança após a alta,** relatado como uma fragilidade a ser superada, tendo pouco monitoramento e atraso na busca ativa para detecção precoce dos problemas de amamentação:

> *"As dificuldades que essa mãe enfrenta no próprio aleitamento mesmo. Assim, os ACS estão preparados? os enfermeiros da unidade básica? como que está organizada a unidade básica pra dar o atendimento nos primeiros momentos que a mulher e o neném chegam em casa? Eu acho que o ponto principal tá aí, esse acompanhamento da unidade básica no pré-natal, e pra essa mãe e esse neném que acabou de chegar em casa, e que muitas vezes, é lá dentro da casa e não esperar essa mãe vir à unidade na consulta de 15 dias ou um mês, pra poder fazer alguma coisa, onde já, muitas vezes, não tem mais como você retomar isso".* (F-G2)

> *"Na verdade, a gente tinha um programa onde a enfermeira já, assim que a mãe retornava para casa, procurava fazer a visita em casa, o mais precoce possível. Hoje, com falta de funcionário, a gente já não consegue fazer mais isso. Então, é o ACS que passa na casa e orienta para que a mãe venha, já agenda para que ela faça o puerpério e a puericultura, aonde é a enfermeira que faz esse primeiro atendimento. E, nos casos que a gente, às vezes, fica sabendo, a gestante vem*

aqui e a gente encaminha para a maternidade, aí a gente comunica o agente comunitário para ele estar indo buscar essa puérpera". (E10 – ind)

"É que nossa realidade ainda não é atuação integral, nós trabalhamos com o programa saúde da família, mas ainda nós atendemos o modelo antigo, não é verdade? E o agente comunitário ele aprendeu junto com a gente, apesar de eles terem a formação, o curso de agente comunitário, mas eles vivem como a gente. Então, eles vão lá na casa, eles vão na casa pra ver hoje: 'hoje eu vim aqui pra ver a vacina', e infelizmente eles trabalham assim; 'hoje eu vim ver o aleitamento materno, como que está o aleitamento materno?' Eles não conseguem ir lá e ver o chek-list: 'eu tenho que ver tudo isso aqui: se o CO está atrasado, se ela levou na puericultura, se foi no dentista, se..'. Infelizmente é assim. Até a conversa que a gente teve esse ano com o Bolsa Família, a gente descobriu isso. Porque o trabalho da Bolsa Família deveria estar pronto, todos os anos, toda vez que vem lá a listagem, ele deveria ta pronto e não está. Porque? A família que está lá com a Bolsa Família, se é aquela família que vai na puericultura todo mês, como é que não está pronto? Se é a família que vai lá e passa pelo pediatra a cada dois meses, como é que não está pronto? Se é a gestante que vai lá todo mês pesar, como é que não está pronto? Então, porque a gente não trabalha integrado, a gente não vê a pessoa como um ser só, e a gente vê como médico, o médico vai lá: 'qual sua queixa de hoje? A minha queixa de hoje é dor no pé. Então, semana que vem pra falar da dor na coluna". (B – G2)

"É assim, às vezes, a criança fica passando lá no posto, você vê, outro vê, fala uma coisa, porque a gente conversa de corredor. Não é uma coisa que está sistematizada no posto. Então, esse é um exemplo que não deu certo. E tem vários exemplos que acontecia, e geralmente é assim, eu perdia essas crianças, eu atendia, me preocupava, falava com a enfermagem. Aí, daqui a pouco ela voltava e a criança, a hora que eu ia ver, já estava desmamada, sabe? Então, eu não tinha controle dessas crianças. [...]Então, o que eu senti muito na atenção básica é que a gente não conseguia apoiar a mãe, apoiar em tudo que ela precisava. Porque ela ficava fragmentada. Ou era só consulta médica, ou só consulta da enfermagem, não tinha um fluxograma onde ela pudesse passar – hoje essa consulta é aqui, uma consulta programada: 'agora você está com problema de amamentação vai para o pediatra, depois você volta o retorno pra mim em 24 horas, eu vou fazer uma visita na sua casa'. Então, uma das falhas da atenção básica, pelo menos na minha experiência, é não dar esse apoio que a mãe precisa". (E9 – ind)

A atenção fragmentada é apontada nas falas acima, demonstrando que, muitas vezes, a nutriz não tem um direcionamento dentro dos serviços de saúde, não tem uma linha de cuidado desenvolvida para seu apoio e a atenção à saúde da mulher e da criança não é realizada de forma sistematizada. Depreende-se das falas dos profissionais um entendimento de que esse não é o melhor modo de atender a mãe e que pode estar influenciando para que os índices de amamentação materna não alcancem os patamares desejados.

Os profissionais da atenção básica também relatam aspectos sobre o **encaminhamento para outros serviços**, como neste exemplo:

> *"Quando a mãe tem dificuldade com aleitamento materno, quando ela está com uma fissura, na atenção básica, ou ela tá com ingurgitamento, a gente não consegue, às vezes, ficar com ela ali horas. É difícil a gente deixar um profissional para estar cuidando daquela mãe. Precisaria fazer esse apoio e, às vezes, a gente tem dificuldade de encaminhar essa mãe na atenção básica, a gente tem o serviço da Maternidade Municipal, ou do Banco de Leite, ou até do próprio CELAC, mas, isso são redes fora. Às vezes, a mãe não tem condição de ir com criança pequena, tem mais dois em casa. Então, a gente tem esse problema".* (B-G2)

O encaminhamento para outros serviços é visto como uma alternativa para superar a deficiência na estrutura da unidade para ajudar a mãe que amamenta. No entanto, há um entendimento de que outros serviços de saúde estão fora da rede. Nesse sentido, é importante ter outro olhar para os serviços locais, ou seja, que eles estejam organizados em rede em um trabalho articulado e integrado, promovendo ações de saúde que sustentam a continuidade da atenção à saúde das pessoas. Além desse aspecto, a fala acima também traz situações individuais e sociais das mães que, na visão do profissional, limitam as possibilidades da assistência.

Além do encaminhamento, a questão da **alta demanda** também foi apontada nos relatos, como a seguir:

> *"Na atenção básica, na unidade de saúde, a gente pega essa mãe, a gente não consegue, às vezes ficar ali com ela horas. É uma realidade, porque a gente tem uma demanda ali fora te esperando, então tem gente que entende que você está com uma paciente, mas tem gente que acha que você está ali ociosa, então a gente tem essa dificuldade. E eu acho que também a dificuldade, às vezes, da mãe estar amamentando, além de ela ter uma dificuldade física, muitas vezes, eu acho que a dificuldade cultural, também tipo, ela tá com uma dificuldade física, ela tem um bebê chorando, ela tem alguém falando pra ela dar uma mamadeira, então assim, é uma barreira". Mas, não são todos que a gente consegue apoiar, infelizmente, dessa forma, lançando de duas horas lá na unidade, ou três, quatro visitas na semana pra ir até a casa pra ver como está. É difícil pra unidade dar esse apoio".* (B-G2)

> *"Isso é atenção básica, tudo, tudo cai na atenção básica, são todas as ações que estão ali, muitas vezes é o mesmo enfermeiro que cuida de todas as ações, [...] de tudo, não é só a gestante, é tudo, hanseníase, tuberculose, idoso, tudo que tem na atenção básica às vezes é aquele mesmo profissional que toma conta. Então, muitas vezes, ele não tem essa disponibilidade, até mesmo de recursos humanos*

de você ficar ali, como por exemplo, numa clínica especializada que você vai, vai lá e tem um profissional que vai cuidar de você, você está pagando uma consulta, aí você volta amanhã ou você tem um problema a noite e você liga, 'estou com um problema aqui'. Você não tem isso. E, muitas vezes, também, o profissional coloca a amamentação num outro plano, aí tem coisas muito mais importantes pra pensar e pra correr atrás como doenças mesmo, né? tem tantas outras coisas que estão aí, a gripe, a dengue, n coisas, e que a amamentação é um detalhe nesse momento". (F – G2)

"Mal você tá lá para cobrir a demanda, sabe? A atenção básica não faz o serviço que ela tem que fazer, que são ações programáticas. Ela só atende demanda, e qual é a demanda? Atender consulta, consulta médica, vai no posto pra consulta. Aí, então, são as falhas que acontecem, lá. [...] Você vai nas unidades, está todo mundo maluco, é muita demanda, eles não tem tempo. Então, o que é de promoção à saúde, fica relegado, você deixa para o segundo plano, às vezes. Se você não programar, você acaba não fazendo. (E9 – ind)

"Tem várias formas de se trabalhar, cada unidade tem a sua forma, tem seus problemas, processo de trabalho da unidade é muito complexo, é tumultuado. Às vezes, se pede muito uma linha de ação exclusiva pro AM. Então, nem sempre esse apoio está tão disponível, vamos dizer assim, então, eu acho que talvez isso seja uma forma de repensar pra tentar melhorar esses índices nessa questão do processo de trabalho mesmo, voltado para as ações de aleitamento, mas, é complicado, enquanto gestora, é um processo de trabalho muito truncado, não dando liberdade pra se lidar com prevenção que é o aleitamento, e acabar sempre em cima de doença". (C – G2)

A alta demanda foi apontada nos relatos interferindo no processo de trabalho da atenção básica de saúde. O trabalho despendido com as doenças, como exemplos citam a gripe, a dengue, assim como as dificuldades para a prevenção de agravos e suas prioridades, sendo mencionados pelos profissionais como um volume excessivo de tarefas. Apontam que as atividades voltadas para a promoção da saúde, como o caso do AM, podem ficar em segundo plano e serem mais uma sobrecarga de trabalho.

Nas diretrizes políticas, a atenção básica de saúde tem como um de seus fundamentos "efetivar a integralidade em seus diversos aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços" (BRASIL, 2007, p. 13).

No entanto, nessa perspectiva, apreendeu-se nas falas que os profissionais da atenção básica tem se sentido sobrecarregados com as inúmeras

atividades, estão percebendo que a promoção da saúde não tem sido considerada prioridade no âmbito das ações a serem desenvolvidas e que isso seria uma distorção no que se estabeleceu como o papel da AB no sistema de saúde. Eles consideram que o AM é uma importante estratégia de promoção da saúde e prevenção de agravos em saúde da criança. De acordo com Schraiber, Mendes-Gonçalves (2000, p. 34), é preciso "revalorizar a busca por assistências progressivamente totalizadoras do cuidado produzido ao invés de uma somatória dos atos especializados".

Outro ponto apreendido das falas dos profissionais está relacionado à **pouca resolutividade**:

> *"Muitas chegam aqui, já passou por vários setores e recebeu o atendimento, mas talvez não como deveria. Por exemplo, quando chega uma mastite, que a gente nem gostaria que ocorresse mais, ela já ligou pro médico, o médico falou "ah, acho que é mastite então".. ele nem viu, ou medica por telefone, mas nem sabe se está ingurgitado, se tem que esvaziar, o que tem que fazer ou manda ir no hospital ou no posto. Às vezes chega no posto num momento difícil, a equipe tem dado..e difícil alguém chegar e falar assim 'eu fui no posto e ninguém me atendeu', atendeu, mas é uma coisa corrida, não sentou para esvaziar. Então, aí quando chega já tá bem complicado. Mas, aqui em Londrina, é difícil ouvir dizer 'eu que fui procurar e não achei em nenhum lugar, eu não fui atendida'. Talvez demorou, enrolou, marcou para outro dia, quem atendeu não resolveu. Mas, nesse sentido, muito raro eu ouvir de procurar e 'não tive ajuda de ninguém'.* (E3 – ind)

O relato constata que as mães não têm se queixado de não ter acesso aos atendimentos, mas, na opinião do profissional, a resolutividade é que não está sendo atingida.

A falta de resolutividade da atenção básica no apoio ao AM pode levar à necessidade de lançar mão de níveis de maior densidade tecnológica para intervir em problemas de saúde que acometem a saúde da criança que não foi amamentada com leite materno, como no caso da alergia à proteína do leite de vaca, em destaque pelo profissional a seguir:

> *"Então a gente começa a investir no mais complexo, e a gente esquece de investir no básico, que são as orientações tão simples. Eu digo assim, é o conversar. Eu não preciso de uma latinha de 130, de 450 [reais]. Então a W., quando chega pra ela, aí a coisa vai pegar, porque o trabalho dela dobra, porque alguma coisa já deu errada... Então, nós estamos falhando em alguma coisa. Falhando lógico que*

não, porque tem alergias que estão pré-determinadas pra acontecer, independe, mas muitos casos que a gente acompanhou foi introdução precoce, de dar o leite antecipado. Então, ela está na alta complexidade. Hoje você precisa de um recurso altíssimo pra fazer o tratamento que está lá na ponta [...] mas a gente talvez poderia caminhar pra não chegar. Talvez, eu acho que essa puericultura tem que ser resgatada". (E3 – G1)

Nessa fala, a orientação e a conversa são colocadas como práticas simples. Refletindo sobre as necessidades de saúde e a atenção básica, Schraiber, Mendes-Gonçalves (2000, p. 34) apontam para a necessidade de um novo sistema de valores para as práticas de saúde serem redimensionadas, entre eles

> evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos nas concepções de serviços, redução essa que tem nos impedido de compreender a diferença que há entre complexidade científica das patologias e complexidade tecnológica do trabalho em saúde.

Um ponto levantado nas falas é que a alta demanda se agrava com **a falta de recursos humanos**, impossibilitando que seja dada a devida atenção à mãe que amamenta, como nas falas a seguir:

"Olha, a gente não consegue fazer mais um atendimento com a mesma qualidade que a gente fazia antigamente. Hoje a gente não tem mais tempo suficiente. A gente atende na correria, a gente tem problemas assim de falta de funcionário para estar auxiliando. Então a gente tem que deixar algumas ações para estar ajudando na demanda do posto. Às vezes vem uma mãe com dificuldade e você está com n coisas para fazer e acaba não se entregando totalmente para aquele atendimento. Você está fazendo um aqui, mas acontece isso, enquanto está atendendo um vem e chama para alguma coisa. É essa demanda altíssima que a gente tem, com esse número de funcionários. Está deixando bastante a desejar". (E10 – ind)

"Muitas vezes, na unidade de saúde, a gente não tem o tempo, não tem funcionário disponível para isso, né, porque isto toma tempo, tem que ser uma coisa com tranquilidade, tem que ter alguém que goste de fazer isso, tem todo esse envolvimento mesmo, senão, a mãe fica desassistida. [...] Acho que tudo gira em torno do processo de trabalho. Daí, dentro do processo de trabalho, entra a equipe, o grupo, a equipe de ESF, ter o conhecimento melhor, saber sobre o manejo do AM, ter profissionais pra estar fazendo isso. Porque, às vezes, tem falta de recurso humano, a gente está com equipes ainda descobertas. Então, falta profissional pra ter tempo, pra se dedicar. Então, a maior dificuldade é essa. A questão da falta de conhecimento, a falta de recurso humano, que, às vezes, ainda tem unidade que tem esse problema, de estar se dedicando mais e mudar o enfoque no processo de trabalho, como criar, como que é atender esse vínculo mãe e bebê na hora que chega na unidade, criar um fluxo nessa unidade de saúde pra esse tipo de atendimento. Porque, se não, se o

> *enfoque continuar o mesmo, vai continuar do mesmo jeito que a gente tá, como diz o outro: 'vai levando do jeito que dá pra atender', né? Eu acho que é mudar esse fluxo de atendimento mesmo, então, fluxo de mãe e bebê diferenciado na unidade".* (E5 – ind)

De acordo com os profissionais, essa deficiência de recursos humanos tem causado diminuição na qualidade da assistência. Destacam a importância da capacitação profissional e de reorganização do processo de trabalho.

Os profissionais refletem sobre as dimensões preventiva e curativa na atenção básica de saúde e apontam a **cobrança dos gestores** para desenvolver outras ações preconizadas, voltadas para a prevenção de doenças, como, por exemplo, a dengue e a hanseníase:

> *"A gente sabe que tem que dar conta do programa de hanseníase, tem que dar conta do programa de asma, tem que dar conta de n programas, de quem está dentro da rede da atenção básica. Tem que dar conta e cada vez é uma cobrança, uma produtividade, etc. [...] Uma coisa que é muito importante é a sobrecarga de trabalho dos profissionais, e isso é uma realidade tanto na rede hospitalar, como na rede de atenção básica, e isso é real. Então, como que vai se fazer essa reestruturação? essa reestruturação do serviço pra que não possa deixar cair, aumentar os índices de incidência de doenças, e também possa estar ajudando a aumentar os índices de AM? Então, essa equação é que precisa ser construída".* (A - G2)

A análise que os profissionais fazem é que há necessidade de uma reestruturação do trabalho para que não se tenha aumento de doenças e redução de indicadores positivos de saúde, como o caso do AM. Os profissionais demonstram preocupação com a demanda do trabalho, as estratégias e diretrizes governamentais e suas especificidades.

Em termos de diretrizes políticas, para a atenção básica, em todo território nacional, foram definidas como áreas estratégicas a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher e do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2007).

Uma crítica feita à avaliação do trabalho desenvolvido nas UBS é que os processos avaliativos se restringem a quantificar a produtividade do serviço

e que esses dados serviriam mais aos compromissos externos ao serviço, na sua relação com os níveis centrais da administração, do que para analisar o processo de trabalho e a dinâmica da assistência na unidade, visando à busca de respostas às necessidades de saúde da população (DALMASO, 2000).

Em geral, "os trabalhadores são transformados em cumpridores de ordens, normas e regras determinadas por outros atores, muitas vezes distanciados do processo de trabalho" (BRASIL, 2005b, p.33). As relações construídas nas instituições não têm privilegiado o desenvolvimento do trabalhador, a promoção institucional e as mudanças efetivas para um trabalho em saúde que leve em conta as necessidades da população de forma ampliada.

Nos relatos, observamos que os profissionais se sentem pressionados com o enfoque na produtividade. Esse aspecto, segundo Schraiber, Mendes-Gonçalves (2000), é considerado uma característica da organização empresarial do trabalho e

> vem enfraquecer ainda mais a natureza pessoal da relação clínica, pois, diante da fragmentação da assistência, o grande número de casos termina por levar a um certo mecanicismo do desempenho e 'dissolve' o paciente individual em um coletivo de 'iguais' (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 38-39).

Para que a atenção básica de saúde atinja seus objetivos, foi enfatizado, desde sua implantação, que a reversão do modelo assistencial somente seria possível por meio de mudanças quanto ao objeto de atenção, forma de atuação, organização geral dos serviços, reordenando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1997).

Nesta pesquisa, os profissionais demonstraram um entendimento dessa distorção em seu processo de trabalho, parece que não se sentem capacitados, fortalecidos e amparados pelos gestores, para realização de mudanças para a melhora da qualidade da assistência.

No cotidiano da assistência, nas falas dos profissionais, também são mencionados aspectos em relação a outros serviços de saúde de Londrina.

Foram descritos outros cenários que assistem a mãe que amamenta e apresentam fragilidades que podem interferir na melhora dos índices de AM. A seguir, apresentamos aspectos do AM referentes ao cotidiano da assistência desses serviços de saúde, particularmente hospitais, ambulatórios e pronto-socorro infantil. Nos relatos dos profissionais, aparecem mais fragilidades do que fortalezas.

Como na atenção básica, o **excesso de atividades hospitalares** foi considerado como fator que interfere na qualidade da assistência à mãe e ao bebê no processo de amamentação:

> *"A gente é consumida pelo trabalho tanto na atenção básica quanto no próprio hospital e, às vezes, a gente enquanto profissional sabe do atendimento, sabe que ela [a mãe] precisa, mas a gente não tem disponibilidade de, naquele momento, estar ali com ela, fazendo aquele atendimento, que a gente tem que pegar outros recursos pra dar o atendimento pra ela".* (B – G2)

> *"Eu mesma deveria chamar todas as mães, fazer uma reunião geral, mas como mudou muito o perfil [...] Além disso, tem um monte de outras cirurgias, você vai deixando".* (E4 – ind)

Nas falas desses profissionais, depreende-se o envolvimento deles com a assistência, mas há também preocupação com o acúmulo de atividades hospitalares a serem cumpridas. O tempo e a disponibilidade aparecem nas falas como necessários para um efetivo atendimento à saúde da mãe e do bebê.

A **alta taxa de cesáreas** é outro aspecto levantado em relação ao atendimento hospitalar que pode estar influenciando no AM e que tem preocupado os profissionais:

> *"Ainda me assusta a taxa de cesárea, foi um dos dados aqui que me chamou muito a atenção. Pensando que nós temos três hospitais Amigo da Criança e que preconizam parto normal, incentivam o aleitamento materno, e uma taxa de 55,5% ainda de cesárea no município. É muito alta. Então, isso me chamou bastante a atenção"* (C – G2).

> *"Me assusta, ainda, realmente, a quantidade de cesáreas [...] É uma coisa assustadora, horripilante, pelo menos eu me assusto quando eu olho uma sala de parto ociosa. [...] O bebê permanece, no máximo, dentro do centro cirúrgico, dez minutos, quinze minutos, é o tempo de recepcionar, fazer os primeiros cuidados, dá ele pra mãe. Depois, já vai para o berçário. A mãe fica no centro cirúrgico mais ou menos uns quarenta minutos ainda, após a recuperação e depois ela já sobe, é o tempo que ele [o bebê] já tomou banho, já fez todos os cuidados e ele já*

vai pro quarto pra mamar, junto com a mãe. Então, infelizmente, não é na primeira hora, a gente dá uma hora e meia a duas horas de intervalo. Mas, no centro cirúrgico, ele não suga. Essa é a realidade". (E – G2)

"Nós estávamos adequando à norma, porque agora a criança tem que ficar uma hora em contato com a mãe, pele a pele, pra depois estar dando o primeiro banho. Então, nós estamos adequando. Os bebês têm ficado lá com a mãe". (E6 – G1)

Os relatos dos profissionais mostram uma inquietação com os indicadores de cesárea no município, levantando aspectos sobre a amamentação nas primeiras horas de vida do bebê, principalmente nos hospitais com IHAC. Há preocupação com as normas e passos do AM, demonstrando uma certa insatisfação por não conseguir seguir plenamente todas as recomendações.

A cesárea pode ampliar as dificuldades para o estabelecimento precoce da amamentação materna, ocorrendo mais nos serviços privados do que nos públicos. Em Londrina, a taxa dos partos realizados por procedimento cirúrgico tem mantido percentuais acima de 50,0% desde 2001, sendo que em 2007 foi 53,5%. A OMS recomenda que essa taxa seja, no máximo, 25% e a média brasileira em 2005 para nascimentos por parto cesáreo foi de 43,2% (LONDRINA, 2008). Mas, nos serviços privados de Londrina esses índices estão acima de 90%.

Uma das principais preocupações em relação à cesárea e AM é poder atender a recomendação da OMS e os 10 passos da IHAC, com destaque ao Passo 4: 'Ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira meia hora após o nascimento' (WHO, 2009).

Do ponto de vista das vantagens ideais para a amamentação, entre outras, mamar na primeira hora de vida é pontuado como um momento para a interação mãe-bebê, pois o bebê se encontra no estado quieto-alerta. A separação ou sedação da mãe logo após o parto os priva dessa experiência e isso ocorre com mais frequência na cesariana do que no parto normal (BRASIL, 2009d).

A **dificuldade da sucção na primeira hora de vida** aparece nos relatos com a descrição de algumas características da mãe e de aspectos de resistência dos profissionais de saúde que atendem no centro cirúrgico:

"O nosso nó ainda maior é a cesariana, que a gente tem colocado, que, certas vezes, a mãe vai apresentar náusea, um desconforto, mas a gente tem colocado. Ainda com a resistência de um mínimo do profissional anestesista, que lá dentro, de todos os nossos profissionais, um que fala: 'se você por, eu sedo'. Mas, nós estamos trabalhando isso com o diretor, com o coordenador médico, que ele vai ter que resolver esse problema, não é um problema nosso, não da equipe de enfermagem, não. Fala: 'você vai por, se ele falar que seda, tudo bem. Então, você vai anotar lá, não colocado em contato pele a pele, pois o anestesista não permitiu. Isso é um problema que vai ser dele.' Mas, é assim, é um entre todos, é uma coisa que nós vamos ter que trabalhar". (E6 – G1)

"Na maternidade [...] vocês falaram assim: 'não tem problema por no peito e tal'. Mas, é porque eu acho que a população, ela já recebe aquela informação de outra forma e ali no [hospital] não, a maioria na cesárea, quer ganhar e quer sedar. Ela [mãe] mesma quer sedar, não querem mais nada. Então, aquela que a gente consegue, a gente faz o trabalho, mas aquelas que não, é não. É por conta do público que a gente atende e também por conta de ser um corpo clínico muito variado e você vê que cada médico tem uma orientação, tem uma conduta diferente. Quando a gente consegue, a gente faz no parto normal, é mais fácil. Até aqueles médicos do parto normal já estão mais acostumados com isso, você consegue por, você consegue deixar o bebê lá por mais tempo. O pediatra nessa hora é fundamental, porque é ele que incentiva: 'não, pode deixar, não vou atender, não vou aspirar, deixa lá com a mãe'. O colocar pra sugar o quanto antes, a gente tenta, sempre a gente tenta, ou lá no centro cirúrgico no parto normal, ou na cesárea quando a mãe chegou, isso acontece, todos, chegou no quarto é rotina por pra sugar. A cesárea, normalmente, é mais difícil. (E9 – G1)

"[A aceitação da mãe] está tranqüila, eu até diria, que resistência quase nenhuma, nenhuma". (E7 – G1)

A dificuldade da sucção na primeira hora de vida associada à cesárea é apontada como mais difícil para a viabilização do AM precoce.

As dificuldades da rotina hospitalar e da aceitação pelos profissionais de saúde das normas institucionais e estratégias são pontos importantes para se repensar, associados ao processo de trabalho hospitalar. O modo como vemos as mães e sua relação com o bebê é importante e precisa ser revisto. A maneira como a mãe é identificada nos exemplos acima ('ela mesma quer sedar', 'não querem mais nada', 'o público que a gente atende', 'resistência quase nenhuma'), mostra-nos uma dimensão da vulnerabilidade individual e social, vista pelos profissionais como obstáculos e que influenciam as práticas de saúde. No entanto, não é possível descolar tais aspectos de um panorama de vulnerabilidade programática, denotando uma estreita ligação entre as dimensões social, individual e programática das vulnerabilidades.

Outro aspecto ressaltado pelos profissionais é a **indicação do complemento lácteo**, como nos exemplos a seguir:

> *"Ela fez a introdução do leite de vaca, fez o quadro alérgico, aí foi passado P.[fórmula lactea], mas ela estava amamentando. Não entendemos porque foi dado P.[fórmula lactea] se está com leite materno. Aí que entra a receita. 'Mas, está aqui, oh, o especialista falou pra mim que esse aqui é o melhor'. 'Mas não é, mãe'. 'Não, mas o meu filho só vai ganhar peso com esse'. Então, é um trabalho muito de formiguinha, da gente ter que, às vezes, dispor um pouquinho, até de ser um pouco mais dura e não fornecer. Mas, assim, pra você passar essas informações pra mãe que viu o bebê sangrar, que viu o bebê desnutrir, que viu o bebê perder peso, viu fazer anemia, é todo um manejo do que a gente tem que fazer. O pessoal está conversando com os residentes quando acontece um caso de hipoglicemia ou um caso de não descida. Então, está se tentando oferecer o leite do banco. Só que é difícil, porque a prioridade do banco não é esse bebê, seriam os prematuros. Mas, eu acho que é todo um processo que já tá mexendo, se no H. [hospital] ainda tem uma demanda grande e a gente conseguiu fazer isso, eu espero que na sua época, na sua fase, que nem você falou que tem mudanças lá no T. [hospital] e você tem um posto de coleta, talvez você tenha um banco futuramente, vamos pensar pra frente, eu acho que tem que pensar pra frente".* (E3 – G1)

> *"Eu tenho livro ata no berçário, e a lata fica trancada aqui na minha sala. Então, a auxiliar não tem contato com a lata, se ela for complementar, ela tem que pedir pra chefia e a chefia vem buscar. Se a chefia deu, eu vou na chefia, por que ela autorizou? [...] Então, é delicado trabalhar com aleitamento materno, sim, mas eu acho que a gente conseguiu, sim, uma evolução até que grandinha. Nesse livro, tem prescrição médica, prescrição médica a pedido de mãe, a pedido de mãe ou HGT baixo. Daí tem os que tem invertido [mamilos] e a gente se mata e não consegue. A gente chama a fono, ela fica aqui no primeiro andar, então chama a fono, que vem bastante aqui, faz o trabalho. Mas, daí em dois dias de trabalho, né? O que acontece? Ela tem que pagar a fono. Então, é um preço a mais. Cada vez que a fono vem, ela tem que pagar a conta. Então, tem mãe que não quer. Está vendo, é complicado. Aí tem mãe que aceita, que vem e que quer, tem mãe que fala não".* (E6 – ind)

Nas falas, os profissionais se queixam de uma oferta de complementação láctea por outros motivos que não os clínicos, por vezes, indicados pelo profissional que deveria trabalhar em conjunto com a equipe no encorajamento da mãe e da família, transmitindo confiança e acompanhamento para a prática do AM.

A indicação do complemento lácteo no âmbito clínico também está incluída nas recomendações da IHAC, inserida no Passo 6: 'Não oferecer ao recém-nascido nenhum alimento ou líquido, a não ser o leite materno, a menos que haja uma indicação clínica' (BRASIL, 2009d).

Algumas situações clínicas estão previstas para a complementação da amamentação. São elas: recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (nascidos com menos de 1500g); recém-nascidos muito prematuros, nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional; recém-nascidos com risco de hipoglicemia em virtude de adaptação metabólica comprometida ou demanda aumentada de glicose, como são os pré-termos, pequenos para idade gestacional ou que tenham experimentado significante estresse com hipoxia e isquemia intraparto, aqueles que estão doentes e cujas mães são diabéticas e se sua glicemia não melhorou com a amamentação ou leite materno; lactentes menores de seis meses que, a despeito de sucção frequente e eficaz e ausência de doença, mostram falha de crescimento persistente, identificada por uma curva plana ou em declínio (OMS, 2009).

Estudo sobre o preparo do profissional pediatra para o AM constatou que o grupo de pediatras com treinamento obteve resultados semelhantes aos do grupo com equipe multiprofissional de AM e resultados superiores ao grupo que tinha pediatra sem treinamento em AM (ALBERNAZ et al., 2008). Os autores concluem que o pediatra altamente motivado para o incentivo ao AM obteve resultados semelhantes aos de uma equipe multiprofissional no que diz respeito aos índices de amamentação materna em sua clientela, o que não foi observado quando o pediatra não apresentava essa motivação. Esse achado demonstra a importância do pediatra estar envolvido nas questões do AM e o impacto que pode promover na decisão da mãe em amamentar (ALBERNAZ et al., 2008).

Algumas soluções foram apontadas para o enfrentamento da questão do complemento lácteo em relação à abertura de postos de coleta de leite humano nos serviços, à experiência de implantação da IHAC, a algumas práticas de controle do uso do complemento e à conscientização dos profissionais por meio da informação.

Outro aspecto apontado é o **enfraquecimento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança**:

"Ainda tem um pouco de medo também que a questão do hospital Amigo da Criança, na minha visão, está se complicando aqui em Londrina. Estava muito ligado em pessoas, x pessoas que encabeçaram o processo, que empolgou todo mundo, estimulou, foi muito bem. Saiu aquela pessoa, a coisa apaga? Então, não dá, então não era equipe, né? Então, aqui no meu serviço estou vendo que isso está acontecendo também, fica complicado. [...] Tem que ser um grupo, todo mundo em prol. E uma coisa, assim, que, institucionaliza, vai mudando a cultura, pra não se perder, se não pode complicar de novo, né? [...] Porque, mudam, vamos supor, mudam os diretores, mudam as equipes e parece que não é uma coisa que tem a importância devida, ou a coisa institucionalizada. Os novos funcionários não são treinados e tem uns que nem sabem que existe serviço, o que eles tem que fazer, qual é a rotina, o destino do aleitamento. Então, assim, estava muito voltado em pessoas que coordenavam uma equipe, que não estão mais lá e a coisa se perdeu". (E3 – ind)

"Acompanhei o processo da implantação do hospital amigo da criança, e eu vi muita mudança, a gente conquistou bastante coisa em relação aos pediatras, foi uma luta grande, e hoje a gente tem visto assim, a cultura até em relação aos pediatras que mudaram [de local de trabalho], mas foram poucos, a maioria ainda está lá. Foi um trabalho árduo, mas que hoje eles trabalham junto com a gente, tem alguns empecilhos, mas são poucos. [...] A gente viveu uma experiência muito boa quando foi implantado [IHAC]. Depois que houve mudança de diretoria, a questão do aleitamento materno foi um pouco esquecida por um tempo, [...] Hoje a gente está retomando isso, inclusive voltando a rever as dificuldades que os profissionais tem hoje de trabalhar. [...] A diretoria hoje tem uma visão de aceitar isso, para pra ouvir, porque tinha um tempo que a gente não conseguia nem falar sobre isso, porque não era prioridade no momento. Hoje eles parecem mais disponíveis a conquistar isso, a implantar tudo conforme deve ser e querendo rever o que for necessário. Então, acho que agora a gente vai poder retomar o trabalho, ou chegar em um patamar de trabalho que a gente já fez ali no hospital em relação ao aleitamento materno". (D – G2)

As experiências com a IHAC, no município, referidas pelos profissionais, apresentam-se como frágeis e dependentes do envolvimento dos profissionais e do compromisso da instituição para sua manutenção.

A situação do crescimento dos hospitais IHAC, no Brasil, e seu impacto no AM foi estudada por Lamounier et al. (2008) constatando que, até maio de 2008, foram credenciados 337 hospitais: 153 no Nordeste, 72 no Sudeste, 54 no Sul, 37 no Centro-oeste e 21 no Norte. Alguns estudos que apresentaram associação entre IHAC e melhores índices de AM foram discutidos na parte quantitativa da presente pesquisa. Os hospitais que são IHAC tornam-se referência para seu município e despertam interesses dos gestores por aumentar os indicadores de AM, possibilitando contribuição para a redução da morbimortalidade materna e infantil, como também fornecendo incentivo fiscal aos hospitais que

aderem, propostos na Portaria GM 1117, de 07 de junho de 2004 (BRASIL, 2010e). Neste estudo, não houve correlação estatística, porém em outro estudo, em serviço de saúde de Londrina, foi apresentado um aumento da mediana de dias de duração do AM (VANNUCHI et al., 2004).

Em relação ao que ocorre em alguns serviços que implantam a estratégia IHAC, Tornquist (2003) argumenta que pode se tornar uma obsessão fazer toda mulher amamentar seu bebê, como "fruto da apropriação burocrática de normas e rotinas, quando se amalgama à persistência de um imaginário que ainda não livrou as mães do peso da herança higienista" e que isso pode, facilmente, transformar gestos humanizadores em violência simbólica (TORNQUIST, 2003, p.S426). O estudo enfatiza que as rotinas precisam ser flexibilizadas de acordo com as variáveis socioculturais e pessoais.

De acordo com os relatos dos profissionais, **o preparo e a continuidade da assistência** são muito importantes, como enfocam estes exemplos:

> *"Aí o nenê sai dali, você observa que [a aréola] está vermelha, que já está machucando e, às vezes, a mãe está indo já de alta, indo embora. Então eu acho que esse abordar a mãe no final, na alta, pra ver como é que está essa mama, eu acho que ia diminuir, porque tem mãe lá no posto de saúde que para de amamentar porque está com fissura. [...] Nossa, como chega fissura no posto de saúde..então às vezes, por mais que nós trabalhamos, eu acho que é bom o serviço no aleitamento materno, mas eu acho que pode melhorar. Eu acho que nós podemos melhorar o nosso trabalho, inclusive eu. Então, se você pegar do primeiro bebê até lá e você perguntar assim: 'Tá mamando bem? Tá'; 'tá tudo bem? Tá'. Daí você muda a estratégia, você começa a olhar, você vai ver que quando você chegar, cinquenta por cento está mamando bem e os outros cinqüenta, não. Aí o que vai acontecer com esses cinquenta? Vinte e cindo vai ter fissura na hora que sair daqui, porque já está ficando com aquele mamilo avermelhado, porque aquele bebê continua pegando mal. Às vezes, não vai fissurar, não vai acontecer nada ali, mas lá no posto vai chegar esse bebê. Então, esse jeito de trabalhar faz a diferença, também".* (E2 – ind)

> *"Tem uma aqui também novinha, que ela tá deprimida. Daí, então, ela fica um pouco mais com a gente e a gente consegue trabalhar mais com ela. Mas, se fosse dois dias só, ela já ia embora meio que perdidinha, né? Quer dizer, já estava com conflito que o pai nem veio ver o neném pra nascer, só está ela e a mãe. Quer dizer, já está toda com o psicológico abalado. Então, ela vai ficar algum tempinho com a gente. Então a gente já consegue trabalhar melhor".* (E6 – ind)

> *"A gente observa que elas não têm muita orientação. Não sei, porque elas já vêm com problemas de pega, mesmo, porque ela deveria ter saído da maternidade sem esse problema. Pelo menos essa parte de pega não deveria chegar a nós, e chega bastante.*

Caso que a mãe tem dificuldade mesmo. Mesmo essa mãe que passou pelo pré-natal aqui na UBS e recebeu as orientações, ela volta procurando a gente com dificuldade na amamentação". (E10 – ind)

"[...] gêmeos prematuros que nasceram de 34 semanas e a gente ajudou e conseguiu sair as duas amamentando e saíram bem. [...] Então, assim, bastante estímulo e as duas amamentaram. Eu achei bonito. Eu lembro até hoje. Mas foi com êxito. Depois, não sei se continuou porque a gente perde contato. Eu nunca fiz nenhum estudo assim, buscar se continuou ou não". (E4 – ind)

"Mas eu não sei como a gente poderia reorganizar essa estrutura, [...] de ir em busca dessa informação pra trazer de volta e ter o retorno do trabalho, realmente um feed-back. Tem que ter toda uma estrutura realmente organizada, o enfermeiro tem quem vá atrás dessa informação, [...] é bastante pra você ir em busca. [...] A gente poderia ter até um retorno depois pelo pediatra [...], mas também acredito, é bem parecido com a unidade básica, é um sistema totalmente apertado, é plantonista, [...] então acho que fica bem enxuto mesmo. É coisa assim, pesou, acredito que são consultas rápidas, então pra trazer esse feed-back de volta pro hospital, se ela está amamentando ou não, tinha que ter um trabalho mais intenso de alguém da equipe de enfermagem". (E – G2)

Os relatos apontam que a mãe precisa sair melhor preparada do hospital para que seja dada a continuidade após a alta nos serviços em que ela for atendida. Para isso seria necessário mais tempo com essa mãe no alojamento conjunto. Há também uma constatação de que mesmo a mãe tendo realizado o pré-natal com explicações sobre o AM e as orientações recebidas na maternidade, a volta após o nascimento do bebê ainda é com dificuldades na amamentação. Os profissionais do hospital também demonstraram o desejo de terem um *feed-back* dos serviços, tanto públicos quanto privados, para avaliar suas práticas intra-hospitalares na promoção do AM.

A ligação entre os serviços de saúde é abordada como essencial para o acompanhamento das mães e bebês após a alta hospitalar, mas há dificuldades para a continuidade da assistência na questão do AM, demonstrando fragilidade desse elo entre eles para um atendimento mais sistematizado e eficaz na detecção e intervenção nos problemas enfrentados pelas mães e bebês após a alta.

Os profissionais se queixam da descontinuidade do trabalho que foi feito antes, durante e após a internação, como trazem mais estes relatos:

"Algumas voltam, ligam pra tirar informação, tirar dúvida, algumas têm interesse em função do trabalho do Banco de Leite, a gente tem isso sim. Tem também aquela paciente que você orienta e ela recebe bem aquilo, a sua orientação se mostra acessível. Mas, infelizmente, depois você, quando encontra em uma outra situação ou, às vezes, em outra gestação, se perdeu um pouco aquilo. Por isso, eu acho que o índice cai bastante, a gente tem um índice alto de mães que saem amamentando, mas que não mantem. Por esses fatores, eu acho, que depende do profissional que está atendendo, que vai dar apoio a essa mãe depois, que a gente monitora o que é feito ali, ali dentro está perfeito, agora lá fora, a gente não sabe como que é isso". (D-G2)

"O trabalho de ligação que você está fazendo na rede municipal, seria a visita puerperal como uma coisa que a gente tá lutando, talvez porque eu pego a criança quinze, vinte dias depois que chega em casa, vai pra mim, consegue agenda, agenda tudo bonitinho, quinze a vinte dias depois de chegar em casa, quando ela chega pra mim... ou ela tá [amamentando] ou ela não tá, não adianta. Aí tudo bem, a que está, a gente vai tentando, a que não está, pra tirar, você não imagina como é suado, então se você não tem. Aí, então, eu vou colocar assim, a gente insere assim, vai lá o auxiliar fala assim: 'aí, eu não gosto de fazer puericultura, eu não quero, eu não sei'. Está sem médico, então, não vou marcar, uma enfermeira está de atestado, a outra está não sei do que, aí se dilui. Então, o que nós estamos tentando fazer na minha unidade seria tentar instituir a visita puerperal. Quem faz? Quem faz, bom, o ideal seria o enfermeiro, óbvio, mas, se a enfermeira não está presente, não tem como? O auxiliar tem a capacidade de ir lá e detectar o básico. Porque, se saiu pegando bem da maternidade, mas chegou em casa e ela sentou errado, pegou errado e fez fissura, aí o auxiliar já poderia estar ajudando, mas esse elo a gente não conseguiu." (E3 – G1)

"Já aconteceu da gente mesmo ter que ligar no hospital. Vamos supor, contra referenciar um caso que nós não podemos atender: 'ah, tá, vou procurar fulana, procurar ciclana'. Nem sabe, não tem nem noção, não fez o curso, corre de medo que não vai dar conta, é difícil". (E3 – ind)

"Porque eu pego aquela mãe de dezesseis anos, deste tamanho, aquele bebezinho, olha pra mim cobertinho, com o olho cheio de lágrima, porque eu já atendi essa mãe na gestação, e quando ela era criança, porque já faz tempo que eu trabalho na UBS, aí eu não falo, mas os olhos dizem, 'pelo amor de Deus, faça alguma coisa por mim'. Porque chegou em casa, alguns ferimentos, alguma coisa, ela não consegue dar mamar, o neném chora o tempo todo, o padrasto fala pro neném ficar quieto, porque chorou de madrugada e ele tem que trabalhar. E o que eu faço com isso, desse tamanho? Eu, por experiência própria, aprendi a fazer ordenha, então, muitas vezes, as enfermeiras não estão lá na UBS, eu e a auxiliar, por nossas experiências, vamos lá, fazemos ordenha, ficamos com a mãe, a mãe começa a fazer parte da odonto, o bebê já esta lá dentro, e assim vai. Por isso que eu falo dessa quebra, porque eu pego muita essa quebra". (E5 – G1)

"Tem muitos que não sabem aqui do nosso serviço. A maioria que vem, até hoje, é encaminhado por ex-paciente e não devia ser assim. É encaminhado de ex-paciente. A gente pergunta, faz parte da entrevista, da consulta: 'como você chegou até aqui? ah, foi a cunhada da fulana que já veio aqui'. Então, deve ter muita gente que precisaria vir e não chega. É complicado, porque a gente já pensou de várias maneiras de divulgar o serviço; já que não tem custo, é de livre

acesso, né? Eu não sei se a gente teria que fazer um esquema de novo de divulgação todo ano na rede, na prefeitura, de novo nos hospitais. Porque parece que, assim, se não todo ano, essa divulgação perde a informação, muda muito as equipes. Aí quem chega não sabe. Os médicos também não sabem. Também, tem que estar sempre treinando as equipes pra quem recebe a mãe primeiro, se conseguir resolver, ela já não complica, ela não chega aqui complicada, o caso. Mas, é difícil, assim, essa questão da divulgação. É difícil porque é feito de certa forma, tem várias, várias formas de chegar e estranho saber que de ex-paciente que passa pra outra". (E3_ind)

Os profissionais apontam que têm ocorrido perdas de oportunidades para um atendimento mais eficaz ou encaminhamento para serviços especializados em AM. O referido serviço tem sido utilizado mais por indicação das próprias mães usuárias do que pelos profissionais que deveriam avaliar as necessidades de atendimentos e encaminhamentos. Observa-se a falta de uma sistematização dos problemas de amamentação no município.

Ao repensar sobre o enfoque da atenção primária de saúde, considerando um de seus aspectos como a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, é importante destacar que é fundamental a organização do uso dos recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção da saúde, prevenção de agravos, medidas terapêuticas, manutenção e melhora da saúde. Nessa perspectiva, determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção do sistema de saúde (STARFIELD, 2002a).

Não deve ser esperado que nenhum tipo de profissional lide sozinho com todas as necessidades da população. Ao invés disso, a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis, interligados e que sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência (STARFIELD, 2002b).

Outro ponto depreendido das falas traz aspectos do **AM no cotidiano do pronto-atendimento infantil** (PAI) em Londrina, como a seguir:

"A gente, enquanto coordenação e gerência, a gente fica muito restrita mais a parte burocrática. A parte assistencial fica mais mesmo com as enfermeiras que estão ali no horário: manhã, tarde e noite. Crianças muito pequenas a gente atende, mas não um volume muito grande, geralmente as crianças maiores de um ano, um ano e meio, mas acontece. Ontem mesmo tinha um bebezinho aí, dois

meses e dois quilos. Era um cisquinho de bebê, um cisquinho, com a mamadeira, dois meses e dois quilos e a mamadeira, mas estava em aleitamento. Não cheguei a questionar, porque estava superlotado. [...] Muitas vezes, você não dá conta, você tem que ver qual é a prioridade. A emergência que está lá em cima, ou a urgência que está lá embaixo? (E7-ind)

"No pronto atendimento, as atividades são rápidas, circula muito, a gente vê uma vez e depois tem que entrar em contato com a unidade, porque a gente perde as crianças. É difícil retornar, ou retornar com o mesmo profissional lá dentro. Os auxiliares chamam se tem algum caso, assim, eles chamam. Ou, às vezes, conversam com a fonoaudióloga lá dentro, que é um ponto positivo que lá dentro tem conversa, assim, de estar melhorando e tendo alguma coisa ali dentro na questão de aleitamento, dela não conseguir nessa unidade, de ta tendo ali dentro no pronto atendimento. [...] No pronto-atendimento, as mães procuram, às vezes tem aqueles bebês pequeninhos lá no meio. Vou, passo, pergunto o que está acontecendo, tá doentinho, aconteceu alguma coisa. Muitas vezes, vão por causa do umbigo, que não precisaria estar ali, ou até pegar uma doença, porque passaram na unidade e não tem pediatra, eles acabam procurando o pronto-atendimento. 'Ela não está ganhando peso, também procura o pediatra, essa coisa ainda muito centrada no médico, do profissional enfermeiro e o auxiliar dentro da unidade não tem uma resolutividade maior, acaba indo lá e, às vezes, por ser um pronto atendimento, acaba-se por prescrever, realmente. 'Tá com pouco peso, tá perdendo peso? Quanto?' É aquilo que a mãe está referindo. De repente, ela vai lá pra ouvir e pegar realmente uma receita e pra falar pro marido, pra mãe: 'oh, o médico passou'. E ele não tem um acompanhamento, ele não sabe o que está acontecendo com aquela criança, se realmente está tendo essa perda de peso ou não, tem alguns que separam a ficha e falam: 'Liga na unidade e vê isso aqui pra mim'. E a gente entra em contato com a unidade, pra ver a realidade, pra equipe buscar, fazer uma busca daquela criança. Já outros, não. Então, depende muito". (E1 – G1)

Os profissionais mostram que a alta demanda no PAI tem dificultado o atendimento à mãe que amamenta, pela necessidade de estabelecer prioridades clínicas. Há o entendimento de que as questões do AM não podem tomar o lugar das emergências e urgências. Contudo, o pequeno número de crianças e suas mães que vão buscar auxílio nos pronto-atendimentos pode ser acolhidos e há necessidade de um fluxo de atendimento e encaminhamento para situações agudas e emergenciais no tocante ao AM.

A situação dos setores de urgência e emergência é caracterizada pela alta demanda, acrescida de situações estressantes que exigem do profissional uma habilidade para pronta resolução de problemas e encaminhamentos, tudo isso em pouco espaço de tempo. Isso leva, também, a uma menor oportunidade para interagir com o paciente e suas necessidades de saúde. Entretanto, observou-se,

na fala do profissional, que existe a preocupação em atender as mães e seus bebês nas questões do AM, por entender que essa prática favorece tanto o binômio quanto o próprio serviço, pois, a longo prazo, a prevenção de doenças pelo leite materno, reduziria a própria demanda do PAI.

Discutindo especificamente sobre a profissão médica, para Dalmaso (2000), algumas razões que parecem contribuir para a rotatividade dos médicos em atividade em pronto-atendimento (PA) é o fato de, geralmente, ser considerado um trabalho clínico reduzido, uma miniconsulta. Isso pode interferir na motivação para o trabalho, quer pela simplicidade aparente dos casos, quer pela pressão da demanda e pela não vinculação do paciente ao médico e à instituição. No nosso entendimento, isso pode ocorrer também com outros profissionais que atuam nesse modelo de atenção à saúde.

Os profissionais abordam que o **cenário de assistência à nutriz** pode influenciar a prática profissional:

> *"Eu acho que no hospital privado a gente vê exatamente isso, o pediatra, eu acredito que ele vai influenciar e muito na parte das mães, porque à medida que ele está ali no hospital, à criança enquanto ela estiver ali nos dois primeiros dias, a mãe, ela vai estar amamentando. Então, todo o trabalho que é feito ali, com certeza gera uma aderência boa. Mas, eu acredito que pós, o pediatra particular influencia muito".* (E – G2)

> *"Geralmente, as mães que querem amamentar são as que já amamentaram, é a mãe que tem um vínculo com a criança, é uma mãe que decidiu amamentar antes de chegar no pediatra. Ela não decidiu naquela hora. O pediatra é o que tem menos influência, eu acho".* (E9 – ind)

> *"Os profissionais, na maternidade que eu ganhei o primeiro, apoiaram bastante, colaboraram bastante. Da segunda, [...] fazia o pré-natal lá e conhecia todo mundo. Aí as meninas deram aquele apoio. Na terceira, da parte do hospital eu num tive muito apoio. Por quê? Porque falavam: '[...]você sabe, você conhece, já é o terceiro filho'. Eu tive um pouquinho mais de dificuldade e aí, quando eu tive a terceira filha, a terceira era miudinha, era pequenininha, nasceu um pouco antes do tempo, tinha dificuldade de sucção, de parto cesárea e o pessoal da enfermagem a todo tempo queria recolher o neném, me perguntou a madrugada inteirinha se eu não queria que eles recolhessem o nenê pra ficar no berçário pra eles darem o complemento. Eu bati o pé que não, 'não, não, vai ficar comigo, não tem problema'; e o pessoal da enfermagem passava sempre pra medicação, pra verificar sinais, a insistência 'olha, você está cansada, a gente está vendo que você está cansada..deixa a gente recolher o bebê'? 'Não, o bebê vai ficar aqui*

comigo, do meu ladinho...chorou, eu ponho pra mamar, não tem problema". (E7 – ind)

"A gente vê que as pacientes das outras instituições saem assim, mais despreparadas, eu não sei o que teria sido, nesse ponto de ordenha, nesse ponto de fissura, tem que ver". (E6 – G1)

"No D. [serviço ambulatorial] a gente tem visto realmente do privado, uma incidência maior de casos do que da rede pública". (E3 – G1)

Observa-se que esses resultados corroboram com algumas questões já discutidas do pouco envolvimento com as questões do AM. Pode ocorrer dos profissionais estarem menos preparados para o manejo do AM, por não terem a oportunidade de frequentar capacitações que, como já demonstrado em alguns estudos, favorecem o estabelecimento e duração da prática da amamentação.

Nos relatos quanto ao cotidiano da assistência, aparece a questão da necessidade do **envolvimento dos profissionais no AM**, como vemos a seguir:

"Quantos pediatras não poderiam estar conosco, assim, muitos pediatras hoje têm se especializado, tem buscado se atualizar, mas tem aqueles que não mudam a rotina deles, que não aderem também ao aleitamento materno. Daí a gente orienta algo naquele momento da alta que a gente trabalha, tem aquele pré-natal onde já foi, às vezes, falho, aí dentro da maternidade a gente tenta trabalhar aquilo, mas na alta hospitalar, ela sai com a carta [receita] e passa na farmácia. Se o bebê a noite vai chorar, aquilo pra ela vai ser extremamente necessário, tudo pra ela vai ser extremamente necessário que está na receita. O médico prescreveu, a enfermeira falou, mas o médico prescreveu. Então, por mais que o profissional de enfermagem trabalhe isso, o paciente, ele tem a visão de quem? Do médico. A gente pode trabalhar perfeitamente com ele e lidar em cima, o profissional da odontologia, todo mundo. Eu acho que esse resgate do aleitamento também tem que puxar esses profissionais, principalmente os mais antigos, que acabam não se aperfeiçoando. Tem uns que batalham em cima, mesmo, até briga com a enfermagem. (E2 - G1)

"E muitos pediatras passam no pai [do bebê] e falam: 'olha eu deixei prescrito, se precisar pode pedir pra moça do berçário dar o complemento'. E elas pedem: 'olha o pediatra deixou prescrito. Mas, não tem necessidade. Mas, é que eu quero descansar, pode dar". (E10 – G1)

"Se a gente for olhar até pra atenção básica, ou até pro atendimento tanto privado quanto público, é a questão dos pediatras. A gente tem alguns relatos, assim, de pediatra, a gente ouve, até das unidades mesmo, até dos profissionais que trabalham: 'você não vai mais amamentar porque empedrou, então não pode

mais'. [...] 'você passou um tempo sem amamentar, então não dá seu leite mais, porque azedou'. Então, é a falta do próprio incentivo. Eu acho que trabalhar um pouco mais, não só com os enfermeiros, com o médico que faz o atendimento, que a palavra do médico, querendo ou não, ela faz uma diferença". (F – G2)

"Me assusta muito ainda [...] é a questão do pediatra, mesmo dentro da atenção básica. Às vezes a gente pega muito a questão do peso, a tal da curva de crescimento: 'olha não tá ganhando peso, não dá pra você dar só seu leite, tem que complementar'. E aí a gente vai avaliar uma mama com uma produção ótima, não tem ingurgitamento, não tem nada. Por que não pode, então, tentar aumentar o número de mamadas? Vamos ver, será que realmente não tá ganhando. E tem a questão da curva nova, nem todo mundo tá usando. Então, isso é uma coisa também que interfere bastante". (C – G2)

"As pacientes [serviço privado] vão muito pelos pediatras, acaba sendo o ponto de referência delas. Até o nosso profissional mesmo, o nosso pediatra, o nosso obstetra, o obstetra vê muito a gestação, nasceu, acabou, o problema dele já acabou". (D – G2)

Os profissionais descrevem que algumas práticas têm desestimulado o AME. O não envolvimento de profissionais no atendimento à nutriz aparece associado à **falta de capacitação**.

"Acho que uma falha grande que ainda tem, é ficar muito em cima do enfermeiro, não ter tanta responsibilização, eles [outros profissionais] ainda não se sentem preparados para realmente estar praticando ou solucionando algum problema. Ou, às vezes, agenda com a enfermeira e, às vezes, nesse intervalo que vai agendar, até a mãe retornar, se ela não pode pegar na hora, se ela não está agendada, ela perde essa mãe. Acho que tem que incentivar mais, capacitar melhor os outros profissionais". (E1-G1)

"É uma falha de formação da gente e nas reciclagens. Muitas vezes, um delega pro outro, o pediatra deixa que a enfermeira, a pessoa que tá trabalhando no hospital coordenando, às vezes, não é uma enfermeira, é uma técnica tal que participa do CALMA, algumas vezes. Outras vezes, nem tanto, e fica a mãe acabando fazendo sozinha, existe isso aí. [...] Às vezes uma ou outra pessoa no curso vai falar: 'de novo aleitamento?' Vai falar, sim, quantas vezes, enquanto tiver gente fazendo a coisa errada, nós temos que falar, né?". (E1 – ind)

"Olha, eu vejo profissionais bastante engajados [...]. Eu vejo todos os profissionais bem engajados, acho que está precisando de tudo isso que foi dito aqui, dessa reciclagem, do curso de manejo e tudo mais e, aqui, como nós, vários profissionais, de várias áreas, de vários diferentes lugares de trabalho, a gente vê que nada mais funciona do que o trabalho multiprofissional". (E5 – G1)

Os profissionais trazem vários aspectos importantes e falam da necessidade da capacitação constante e de todos os membros das equipes, com vistas a um trabalho integrado.

Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação é um dos fundamentos da Atenção Básica (BRASIL, 2007). No que diz respeito à gestão do trabalho em saúde, “a formação dos trabalhadores, desprovida de uma visão cidadã do trabalho promove a reprodução de um modelo mecanicista e tecnicista, com base em normativas e padronizações produzidas pelos que planejam e dirigidas àqueles que a executam, resultando, muitas vezes, em situações de constrangimento e coerção no trabalho” (BRASIL, 2005c, p. 32).

A proposta de trabalho em equipes multiprofissionais da saúde vem sendo enfatizada no Brasil desde a década de 70, período marcado por uma forte expansão do mercado de trabalho em saúde, em razão das necessidades de ampliação da cobertura dos serviços (PEDUZZI; PALMA, 2000, p. 238). A complexidade da equipe multiprofissional refere-se, sobretudo, à articulação dos diferentes processos de trabalho, pois cada trabalho constitui um processo peculiar, com objetos próprios e saberes e instrumentos específicos que, no conjunto, estruturam-se sob a normatividade médica, que é hegemônica na organização das práticas de saúde (PEDUZZI; PALMA, 2000, p. 239). Para esses autores, esse processo é complexo, pois cada trabalho que se individualiza assim o faz pela necessidade histórica de sua peculiar atuação especializada. O conjunto de trabalhos da equipe é, portanto, a expressão da interseção de variados objetos e instrumentos que se dispõe, lado a lado, de modo fragmentário. O rol de atividades de cada agente apresenta-se como uma justaposição alienada de trabalhos, cada parcela apresentando-se como exercício autônomo e independente (PEDUZZI; PALMA, 2000, p. 239).

Assim sendo, “é necessário construir possibilidades de superação das fragmentações apontadas, para que a equipe multiprofissional adentre o projeto da transdisciplinaridade, no plano do saber e da multiprofissionalidade do trabalho” (PEDUZZI; PALMA, 2000, p. 240).

Essa integração dos saberes, nas questões do AM, é vital para o sucesso da amamentação, posto que cada um, dentro de suas atribuições, apoie a gestante, puérpera e nutriz em suas necessidades de saúde e nas dificuldades

enfrentadas no seu processo de amamentação. Se os profissionais não buscarem incorporar, em seu cotidiano, a assistência integral à mulher em uma parceria e trabalho conjunto, estaremos fadados a continuar repetindo os discursos sem alcançar a resolução desses problemas da fragmentação e da falta do trabalho em equipe. O compromisso e o envolvimento de todos são imprescindíveis.

Na questão específica do pediatra, Bueno e Teruya (2004) apontam que é importante preparar melhor o médico para seu manejo principalmente no que diz respeito a detectar problemas e resolvê-los, minimizando a falta de domínio do profissional de como fazer a ponte entre teoria e prática. Segundo as autoras, "a mãe, ao procurá-lo, traz a expectativa de uma boa assistência e da resolução de seus problemas, mas frequentemente não encontra espaço para expor seus sentimentos e contextualizar suas dificuldades" (BUENO; TERUYA, 2004, p. S127).

As mães precisam ter acesso ao apoio qualificado que as ajude a iniciar e manter as práticas alimentares apropriadas e a evitar e superar os obstáculos. Para a OMS (2003), os trabalhadores de saúde capacitados podem prestar esse apoio que deve fazer parte da rotina não apenas dos cuidados pré-natais, no parto ou no pós-parto, mas também dos serviços proporcionados ao bebê saudável e à criança doente.

Na perspectiva da vulnerabilidade programática, pode-se observar que as **fortalezas** explicitadas dizem respeito à mobilização técnica e de diretrizes governamentais que, de acordo com os profissionais, contribuem para o cuidado da mãe e da criança no processo de amamentação. Os profissionais relatam a importância da atenção básica dentro do sistema de saúde e seu papel na organização da assistência, abordando a ESF e o PACS, assim como as atribuições da visita puerperal precoce, a primeira puericultura realizada pela enfermeira, a puericultura por adoção, difundida em Londrina, e a realização de grupos de gestantes. A Rede Amamenta Brasil, estratégia de capacitação dos profissionais para a AB, é considerada motivante para os profissionais, porque os considera protagonistas das soluções propostas para os serviços, e ela pode permitir um potencial impacto na melhora dos índices de AM. As estratégias hospitalares, como a IHAC, apesar de aparecer como enfraquecida, também é

considerada importante para alavancar os índices de AM do município. A IHAC, na visão dos profissionais, possibilitou inúmeras capacitações para o manejo do AM, a sensibilização dos profissionais para a importância do AM e a mudança de práticas hospitalares que dificultavam a amamentação.

Por outro lado, há aspectos elencados pelos profissionais que remetem a situações frágeis de atenção à saúde na questão do AM. Em cada fragilidade levantada para as questões do AM, estão envolvidos aspectos da vulnerabilidade programática, demonstrando que, de maneira significativa, os serviços têm um movimento que acaba criando situações que trazem dificuldades ou insucesso na prática do AM.

Nesta pesquisa, do ponto de vista das **fragilidades**, podemos apreender que o incentivo e orientação sobre o AM no pré-natal não está presente com regularidade; o seguimento da saúde da mãe e da criança após a alta está organizado de forma fragmentada; o encaminhamento de questões sobre AM para outros serviços de saúde a partir da atenção básica está desarticulado; há pouca resolutividade, falta de recursos humanos e cobrança dos gestores centrada na produtividade de ações; nos serviços hospitalares são mencionados o excesso de tarefas a serem cumpridas e as altas taxas de cesáreas, particularmente em hospitais privados; dificuldades para o manejo da sucção do bebê na primeira hora de vida; oferta de complementação láctea independente de parâmetros clínicos; enfraquecimento da IHAC; descontinuidade da assistência, dificuldade para as questões de AM que aparecem no pronto-atendimento infantil; diferentes cenários de atendimento à nutriz relacionados à prática e envolvimento profissional; e falta de capacitação profissional interferindo na prática do AM.

Tais aspectos podem estar promovendo ou ampliando as vulnerabilidades individuais e/ou sociais no cotidiano da assistência para as mães e crianças em processo de amamentação, porque elas estão diretamente ligadas ao tipo de atenção que os sujeitos recebem. Mann; Tarantola e Netter (1993) afirmam que os esforços individuais para a redução da vulnerabilidade serão determinados em função dos programas institucionais.

Desta forma, os profissionais reconhecem, nessas situações apontadas, possibilidades de redução de vulnerabilidades. Repensar o cotidiano das práticas de saúde, conhecer os contextos dos serviços de saúde e, sobretudo, as particularidades das pessoas assistidas, permite oferecer à população serviços de saúde com qualidade.

O campo da vulnerabilidade programática ou institucional congrega o grau e a qualidade do compromisso dos serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação (AYRES et al., 2006). Assim sendo, as questões do AM levantadas nesta investigação apontam interfaces com a qualidade dos serviços de saúde, a viabilidade dos recursos, a organização da atenção frente aos parâmetros técnicos e científicos, o compromisso dos profissionais e dos gestores públicos, bem como a preocupação com as mudanças das práticas de saúde.

A vida das pessoas, aqui ressaltando as mães e crianças em processo de amamentação, está sendo mediada pelas diversas instituições e, para alcançar proteção e um cuidado à saúde ampliado, é preciso que estejam disponíveis os recursos sociais de forma efetiva e que haja esforços programáticos nessa direção (AYRES et al., 2006).

Nesse sentido, os cenários e as práticas programáticas para atendimento às mães e crianças devem buscar avaliar constantemente como as instituições, particularmente as de saúde, atuam reproduzindo ou aprofundando os contextos desfavoráveis para um cuidado à saúde em uma perspectiva integradora. Por isso, é importante repensar o modo como os arranjos tecnológicos estão sendo configurados no cotidiano dos serviços de saúde, pois, muitas vezes, podem estar favorecendo um descolamento entre o momento assistencial e o envolvimento com suas consequências e as situações vivenciadas pelos pacientes e comunidades.

5.2.3 A informação sobre aleitamento materno presente nos diferentes cenários

O terceiro tema traz a informação sobre AM, com aspectos sobre o conhecimento de mães e profissionais, onde essa informação está presente e sua influência no processo de amamentação.

Inicialmente, as falas apresentam as **fontes de informação sobre AM** e os momentos em que ela chega à mulher gestante e nutriz.

> *"A informação é tudo, né? A mãe, quando começa a pegar informação, ou divulgação, ou vê um artista na TV que amamenta e aquela coisa, é um chamativo. Aí fala: 'a fulana consegue dar, eu também vou dar'. Então, eu acho que tudo é válido sabe, pra contribuir com que a gente tenha sucesso mesmo. Do vínculo dela e de onde ela vive, de amigos, de amigas, da família, da mãe, da vó, da sogra, eu acredito que ainda tem um peso maior do que nós enquanto profissional da saúde".* (E5 - ind)

> *"Olha, eu acho que o aleitamento está bem divulgado. As campanhas nacionais são muito boas, a mídia, os artistas que estão fazendo aí essas campanhas. Eu acho que informação tem em todo lugar. Eu acho que até na unidade, se ela já passou lá com outro filho, a gente já fez orientação. Ela pode estar sendo influenciada pelo meio que ela vive, a atuação da Pastoral. [...] eu creio que em vários lugares, por exemplo, quem frequenta uma Pastoral deve ter essa orientação, mas eu não sei especificamente se no meu posto lá tem isso. As meninas, as técnicas de enfermagem, elas orientam. Se chega lá uma criança, elas falam. Mas esse caso que eu to falando, ela [mãe] andou no HU, andou na maternidade, que está bem estruturado, também a maternidade municipal, o HU. Eu acho que aí nos hospitais, sim, que ela tem bastante informação".* (E9 – ind)

> *Aí, a gente apoiava os três dias que a mãe ficava lá [hospital]. Mostrava o posicionamento do bebê, [...] 'olha, a hora que você chegar em casa, você vai posicionar com dois travesseiros pra você num ficar com dor na coluna'. [...] Nesse sentido, que a gente dava apoio, de falar de todos os benefícios, reforçar os benefícios. [...] e ensinava as técnicas de como colocar, por para arrotar, a importância disso pra diminuir as cólicas, aquecer a barriguinha, massagem. [...] da avó, da tia, da mãe. Muitas vezes, algumas tinham livro, levavam livros que falavam a respeito de aleitamento materno, de amamentação, mas eram poucas, poucas. [...] Eu acredito que mais vivência familiar."* (E7 – ind)

Os participantes atribuíram a origem das informações sobre AM para as mães a diversos contextos: mídia, família, profissionais de saúde nas instituições (UBS, hospitais), organizações da comunidade (Pastoral da Criança), literatura, entre outros.

O **conhecimento que é adquirido na família** é considerado pelos profissionais, às vezes, como positivo, mas, na maioria das vezes, interferindo negativamente na decisão da mãe de iniciar ou continuar a amamentação, como observado nas falas a seguir:

> *"Tem também a questão familiar, tem algumas contribuições muito boas das avós e tem as contribuições muito ruins. Então, dependendo da família isso é muito variável. E tem algumas mães que tem esposos, os pais brilhantes, participativos e que são muito colaborativos. Existem outros que tem formação, informações equivocadas que interferem muito e ajudam pouco e até angustiam e estressam a mãe".* (E1 – ind)

> *"É complicado atender a mãe com alguém da família, ou seja, quem for é complicado, é difícil. Porque toda a orientação que o profissional da saúde dá ou fala, sempre tem alguém que 'ah mais...', sabe, tipo assim, querendo, parece que vai dificultar aquela tua informação. Você tá querendo convencer a mãe de uma coisa, entra informação paralela, ou uma pergunta que pode causar um ponto de interrogação, né? 'Ah, mas ela falou que pra isso era bom, não sei o que e agora você tá me falando pra fazer tal coisa, ou não fazer tal coisa, né?'. Então, eu acho que isso, ainda, também atrapalha bastante na hora do atendimento"* (E5 – ind).

> *"Ela chega sem informação [na maternidade], aí fica lá uns três, quatro dias na maternidade, com aleitamento materno, [...] vem com a cartinha pro posto e tal, só que daí tem aquela quebra, sai de um ambiente em que todos os profissionais estão lá, aí ela chega na casa, onde ela está em momento fragilizado e tudo mais. Tem um monte de informação de avó, de madrinha, de vizinha, todo mundo dando palpite, já pega nesse momento frágil, ela não sabe, se ela corre pra maternidade".* (E5 – G1)

> *"Eu vejo que aquelas que tiveram um preparo maior, tiveram alguém, muitas são mais orientadas, tem uma enfermeira que é parente. Então, elas já têm uma idéia melhor, que elas já entendem um pouco mais, que elas querem, elas já entenderam que amamentar é o melhor. Então, elas vão se esforçando pra aquilo. Aquelas que não tiveram nada, e até que tem alguém ao lado, a sogra ou a avó, que ainda não amamentou, aí, piora mais ainda"* (E9 – G1).

> *"Na questão da dificuldade, a questão cultural ainda está muito enraizada, e por mais que ela tenha o informe, que ela sabe de algumas coisas, a cultura que eles trazem ainda é muito grande, o uso de um monte de coisa, de gente que dá orientação [...] ele continua usando o lado cultural que é muito forte ainda. [...] E a casca de banana ainda é famosa. Não sei, por ser uma área rural, não sei se em outra região, mais aqui está aparecendo bastante. E olha que elas recebem orientação no pré-natal, a gente fala isso aí, né? mais que na hora, chega, que elas voltam pra casa, voltam na família"* (E5 – ind).

Os aspectos culturais e a família aparecem nos relatos dos profissionais que os consideram como de grande influência para a prática do AM. O

que podemos observar aqui é que as falas dão a impressão de que a cultura e as atitudes dos membros familiares são algo a ser combatido ou desconstruído. Ainda, algumas informações ou a maneira como são veiculadas podem ser equivocadas, exercer interferência nas decisões, ajudar pouco e angustiar as mães.

Os aspectos levantados fazem parte do modo de vida das pessoas, que podem contribuir para que haja dificuldades na amamentação ou interrupção da mesma. De certa maneira, estão ligados ao grau e à qualidade da informação que as pessoas dispõem, à capacidade de elaborar as informações e incorporá-las ao cotidiano. As falas dos profissionais trazem dimensões que podem ser identificadas como dentro do campo das vulnerabilidades individual e social nas questões do AM, no tocante ao acesso à informação e aspectos socioculturais. Há também interface com a vulnerabilidade programática, porque os profissionais enxergam alguns obstáculos, mas com uma apreensão reduzida dos problemas enfrentados pelas mulheres e suas famílias.

Em relação às **informações recebidas nos serviços de saúde,** os profissionais apontam que a informação está presente nos momentos antes ou depois do nascimento do bebê:

> *"Em relação ao incentivo, é uma coisa que a gente começou a trabalhar, não tem muito tempo, mas a gente começou a trabalhar as informações das gestantes que estão internadas em trabalho de parto prematuro, quando ela está lá com 26 semanas e inibindo. As meninas estão fazendo reunião de quarto de alta, das vantagens do aleitamento materno, no quarto dessa mãe. Esses dias, a funcionária falou assim: 'ah, mas você tem certeza que tem que orientar a mãe de trabalho de parto prematuro?' Eu falei: 'Tem, eu não sei onde essa gestante vai ganhar o bebê, pode ser aqui, pode não ser aqui, talvez ela vai ganhar o bebê na cidade dela, onde ela não tem o acesso ao aleitamento materno, como ela teria, talvez, na rede de Londrina, onde o incentivo é um pouco maior'. Então, a gente tem trabalhado isso, essa reunião de alta tem sido fundamental para as mães. Tem aquelas que, tem claro, que não estão tão participantes dessas reuniões, mas eu acho que tem sido um grande impulso mesmo. [...] Na instituição, agora, a gente montou as reuniões de alta, onde toda segunda, quarta, sexta e os fins de semana a gente tem reunião de alta, onde a gente reúne as mães e faz orientações. Se são pós-operatório imediato, a gente vai até no quarto faz a reunião com o folder no quarto, e quando ela pode deambular, a gente leva ela na sala de apoio pra fazer essa reunião para dar as informações de ordenha, da pega incorreta, como que tira o bebê, de tudo".* (E2 – G1)

> *"Nós temos conseguido passar algumas informações [no pré-parto], no momento que a mãe entenda de uma certa forma tranquila. Essa informação é novidade, às vezes, numa sala de parto, o contato que ela teve, isso ainda é novidade pra mãe.*

Então, na verdade, a maioria não tem essa informação. Então, eu acho que a dificuldade maior é a gente conseguir mesmo manter isso até o começo do processo de alta". (E7 – G1)

"Nós temos uma reunião, chamada reunião educativa. A gente nem fala palestra, nem nada de reunião de alta. Eu falo reunião educativa, que é como um feed-back. Não é nem pra jogar informação pra ela, ela tem que participar daquela reuniãozinha ali, pra ela estar resgatando tudo que ela fez lá. Então, ali é abordado: cuidados com a criança, quando retornar a unidade básica, cuidados com ela, nutrição dela, e, inclusive, mais uma vez, o aleitamento materno". (E6 – G1)

"Eu acho assim, eu tenho falha? Tenho sim. Eu mesma deveria chamar todas as mães, fazer uma reunião geral [...] Eu acho que eu sinto essa falta de montar um grupo de aleitamento materno, de estar orientando. Então, essas orientações eu vou fazendo na minha visita, eu oriento, tiro as dúvidas e, na alta, também, a gente reforça tudo que falou.". (E4 – ind)

"A gente tem recebido muitos alunos das diversas faculdades aqui, eles tem conseguido fazer um trabalho de palestra com as mães, de conversa, ensinar os mais variados temas, inclusive aleitamento materno. Eles pegam as mães que estão aguardando consulta médica aqui do pediatra, daí já fazem. Eles têm todo um programa, né? e eles tem feito esse trabalho de estar informando. Eles 'bolam' folhetos, aí eles entregam. Do serviço, a gente não tem." (E7 - ind)

As ações educativas sobre AM dirigidas às gestantes ou mães internadas na maternidade ocorrem tanto individualmente, nas enfermarias, quanto em grupo, nas reuniões de alta. No pronto atendimento, a informação sobre AM está presente na sala de espera.

As informações sobre AM estão presentes em diferentes momentos e locais e há forte preocupação em passar os conteúdos às gestantes e mães. Nesses contextos, parece que os profissionais consideram a informação como transmissão de conteúdos para o estabelecimento do processo de amamentação. Tratar as informações sobre AM como transmissão de conteúdos pode levar a considerar muito pouco o outro, sobre o que o outro conhece e entende sobre o tema, seus sentimentos e experiências.

No plano individual, frente à complexidade das situações que levam a mãe a decidir pela amamentação ou não, torna-se limitado o pensamento de que a simples transmissão de informações possa surtir efeito sobre a prática da amamentação, pelo contrário, podem produzir sentimentos de culpa que dificultam o relacionamento com o bebê (PAMPLONA, 2002).

As informações sobre AM acompanhadas de auxílio para tentar superar dúvidas e dificuldades podem gerar mais confiança e escuta, tendo prioridade conhecer a mãe, sua família e o que eles trazem.

Enquanto uma escuta qualificada, o acolhimento enfoca que:

> Os profissionais de saúde são os principais protagonistas das ações do acolhimento porque são eles quem recebem o usuário, tem domínio sobre a produção do cuidado e tomam as decisões. Qualificar a escuta e a capacidade resolutiva destes profissionais na atenção ao usuário é um processo constante e permanente de apropriação e troca de saberes (SÃO PAULO, 2004, p. 7).

Todavia, para que isso ocorra no atendimento à mulher gestante/nutriz, é necessário que o acolhimento seja entendido como uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário(a), que não se limite a ser, mais uma vez, um roteiro de normas e rotinas a serem cumpridas, ou apenas um espaço ou um local, mas, sim uma mudança para uma postura ética e solidária. Desse modo, "ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde" (BRASIL, 2005, p. 16a).

Em relação às campanhas na mídia, já discutidas anteriormente nesta pesquisa, Feliciano (2009) aponta que a possibilidade de amamentar vai muito além da informação e conscientização sobre o valor da amamentação que as campanhas tentam divulgar, embora sejam de grande utilidade quando não houver aspectos emocionais envolvidos.

Essa forma de divulgação do AM e de suas vantagens tem proporcionado a participação de diferentes setores da sociedade para o processo da amamentação, e há uma defesa para o ganho global dessa prática, trazendo benefícios para famílias, governos e sociedade (WHO, 2003).

Os relatos destacam a importância do **início precoce da informação sobre AM desde o pré-natal**, como a seguir:

"A conversa que ela quiser ter, tirar todas as dúvidas na consulta de pré-natal, eu acho que é o primeiro momento que a gente começa a cuidar da mãe. E daí

nós tiramos as dúvidas que ela apresenta, alguns tabus culturais e algumas decisões e angústias que ela já mostra com antecedência, como do retorno ao trabalho. Então, é esse o cuidado da mãe, nós fazemos esta abordagem toda". (E1 – ind)

"Na área hospitalar já interna pra ganhar. Então, tem que ser antes para orientar melhor, instruir melhor, falar das vantagens, mostrar tabela de custo. 'Olha, se seu filho for tomar leite N. vai ser isso, você vai gastar isso'. Para conscientizar que não é barato e quais são as vantagens. Fazer um estudo de caso, mostrar. Porque eu acho que quando você prova, é diferente". (E4 –ind)

"Mas, a gente trabalha em cima e quando eu entrei aqui era bem solto, daí, a partir do dia que eu entrei, comecei a segurar isso. Eu sou a favor do aleitamento, eu acho que a mãe tem que amamentar. Só, assim, é um trabalho de formiguinha" (E6 – ind).

"Olha, a questão no pré-natal contribui e ela recebe informação, pelo menos aqui na unidade de saúde eu faço pré-natal, dou muita informação a respeito do aleitamento materno a partir do terceiro trimestre, né? O profissional que trabalha com a gente também reforça bastante isso, o médico, o clínico geral, tem bastante informação ainda aqui dentro, da própria unidade". (E5 – ind)

Os participantes afirmaram que o pré-natal é o momento adequado para que seja iniciada a abordagem do AM com a mãe, favorecendo que ela tenha mais tempo para apreender conteúdos e que isso pode influenciar em sua decisão de amamentar, mas que os serviços não estão bem estruturados para isso e os profissionais que acompanham as gestantes sentem essas dificuldades.

Refletindo sobre a consulta de enfermagem no pré-natal, Rios e Vieira (2007) trazem importantes reflexões sobre a necessidade de que a consulta de enfermagem à gestante não seja apenas um local para realizar vacinas, preencher papéis, fornecer informações ou como forma de atender a demanda reprimida do obstetra. Consideram, ainda, que as condições organizacionais limitam as possibilidades de se estabelecer uma comunicação efetiva com a mulher e a contribuição para a educação em saúde da mesma é prejudicada por ruídos, bloqueios e descontinuidades no processo comunicativo (RIOS; VIEIRA, 2007).

A abordagem com a mulher deve permear todo o ciclo gravídico-puerperal, sobre os benefícios do AM e técnicas corretas, mas, sobretudo, privilegiando o diálogo, conhecendo seus desejos, fantasias e planos quanto à amamentação, além das circunstâncias familiares e sociais para a realização

desses planos, compreendendo e apoiando, sem cair no discurso moralizante de que 'tem que amamentar porque é melhor para a criança e um direito do bebê'. De acordo com Pamplona (2002, p. 105), não devemos "culpar a mulher por quaisquer dificuldades na amamentação, pois a culpa só dificultará sua relação com o filho e mais importante que a amamentação é a boa relação mãe/bebê".

Os profissionais do presente estudo demonstram em suas falas que estão conscientes da importância dessa abordagem, que ela deve ocorrer ainda antes do parto, na atenção básica e durante a gestação e que, deixar para iniciar as orientações somente na internação hospitalar e parto, surte pouco efeito na decisão da mulher de iniciar a amamentação. Apontam que, no hospital, é necessária a continuidade. Referem dificuldades encontradas no cotidiano para que isso se concretize.

> *"Apoiar é diferente se ela [a mãe] já vir sabendo, do que eu ter dois dias aqui para orientar, porque eu tenho dois dias. Então, quero dizer, ela já chega pra mim sem o fundamento, ela vem com o objetivo: 'quero amamentar; não quero amamentar'. Então, aqui eu acho complicado".* (E6 – ind).

> *"Eu acho que ainda também precisamos melhorar. Tem algum lugar que ainda está faltando a gente melhorar isso daí. Porque nós somos uma unidade pequena. Então, só eu e o médico fazendo pré-natal, então, quero dizer, a maior informação acaba vindo ou só da enfermeira ou só do médico. Porque, daí, os outros profissionais entram na informação na hora que elas chegam já com o bebê, que eles acompanham quando ela já está com dificuldade e já está no aleitamento materno. Mas, acho que ainda está faltando informação, em relação aos profissionais de saúde"* (E5 – ind).

Os profissionais alegam como dificuldades o pouco tempo da internação hospitalar, a falta de mais profissionais para se envolverem com o AM, entre outros, ficando com uma nítida sensação de que algo mais precisa ser feito.

Os profissionais citam alguns aspectos que têm dificultado a participação da mãe em grupos de gestantes durante o pré-natal, como estas declarações:

> *"Naquela UBS [...], o pré-natal é exclusivamente do obstetra. O enfermeiro não fazia consulta e não tinha o curso, porque não tinha demanda, não tinha demanda por causa dos horários, tal, de as UBS trabalharem em horário comercial"* (E9 – G1).

"Vejo essa realidade onde eu trabalho, porque, lá não tem um grupo de gestante, justamente pelos problemas [...] da rotatividade de funcionários, quebra programa, começa outro e tal" (E5 – G1).

Os profissionais descrevem barreiras que a mulher enfrenta. As unidades nem sempre viabilizam o oferecimento de grupos de gestantes, a realização de grupos em horários não comerciais para a mãe trabalhadora ou para possibilitar também a participação do pai nesse processo. Ainda, observamos que, apesar do empenho quase individual dos profissionais para realizarem o que acreditam precisar ser feito na orientação e preparo das gestantes, os serviços contêm situações de vulnerabilidade programática quando não estão preparados para essa demanda de cuidado.

Os profissionais referem que **as pessoas atendidas estão sem informações sobre AM**, como nos exemplos a seguir:

"Nós trabalhamos com as gestantes lá e uma das coisas que a gente sente é que a gestante, elas chegam [na maternidade], apesar de você falar que ela tem bastante informação na mídia, internet e tal, mas a gente sabe que a nossa população, ela é muito simples, ela tem a TV lá, mas ela não tem acesso a internet e revistas, nada. E a gente conversa com as mães assim que elas chegam, nós fazemos um diagnóstico de aleitamento materno, e a gente percebe que elas chegam sem informação do pré-natal. Elas chegam muito sem a informação, a gente faz a entrevista e pergunta pra ela, como que ela chega, como é que ela está com essa informação do aleitamento materno, e eu acho que ainda está muito falho, desde o começo do pré-natal. A gestante vai lá, mede a barriga, a orientação de aleitamento materno, aquela coisa de ver, examinar o mamilo, por a mão, ver se tem, não tem mesmo. Então, aquela informação que colhemos lá na maternidade é verídica, ela realmente está chegando sem informação. Isso acho que contribui bastante para esse índice. Então, acho que se a gente conseguisse reverter, não sei de que forma, acho que é uma coisa que a gente tem que estudar". (E6 – G1)

"Porque um grupo de gestante, a gente agendava uma vez por semana, e cada vez era um grupo e a gente descarregava aquele monte de informação, daí a gente abria no final pra dúvidas. Daí, nossa, a gente via que elas sentiam muitas dúvidas. Você olhava e falava: 'Nossa, mas tá com dúvida nisso?' Nem imaginava, ou a gente colocava coisas, assim, fácil, que é o fato de o bebê, de você não colocar ele sentado, de virar ele barriga com barriga. Nossa, foi a descoberta, é obvio e não é". (E1 – G1)

"E elas chegam pra gente, e elas sabem de algumas coisas, mas aquela parte das dificuldades, da sucção, da pega, e mesma coisa no trabalho de parto, aquelas que não sabem nada do trabalho de parto, cesárea eletiva, e entram no trabalho de parto, meu Deus!!! parece que é um extra-terrestre dentro delas". (E9 – G1)

> *"Concordo, plenamente, que a gestante chega sem informação [na maternidade], porque também sobra tudo pra enfermeira, não consegue dividir tudo [...]".* (E5 – G1)

> *"Sabe o que eu percebo também que, dependendo da condição, não passa por pré-natal em posto. Então, o único profissional que elas tiveram contato foi o obstetra durante os nove meses. Então, às vezes, não vem com aquele conhecimento, não vem com aquela vontade de amamentar. Muitas vezes, umas orientações que foram colocadas pela família. Teve já casos de mães levarem kits de mamadeiras e chupetas e, recente agora, sabe, leva mesmo no hospital. Daí pra gente tirar aquilo da cabeça delas, é muito difícil. Então, acho que isso, também, eu não sei o que poderia ser feito, mas um dos problemas que eu percebo é isso, vem já só com acompanhamento do obstetra".* (E10 – G1)

Esses profissionais discordam de que a abordagem, no pré-natal, esteja sendo realizada suficientemente para que a gestante chegue à maternidade segura, com os conteúdos necessários para iniciar a amamentação. Referem que a gestante tem ainda muitas dúvidas sobre AM no momento da internação hospitalar.

Todos esses aspectos referentes ao local e à forma com que a informação sobre AM é obtida e às dúvidas apresentadas pelas gestantes quando chegam à maternidade e vão iniciar as experiências com a amamentação são de extrema importância para repensarmos o cuidado em saúde e o modo como nos relacionamos com os sujeitos.

São fundamentais as reflexões sobre como os profissionais estão apreendendo as características das pessoas atendidas, nomeando: 'ela é muito simples', 'ela tem a TV lá, mas ela não tem acesso à internet e revistas, nada', 'elas chegam sem informação', 'elas sentiam muitas dúvidas', 'mas tá com dúvida nisso?', 'não sabem nada', 'não vem com aquele conhecimento', 'tirar aquilo da cabeça delas', entre outros exemplos. Essas características precisam ser repensadas, para que haja maior envolvimento com o processo de cuidar e uma atenção integral à saúde. Para Ayres (2009), a idéia de Cuidado procura reconstruir a atenção integral à saúde, e que é preciso recompor competências, relações e os arranjos tecnológicos que configuram o cotidiano da assistência, que, muitas vezes, estão fragmentados, empobrecidos e desconexos.

As linguagens e estratégias usadas pelos serviços demonstram mais uma forma de transmissão vertical e unilateral, não aproveitando a riqueza de outras formas de interação, como a troca de experiências entre as mulheres. Um estudo controlado randomizado foi conduzido para o acompanhamento da nutriz primípara, no pós-alta, com o objetivo de analisar o efeito da intervenção de apoio à mãe realizado por outras mães (DENNIS et al., 2002). A pesquisa constatou que o apoio realizado por pares, ou seja, mãe para mãe, por meio de contato telefônico com 4, 8 e 12 semanas pós alta hospitalar contribuiu para a manutenção do AM aos 3 meses e para a satisfação da mãe com a experiência de amamentar seu filho. Os autores concluem que os programas de apoio ao AM por pares, em conjunto com os profissionais de saúde, oferecem resultados efetivos. Nesse sentido, considera-se interessante a estratégia de mesclar grupos de gestantes e puérperas, para que as experiências vividas pelos pares, ou seja, as próprias mães que amamentam ajudem as demais a encontrar significados e tranquilidade com o processo da amamentação.

Os pressupostos da educação crítico-reflexiva têm como base a aprendizagem significativa, que considera o sujeito como protagonista de sua aprendizagem, que ninguém é uma folha em branco e que esses conhecimentos prévios precisam ser valorizados e devem servir de âncora para o novo aprendizado. A aprendizagem significativa ocorre quando o conteúdo é significativo para o educando e que ele esteja motivado para relacionar o que aprendeu com o que já sabe (BRASIL, 2005c). Quando se aprende de forma significativa, a pessoa está apta a utilizar o conteúdo apreendido para a solução de problemas e aplicar em novas situações (AUSUBEL et al, 1980).

Pode ser que estejamos saturando a gestante e puérpera com tantas informações. Mas, a informação isoladamente e sem compromisso e envolvimento não permitirá o avanço do cuidado em saúde, com busca de autonomia nas tomadas de decisão.

As **informações desatualizadas sobre AM** foram mencionadas como prejudiciais ao processo da amamentação, podendo ocasionar confusão para a mãe.

"Eu acho que ainda tem informação errada pra mãe. É mãe saindo da maternidade com orientação de fazer compressa quente. Hoje, ainda, existe isso, sabe. É aquela mãe que chega lá pra nós, assim, com a mama daquele jeito, 'mas eu fiz compressa quente'. É mãe que chegou tão desesperada, ela me marcou muito, ela disse assim: 'Eu tenho vontade de pegar uma faca e cortar pra ver se o leite sai'. Ela pediu uma receita pra secar o leite dela, ela só vinha pra: 'eu não quero mais isso, eu não agüento mais isso". (E6 – G1)

"[...] Infelizmente, essas pessoas não têm se reciclado, nos congressos regionais, estaduais, nos congressos brasileiros, nos cursos daqui de atualização. Então, é um percentual muito alto de pessoas que estão ausentes, eles estão dando plantão, fazendo isso, fazendo aquilo. Mas, estão com informação equivocada, e se eles tiverem com informação equivocada em relação ao aleitamento ou omissa, eles estão, também, na solicitação de exames, eles estão também na prescrição de antibióticos, da prescrição de antiinflamatório, na rotina. Então, falta compromisso. A gente vê que existe desinformação e falta de compromisso, agora não posso te quantificar isso". (E1-ind)

"Não vejo aquela orientação assim: 'você vai amamentar no mínimo uma hora e meia, no máximo três horas, deixa mamar tudo, depois vai para o outro, é difícil ouvir, hein? Ou senão, eu ouço, mas eu ouço o inverso do que a gente aprendeu. [...] Então, é duro. Aí a gente entra em conflito de informação. Não sei se isso que faz eles irem abandonando e deixando só para a enfermagem ou se as orientações vão ser no consultório, não sei, na primeira consulta. [...] Mas, claro que tem uns maravilhosos que eu vejo orientando. Então, não posso falar que são todos, não. É mais pelo que eu estou convivendo. Porque tem profissionais que orientam, eu vejo ali orientando, orientações corretas que bate com as nossas, mas é muito pouco". (E4 – ind)

"A questão de usar pomada, pomadinha. Tem muita mãe que a gente pega ainda no pré natal, né?, principalmente do particular que, às vezes vem à unidade, começa a vir pra unidade, o que vem com prescrição de estar usando, é sabe, creme, pomada pra preparar essa mama pra amamentar, e ela vem de lá com receita pra continuar usando, tem, a gente está pegando muito ainda". (E5 – ind)

As falas apontam que há falta de uniformidade entre os profissionais na orientação sobre AM para as mães, alegam, ainda, que existe desinformação e pouco compromisso profissional.

Cursos de reciclagens e treinamentos são realizados como estratégias para a melhora da qualidade dos serviços e para gerar mudanças. Essas ações não esgotam as possibilidades abertas às atividades de desenvolvimento de habilidades e atitudes voltadas para os trabalhadores nos serviços. Peduzzi e Palma (2000) discutem quais seriam os limites e as

possibilidades dessas ações para implementação de mudanças da prática, tal como a priorização das atividades educativas para profissionais de nível superior, ficando com os de nível técnico somente treinamentos simplificados ou 'adestramentos', que mais reiteram a desigualdade social no trabalho do que impactam sua qualidade.

Nas falas dos profissionais são citadas várias **condições que dificultam a melhor capacitação** nos serviços:

> *"Nós já trabalhamos várias oficinas aqui, só que nós estamos percebendo que existem profissionais da rotatividade que não participaram desse curso do manejo de 20 horas, e que a gente tinha sempre parceria com o HU de estar fazendo, e o HU esse ano acho que não fez. Nós precisamos fazer um resgate, porque tem muita coisa que mudou, fissura, tem mais fissura, trauma mamilar, nós temos que estar trabalhando manejo, a forma de estar abordando, tudo. Então, a gente precisa trabalhar essas situações. Realmente, a gente precisa resgatar isso. O pessoal que nós começamos a fazer o curso de manejo, 93, 94, então, assim, é muito tempo. Então, nós estamos pensando fazer um curso de 20 horas de novo pra toda a equipe, pra estar resgatando, quem sabe estar tirando um pouco essa maneira de estar abordando, resgatando essa forma de aconselhamento, de abordagem do profissional. 'Mas, aleitamento materno de novo? De novo'. Não tem essa que é de novo, você vai lá, vai sentar e você vai ser obrigado a ouvir, porque tem muita coisa nova, tem coisa que foi vista, que precisa ser resgatada. Então, acho que ninguém sabe tudo, ninguém é perfeito. A Y.tá lá se deliciando aí no curso de manejo, ta certo que pode ser uma coisa nova pra ela, tem gente que já fez, tem gente que não fez, mas tem muita gente que fez há muito tempo, mas tem que estar resgatando isso".* (E6 – G1)

> *"A realidade hoje da UBS, pra quem está ali dentro, é complexa, porque de um ano e meio pra cá a gente teve uma quebra no sistema, porque a rotatividade de funcionários foi muito grande, a partir do momento, é aquela história, a organização do serviço modifica tudo. Então, você tem profissionais de vários setores contratados. Então, você tem não só mais funcionários públicos, mas profissionais terceirizados, que prestam serviço pro sistema, e aí a rotatividade é grande, porque o profissional não é estável, então mesmo que ele busque uma coisa melhor ou ele é retirado".* (E3 – G1)

> *"A gente acaba indo pra maternidade municipal, onde tem posto de coleta, tem ordenha mecânica, tem uma pessoa que vai te dar um atendimento diferenciado que eles têm, é um serviço voltado pra isso. Só que é lá, dá alta na municipal, até encontrar um hospital. Você pode procurar também uma UBS, se tiver problema. Mas, daí, a UBS não está preparada. Mas, por quê? Porque tem esse negócio do curso, da capacitação, da capacitação adequada, porque uma coisa é a gente ir lá e assistir uma palestra, uma coisa é a gente ir em um curso de aconselhamento de 40 horas, e aí capacitar toda, toda a rede de saúde que atende o aleitamento materno. Porque, se não, vai represar a maternidade municipal, lá o serviço é bom, mas aí não vão dar conta, e a cidade inteira que vá lá. Então, tinha que ser, na verdade, o engajamento de toda a equipe de saúde".* (E9-G1)

"E outra coisa da atenção básica é a comunicação entre os profissionais, porque o que mais me chamou atenção, assim, é eles não terem me passado, não sei se eu perguntei também ou não, porque a vida é corrida, né? Mas de você não ter um tempo para sentar, conversar sobre aleitamento, entre a equipe, discutir manejo. Porque o manejo é o pediatra que, no fim, se ele quiser estudar, ele estuda, se ele quiser se atualizar, ele se atualiza, mas não está lá, nas ações da equipe, né? Porque, se tiver, alguma coisa vai ter que ser feita, alguém vai ter que chamar outras pessoas, vai ter que discutir, senão fica muito ações isoladas. As pessoas ficam trabalhando cada um isoladamente. E não é assim que dá para ajudar a amamentação. Igual eu te falei, a minha equipe era boa, só que teve essa Amamenta Brasil em 2006, não sei quando teve lá. Eu não fui e não sei porque eu não fui. Nunca a enfermeira discutiu comigo o que é que era. Então, eu não sabia o que é que era. Não tinha tempo para discutir os casos que fracassavam, pra montar estratégias de melhora". (E9 – ind)

Para os profissionais do estudo, existem alguns entraves para a capacitação profissional entre eles a rotatividade de funcionários, a falta de engajamento da equipe, a falta de comunicação entre os profissionais, a falta de disponibilidade para capacitações de um maior número de profissionais, ficando o AM centrado em algumas pessoas, o que dificulta que a mãe tenha alguém para assisti-la em suas necessidades, na instituição de saúde. Há uma preocupação de que o conteúdo trabalhado em oficinas precisa ser resgatado.

A **necessidade de atualização e educação permanente** foi uma preocupação presente nas falas dos entrevistados, como importante para o atendimento à mãe que amamenta.

"As pessoas estão pactuando, agora, nessas oficinas. Eu achei muito interessante, porque lá, eles fazem você pactuar. Põe lá: pré-natal, pós-natal e comunidade. Isso daí já ajuda a cabeça, como você vai pensar o aleitamento, já pensa assim. Então, você não pensa só numa consulta médica. Então, isso daí, eu achei muito interessante. Eu adorei fazer esse treinamento. Acho que é o que faltava, né? Eu já fiz muitos treinamentos, mas esse daí foi um dos melhores, porque é concreto. A atenção básica vai se beneficiar deste tipo de política. Porque os outros, as outras políticas, igual, outra política que me chamou atenção, na época, foi o Hospital Amigo da Criança. Nossa, foi uma das melhores, né? Fiz cursos, também. Quando põe lá os passos, daí, de você treinar toda a equipe, é uma coisa forte, né? Então, foi aí que começou. Todo mundo tem que falar a mesma linguagem. Então, isso que eu acho que tem que acontecer na unidade, no pré-natal, no pós-natal". (E9 –ind)

"Questão disso, de estar colocando, investindo no profissional pra ele, ali dentro, ter um grupo, ter alguém de apoio que, às vezes, a [...] trabalha um período, eu estou, e também não fico 24 horas, a carga horária é 20 horas semanais. Então, não tem como você estar o período todo e só você ser referência daquilo. Eu fiz

o curso de aconselhamento [...]. Então, é uma visão diferente, é um buscar diferente, de estar indo atrás, e mesmo os enfermeiros lá, às vezes, a gente vê que eles não vão atrás junto, e acho que tem que ter esse curso de capacitação". (E1 – G1)

"Aqui, eu tenho um cronograma de educação continuada, tenho a bonequinha ali na caixa e a gente faz o treinamento com todas as auxiliares, manhã, tarde e noite. E a X. é a que vai todos os meses [no CALMA] e ela passa e repassa e a gente faz o treinamento e quando eu vejo que o foco é importante, eu vou, aí eu treino também e a gente passa pra todo mundo". (E6 – ind)

"A gente pede socorro, muitas vezes, pra outros. Então, assim, a importância da equipe, tanto a equipe do PSF, como a equipe dos ACS, como a equipe da própria unidade do hospital, ter a mesma formação, a mesma a gente não diz, mas ter uma formação homogênea em relação a aleitamento materno, no manejo desse aleitamento materno, que você possa delegar essas funções, né? em algum momento, quando você está com uma sobrecarga, delegar essa função. Mas, de você ter certeza de que essa ação vai ser realizada". (A – G2)

Os treinamentos e oficinas de trabalho são mencionados como estratégias importantes para discutir o tema do AM. O trabalho em equipe, as articulações com o CALMA, os pactos durante as oficinas, entre outros aspectos, são reforçados para incrementar a questão do AM.

Nas diretrizes políticas, particularmente na ESF, há um enfoque na capacitação em serviço, dentro de um contexto da educação permanente, que ela deve ser prioridade para melhor adequação da atuação profissional às necessidades de saúde da população (BRASIL, 1997).

Toma (2008) realizou estudo sobre a influência de um curso integrado de aconselhamento em alimentação infantil para a capacitação de profissionais da atenção básica e verificou que houve modesto incremento no conhecimento dos profissionais que atendiam crianças cadastradas em unidades de saúde da família. A investigação descreve as dificuldades para operacionalizar um curso de duração de cinco meses, demonstrando que, quanto mais vezes os profissionais participaram do curso, melhor foram os resultados.

Estudo conduzido em uma comunidade com condições precárias de vida, composta de várias etnias, no Reino Unido, constatou que a utilização de estratégias para início do AM, baseadas na IHAC e com apoio de trabalhadores de

clínicas pré-natais da mesma comunidade, não foram efetivas para aumentar os índices de AM (MacARTHUR, 2009). Essa pesquisa recomenda que maior ênfase seja dada ao desenvolvimento de ações para grupos específicos, tais como mães que não estão planejando amamentar, ou para aquelas em que os serviços de promoção do AM estejam menos acessíveis.

Estudo desenvolvido no sul do Brasil com escolares demonstrou melhores escores no conhecimento e atitudes em relação ao AM no grupo de intervenção, com duração do efeito de pelo menos três meses (BOTTARO; GIUGLIANI, 2009). Houve maior impacto em meninas estudantes entre 09 e 11 anos de idade, comparado com meninos estudantes entre 12 e 17 anos. Os autores discutem que, apesar dessa prática não garantir que os bebês dos estudantes que participaram serão mais amamentados, a intervenção proposta pode gerar mudanças de atitudes e práticas em relação ao AM. As atividades dirigidas na escola são preconizadas como uma importante estratégia, porque as escolas são sistemas sociais que podem influenciar as práticas de saúde e estilos de vida por meio da educação em saúde, além do estudante se tornar disseminador potencial dessas ideias em seus contextos sociais e familiares (BOTTARO; GIUGLIANI, 2009).

A Rede Amamenta Brasil está vinculada à capacitação das equipes, particularmente da rede básica de atenção à saúde. A forma como foi idealizada permite que os serviços utilizem os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, conforme a realidade de cada contexto. Trata-se de uma alternativa para a viabilização das propostas de capacitação na atenção básica, com abordagens de curta duração, oficina de tutores de 40 horas realizada durante uma semana, em caráter de imersão e oficinas de trabalhos nas UBS de seis horas, com toda a equipe (BRASIL, 2009b). O ponto forte da proposta é a continuidade do monitoramento pelo tutor responsável pela UBS, auxiliando a equipe nas dificuldades e necessidades levantadas durante a oficina, com a continuidade da capacitação dos profissionais, segundo os princípios da educação permanente que rege que as necessidades de capacitação surjam dos próprios locais de trabalho e sejam resolvidas também no próprio ambiente de trabalho. A proposta de educação permanente é que

> a capacitação do pessoal de saúde seja estruturada a partir da problematização do processo de trabalho. Seu objetivo é a transformação das práticas profissionais e a reorganização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a gestão setorial e o controle social em saúde" (BRASIL, 2009b, p. 15).

Desta forma, parece estar sendo uma abordagem diferenciada em comparação a cursos de longa duração que têm qualidades, mas podem inviabilizar sua execução na atenção básica.

A **necessidade de informação associada à capacitação e ao envolvimento profissional** também aparece nos relatos:

> *"Uma falha que nós temos, de formação, é que nós, normalmente, na grande maioria das vezes, o pediatra não examina a mama. Isso aí fica para o obstetra, e o obstetra também nem sempre faz este exame, tá disponível pra esse exame, faz mais referência superficial teórica e a mãe tem muita dúvida disso aí. [...] se você der informação, se você se qualifica, você vai identificando suas falhas e você vai conseguindo um sucesso maior.[...] na hora que você começa a ouvir, você sente inclusive uma motivação pra você se qualificar melhor. Existe uma falha de qualificação pra você abordar e aprofundar, exatamente o que é que você tem que fazer, o que você deve dar atenção".* (E1 – ind)

> *[...] Tem um pessoal que está lá, que trabalha no serviço público e que teima. A gente tem notado, assim, ajudou a gente fazer uma cartinha pro pessoal motivando: 'reserve um pouco do seu pouco tempo pra você, você e seu paciente merecem' e tal. Então, a gente procura fazer isso".* (E1 – ind)

> *"Foca muito na equipe de nutricionista, de enfermagem, treinar, treinar, treinar, é assim, assim, assim. Nós sabemos como é. Mas, acho que falta o treinamento pros pediatras, a conscientização deles".* (E6 – ind)

> *"Tem que ser pensado essa reorganização da atenção básica, e dentro disso trabalhar a questão da educação permanente, senão não tem como, senão essa unidade tem um bom profissional e ele está sensibilizado, ele está trabalhando, mas a outra não, e a outra também não, e aquela sim. Como que a gente faz isso de uma forma geral pra que possa ser todo mundo com o mesmo foco, todo mundo trabalhando na mesma direção? É a educação permanente e isso não pode se perder, e não pode ter assim, eventos pontuais de amamentação, uma vez por ano, não. Tem que ser uma coisa permanente, algo que seja trabalhado de forma contínua pra não se perder".* (F – G2)

> *"Assim, a gente está tentando, está vindo novos profissionais. A gente tem vários projetos que a gente pretende, com a vinda desses outros profissionais, colocar em prática, inclusive até melhorar essa prática do aleitamento materno. Atualmente, quem está mais atualizado, que está mais por dentro disso, é uma fonoaudióloga que a gente tem, participa ativamente do CALMA, todos os*

> *eventos, tudo ela está sempre envolvida. Já chegou a convidar a gente pra participar de alguns. [...] A gente precisa dar um suporte melhor para os nossos funcionários, porque faz muito tempo que eles não têm uma atualização em aleitamento materno".* (E7 – ind)

As falas apontam que há estratégias de educação permanente realizadas pelos serviços, além do desejo de que a equipe estude e discuta os temas pertinentes ao trabalho. Entretanto, isso é dificultado pela falta de comunicação entre eles. Algumas perspectivas são relatadas para a capacitação dos profissionais, enfatizando que a educação permanente deve fazer parte da reorganização dos serviços de saúde para que toda a equipe esteja apta ao atendimento dos problemas de saúde da população e particularmente das situações sobre AM. Há uma ênfase de que, se a informação estiver presente e com qualidade, ela pode garantir o sucesso da amamentação.

As informações atualizadas sobre AM são tomadas como necessárias para garantir o processo de amamentação, em acordo com documentos oficiais, diretrizes governamentais e embasadas em pesquisas, centradas no conhecimento científico.

No aleitamento materno, inúmeros materiais atualizados estão disponíveis em sites do governo, em sites específicos sobre amamentação de entidades que trabalham com AM, como a WABA, IBFAN, FIOCRUZ e sites elaborados por profissionais de reconhecida competência no tema. O acesso à Internet tem sido uma realidade cada vez maior nas diferentes populações, principalmente para profissionais de saúde, vinculados a instituições de maior porte, como universidades ou hospitais universitários. Porém, ainda encontramos, no Brasil, diferenças regionais em relação a esse acesso, trazendo à tona a questão da vulnerabilidade programática no que diz respeito aos recursos de que dispõem para se atualizarem e oferecerem à clientela, no caso a gestante/nutriz, uma assistência de qualidade, evitando orientações incorretas e desatualizadas que possam prejudicar seu processo de amamentação. Isto significa que os serviços também estão vulneráveis a situações da falta na equidade dos recursos, quando se nota um grande investimento dos governos em grandes centros e em especialidades e, ao mesmo tempo, encontramos UBS, em regiões brasileiras,

onde não existe um computador ou as atualizações não chegam com a rapidez necessária para a que os profissionais de saúde se atualizem.

O governo disponibilizou, em 2009, o Caderno de Atenção Básica, número 23, com conteúdo atualizado sobre AM e alimentação complementar para ser acessado por todas as UBS do Brasil (BRASIL, 2009d). Os cursos da IHAC sobre manejo e aconselhamento em AM também têm desempenhado importante papel na atualização dos profissionais de saúde que trabalham em hospitais e maternidades. Diferentes entidades têm promovido eventos específicos sobre alimentação infantil, como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a IBFAN que promove o Encontro Nacional de Aleitamento Materno (ENAM) todos os anos e que são ricas oportunidades dos profissionais se atualizarem e trocarem experiências.

Em Londrina, frequentemente, são realizados eventos como a Semana Mundial da Amamentação (SMAN), simpósios organizados pela SBP que tem um representante londrinense em sua diretoria, o trabalho do CALMA que tem reuniões mensais, em que são discutidos diversos temas de interesse para capacitar os profissionais que pertencem ao Comitê, e para que levem e discutam as informações e organizem novos modos das práticas nos serviços de saúde, como foi mencionado em um relato anteriormente.

Além dessas diferentes estratégias para que o conhecimento pertinente e atualizado chegue aos profissionais que atendem diretamente as mães, a Rede Amamenta Brasil também teve, em sua construção, a preocupação de que a capacitação proposta chegasse a todos os recantos do Brasil por mais remotos que fossem. Essa preocupação é que conduziu o Ministério na busca por uma metodologia que viabilizasse a execução do projeto nesse país de dimensão continental (BRASIL, 2009b). Por isso, optou-se pela metodologia problematizadora que tem como um de seus pilares a adequação à realidade dos diferentes cenários, possui flexibilidade que possibilita a adaptação da capacitação em diferentes locais onde há disponibilidade de todos os recursos tecnológicos ou em uma região afastada da Amazônia, se, por exemplo, não possuir energia elétrica. Outro ponto relevante é que o protagonista do conhecimento e das mudanças necessárias à prática não é o professor e seu saber, mas o conhecimento vai sendo construído

por toda a equipe que conhece melhor sua realidade e dificuldades do que um instrutor/professor. Não há imposição dos “passos certos” a serem tomados pelo serviço e profissionais, mas sim a construção dos passos que são possíveis e necessários naquela realidade, com flexibilizada e passível de concretização principalmente no que diz respeito às ações a serem estabelecidas para o enfretamento dos problemas e limitações.

Os profissionais manifestaram, nas falas, o desejo de uma maior comunicação e discussão para a resolução dos problemas enfrentados no cotidiano. Peduzzi e Palma (2000) discutem aspectos sobre o trabalho em saúde e que o caráter educativo refere-se à reflexão crítica a respeito da prática do trabalho, à análise do trabalho realizado com vistas à elaboração de novas sínteses, feitas com base nas experiências empíricas e nos conceitos teóricos (PEDUZZI; PALMA, 2000). É imprescindível “a existência de espaços nos serviços de saúde para a discussão coletiva de casos, do processo de trabalho e na adequação das normas, protocolos e orientações à realidade local, para o desenvolvimento de seus próprios fluxogramas e normas de atendimento (SÃO PAULO, 2004, p. 7). Essa é proposta da Rede Amamenta Brasil, que, na última parte da oficina de seis horas nas UBS, propõe a discussão e pactuação das ações que a equipe, depois das reflexões realizadas, acredita ser necessária para o atendimento da mulher que amamenta e sua família. Esses passos estabelecidos pela equipe é que serão monitorados para a certificação da unidade como participante da Rede Amamenta Brasil.

Os profissionais abordam a **necessidade da informação ao longo do processo de assistência**, enfatizando que a informação não pode estar centrada somente no início do pré-natal, para que ela não fique distante da amamentação propriamente dita, como nos relatos a seguir:

> *“A gente vê na realidade dos postos que, às vezes, eu estou fazendo pré-natal nos postos, é assim: a enfermeira abre o SISPRENATAL e, ali, naquele momento, ela dá uma puxada: ‘Você amamentou seu outro filho? Não amamentou? Você deseja amamentar?’ Mas é naquele pontinho, lá no início do pré-natal. Então, daquele ponto do início do pré-natal até os nove meses que ela vai chegar na maternidade, ela nem lembra, tenho certeza, do que a enfermeira falou pra ela do aleitamento materno. Parece que fica muito distante a informação, ela se perde durante o pré-natal, e quando ela vai chegar lá e aí não adianta mais”.* (E6 – G1)

"Mas, ainda assim, eu ainda acredito que tem que ter o preparo, porque [...] a gente vê que elas não têm preparo mesmo da prática, às vezes fala só, ou numa palestra que a gente fala, que um encontro é sobre aleitamento materno, aí você joga aquele monte de informações, em um encontro só e não fala mais aquilo. [...] Então, vejo que o preparo é o que vai fazer essa amamentação ser eficaz e ter longo prazo, e não é assim, a gente fazer uma palestra só, num curso de gestantes sendo que nem todas que vão. Eu acredito que tinha que se ter alguma coisa de aleitamento materno pra se falar em toda consulta, pelo obstetra, pela enfermeira, pelo auxiliar, o profissional que pegar esse caso, essa gestante". (E9 – G1)

"No pré-natal, na primeira consulta eu não trabalhava muito não, porque são muitas informações e é uma experiência própria. Até que, daí, depois eu levei para minha vida profissional, porque na primeira consulta a gente tá muito ansiosa por conta da gravidez. Junta muita coisa, felicidade com preocupação. Então, daí eu mudei. A partir das consultas subsequentes, que na rural [UBS de zona rural] sempre foi intercalado com o clínico, a gente, no momento, durante a consulta de pré-natal eu falava sobre o aleitamento materno em cima das dúvidas dessa gestante. Então, eu perguntava: 'você sabe o que é dar o peito, o leite materno? O que você sabe disso? Já ouviu falar, tem alguma experiência ?' [...] Então, tanto eu, como o médico, como o auxiliar, como o ACS, a gente tentava minimamente perguntar: 'Então, está preparando o bico do peito para amamentar?' 'Ah, eu estou'. 'Então, deixa eu ver onde você faz o banho de sol'. Então, a gente tentava, pelo menos, dar um embasamento para que ela pudesse levar o aleitamento materno para frente. A gente fazia conversas: 'Olha, essa daqui quer amamentar'. A gente ficava tranquilo e só reforçava. Nas que não queriam, a gente tentava fazer um trabalho mesmo, de formiguinha. Ia comendo pelas beiradas". (E8 – ind)

Os profissionais buscam estratégias para envolver a gestante e a equipe no compromisso de conversar sobre AM, ao longo do pré-natal, para que, com uma abordagem gradativa e multiprofissional, a gestante possa apreender aos poucos os conhecimentos quando for necessário após o parto. Relatam que passar a informação pontual não contribui para o processo de amamentação, para surtir efeito na duração da amamentação e para suas decisões.

Estudos sobre a temática buscaram elucidar quais estratégias produziriam maior impacto no estabelecimento e duração do AM. O estudo de Su et al.(2007) analisou o efeito da educação pré-natal e apoio pós-natal sobre AM, como intervenções separadas, realizado por parceiras (*peer support*) de comunidades de Singapura com treinamentos prévios e demonstrou que ambas as intervenções melhoram os índices de AME aos seis meses depois do parto, em relação aos serviços de rotina dos hospitais e das clínicas. O apoio pós-natal foi um pouco mais efetivo do que a educação no pré-natal.

Revisão sistemática de Oliveira e Camacho (2002) mostrou diversas ações básicas testadas nos cinco continentes nas últimas décadas e concluiu que os procedimentos combinados entre os momentos pré-natais e pós-natais evidenciaram um maior efeito para ampliar a duração da amamentação. As sessões em grupo, por exemplo, foram utilizadas não apenas no pré-natal, mas combinadas com acompanhamento materno-infantil e com visitas domiciliares. Nessa revisão, há resultados que a informação sobre AM oferecida de forma pontual não surtiu efeito na duração do AM. Intervenções que utilizaram informação impressa ou telefonemas não produziram o efeito esperado e os autores atribuíram isso ao fato de terem desprezado a importância da interação face a face, a orientação prática e a oferta do apoio necessário ao sucesso da amamentação (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002).

Entre os relatos dos profissionais do presente estudo, há certa clareza sobre a importância de **ir além da informação**, e há comparação entre AM e as doenças transmissíveis (DT) no tocante à presença da informação, como expressa esta fala:

> *"Eu acho que a mídia também influenciou bastante, eu acho que hoje informação as mães tem um monte, elas sabem muito, muito, já chegam assim pra gente. [...] A informação eu comparo igual a DT, todo mundo sabe o que é DT. Então, a gente sabe que pega, como pega e como passa, mas ainda tem. Então, essa questão de informação é importante, mas que tem muitas barreiras, ainda. E amamentar a gente fala: 'é fácil, nossa! bota no peito que o neném suga'. Não é assim, não é assim, não é por aí, tem toda uma pecinha atrás e um na frente, tem aquelas que estão amamentando e aquele que tá sendo amamentado".* (E3 – G1)

Essa fala explora o fato de que, atualmente, muitas informações técnicas sobre os assuntos da área da saúde estão presentes e difundidas e que, mesmo assim, os casos e/ou dificuldades ainda existem. A fala anterior também traz uma importante reflexão sobre o sujeito e sobre o binômio mãe-filho. No cuidado da criança e particularmente no processo de AM, há uma situação complexa porque estão três pessoas envolvidas: a mãe, a criança e os profissionais de saúde, além de outros membros familiares. Os profissionais de saúde têm as informações científicas importantes para saber que o leite materno é um recurso relevante para o desenvolvimento físico e afetivo da criança, com conhecimentos

sobre os benefícios do contato mãe-filho que é uma experiência de reconhecimento mútuo fundamental para a existência humana e que o momento da amamentação proporciona um ângulo do olhar criado entre a mãe e a criança para uma intimidade rara entre dois seres. Os profissionais almejam que todas as crianças tenham essas experiências, mas é preciso lidar com as particularidades de cada caso e com os valores e os propósitos maternos e familiares.

Na questão do AM, há muito conhecimento produzido e disseminado para a sua prática, mas ainda se observam situações de não adesão das mulheres, o que leva à reflexão do que tem sido exposto que a informação, por si só, não gera mudança de comportamento.

Para Ayres et al. (2006), isolar as possibilidades de se defender dos agravos à saúde somente é possível de ser feito teoricamente, como ocorre na abordagem do conceito de Risco, mas que esse conhecimento advindo dessa separação dos fatores determinantes ou associados pode dificultar o retorno desse conhecimento gerado às situações concretas de intervenção nos problemas de saúde da população. Para isso, é necessário identificar e levar em consideração como as condições culturais, econômicas, psicossociais e políticas estão determinando as respostas aos agravos e gerando os comportamentos, para que estratégias efetivas de prevenção possam ser traçadas pelos profissionais de saúde.

A mudança de comportamento, segundo Grupta(1996) apud Ayres et al. (2006) não é uma resultante de “informação + vontade”, mas sim, está condicionada à disponibilidade de recursos distribuídos de forma desigual entre os sexos, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias.

Na questão do AM, pelos relatos analisados, os profissionais manifestam uma forte crença de que a orientação tem um papel vital na determinação do comportamento da mãe e que a tarefa dos profissionais é que essa informação seja *transmitida* precocemente, antes do nascimento da criança, em diferentes momentos e cenários. No entanto, os profissionais fazem a reflexão de que a informação existe, mas de algum modo é preciso melhorar.

Como discutido no quadro conceitual, os componentes da vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva, como a quantidade e qualidade das informações que as pessoas dispõem e sua capacidade de elaboração das informações, e de ordem comportamental, como a capacidade, habilidade e interesse para transformar preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras (AYRES et al., 2003). Essa capacidade de utilizar essas informações para gerar um comportamento, no caso do AM e em várias situações de saúde, depende de vários outros fatores, também do seu contexto social. Por outro lado, os serviços de saúde têm criado situações que reforçam e até aumentam essa vulnerabilidade, quando não estão estruturados para que a informação chegue à gestante e à nutriz, ou quando, nos ricos momentos em que isso aconteceria de forma efetiva, não são realizados na perspectiva de troca e de valorização dos saberes da pessoa. Tornam-se situações vulneráveis porque se restringem a momentos de repasse exaustivo de conteúdos sobre AM.

A fala desse profissional é chave para entendermos como se dá a questão da vulnerabilidade individual, agravada pela vulnerabilidade programática.

> *"Eu acho assim, que a gente tem que aprender todo dia a arte de passar a mensagem, que não é fácil. Por quê? Porque cada um de nós tem nossa história de vida, e essa história de vida influencia, porque uma não tem condição financeira, uma tem um grau de conhecimento muito mínimo, quase nada. Então, será que faltam palestras? será que falta tanta informação? ou será que elas ouvem e não absorvem? Por quê? Por causa das condições que elas se encontram? ou pela história de vida? Então, na minha opinião, na minha experiência, os profissionais têm que descobrir um jeito de chegar até aquela mãe".* (E8 – G1)

Nessa próxima fala, somente a informação mesmo sendo compartilhada de forma adequada, não é suficiente, mas deve ser acompanhada de apoio contínuo:

> *"Era uma mãe orientada, uma mãe, assim, tinha informações a respeito do aleitamento materno e que teve problema na hora da amamentação. Era um segundo filho, mas apresentou fissura, fez mastite. [...] A gente foi assistir ela na visita domiciliar e acompanhar, e foi uma luta a tentar conquistar. Ela tinha uma vontade de amamentar, mas estava com uma dificuldade muito grande, só que a equipe tava acompanhando ela em casa, em orientação, dando apoio que ela precisava. Graças a Deus ela conseguiu e está amamentando. Mas, foi muito difícil pra ela e pro grupo".* (E5 – ind)

Neste terceiro tema, vários aspectos sobre a informação de AM aparecem, desde suas fontes, dúvidas, início no pré-natal e permeando vários cenários e momentos, elementos socioculturais e familiares e o modo de ouvir e falar com as mulheres. Os profissionais descrevem tais aspectos que podem ser considerados como relevantes para a melhora dos índices de AM e das intervenções no processo de cuidar da amamentação.

Por meio das falas dos profissionais de saúde, depreendemos que a informação não é, em si, suficiente, se não houver o apoio compartilhado com a mãe que amamenta e com sua família. Informações pontuais podem obstaculizar ou restringir as práticas de AM. Alguns profissionais estão apontando que a forma como ocorre o diálogo e sua continuidade são relevantes. Outros, em alguns momentos, parecem eleger as informações sobre AM para a mulher-gestante-mãe voltadas para o plano cognitivo, de forma a não querer trazer muito as experiências emocionais e relacionais.

A partir dos relatos dos profissionais de saúde, há indicativos de que as mães enfrentam momentos de vulnerabilidade individual e social no âmbito familiar, por não se sentirem seguras para estabelecer e dar continuidade ao seu processo de amamentação. De forma não descolada desse processo, há interfaces com a vulnerabilidade programática, pois as capacidades de respostas dos serviços de saúde na questão do AM não estão plenamente em vigor para um cuidado integral à saúde.

Algumas dificuldades podem estar relacionadas ao modo como os serviços se organizam e atendem as pessoas. Conhecer os pontos de vista das mulheres e suas famílias pode ser entendido dentro do âmbito de valorização de um saber prático.

A sabedoria prática tem caráter contingente, ou seja, lida com a eventualidade, com a incerteza, com os acontecimentos e experiências humanas; não lida com aspectos perenes, causais e universais, não é um saber que produz objetos, artefatos ou instrumentos (AYRES, 2008). É um espaço em que os interesses humanos são o foco. É um saber não cumulativo, pode emergir de

experiências, de interesses comuns ou divergentes, de tensões e de possibilidades de interação. Nesse sentido, não há menos verdade nesse saber, mas sim menos certeza e determinação. Trata-se de buscar uma compreensão das experiências e escolhas diante das diversas contingências do cotidiano (AYRES, 2008). O saber prático está ligado ao poder escolher e precisar escolher e, para tanto, precisar saber ou encontrar o bem em cada situação concreta (GADAMER, 2007). Esse saber tem o conceito de contingente como sua essência, traz a ideia de encontro com aquilo que se depara e que não se pode antecipar e nem deduzir por meio do pensamento.

Na atenção à saúde, é fundamental o movimento de reconstrução e articulação entre os conhecimentos técnico-científicos e o senso comum, e, para tanto, é importante a comunicação, a linguagem, o diálogo entre os sujeitos e a preocupação com o saber prático.

O tema a seguir analisa o que, na perspectiva dos profissionais, tem influenciado a decisão da mãe de amamentar ou não.

5.2.4 Amamentar ou não amamentar: caminhando na decisão

Neste tema, apresentamos os relatos que expressam a preocupação dos profissionais de saúde com as decisões sobre amamentar ou não amamentar e os elementos envolvidos nessa decisão.

Os profissionais traçam algumas características da **mãe que decide amamentar e da que decide não amamentar**, como nestes exemplos:

> *"A gente consegue trabalhar bastante, aí que eu falo que eu vejo que aquelas que já querem amamentar mesmo, que já tem posto na cabeça, elas tem mais vontade. Elas vão por vontade, elas escutam mais o que nós falamos. Aquela que tem um pouco de dúvida, que já teve uma experiência ruim, que não tem o apoio da família, às vezes, elas não aceitam tanto a informação, eu acho que é por conta de não ter um vínculo grande com a gente, que ela acabou de conhecer ali".* (E9 – G1)

"O que eu vejo pela minha experiência é: as mães que decidiram engravidar, que querem um filho, essas estão mais sensibilizadas no aleitamento materno. [...] Mas, a percepção que eu tenho é essas que têm vontade de ter filho, de formar uma estrutura familiar, essas têm mais adesão ao AM, que consegue passar pelas dificuldades, mesmo, da fissura ou da cesariana, mesmo. É a percepção que eu tenho. Está muito ligado à gravidez desejada e indesejada. É claro que, das indesejadas, não são 100% que relutam na questão. Você tem que fazer um trabalho mais de perto, uma visita, todo pré-natal tem que falar um pouquinho de AM, tudo, essas a gente consegue. Mas, tem aquelas que já desde a primeira consulta já vem, assim: 'não precisa nem me falar de dar o peito que eu não vou dar'. [...] Gravidez que eu espero, que 'foi o meu sonho', essas a adesão é maior. Da experiência profissional que eu tenho, é essas que eu tenho visto". (E7 – ind)

"Eu acho que a incidência das [mães] que não querem, eu tenho um entendimento que não deve ser tão pequeno. Mas, eu acho que as dificuldades e o fator cultural interferem muito mais, a questão da receptividade do esposo em relação à amamentação, que leva tempo. Eu amamentei e eu sei que leva muito tempo, você tem que ter tempo, tem que ter uma disposição muito grande. Às vezes, a própria mãe [avó] chega e fala: 'nossa, dá outra coisa, não vai introduzir [outro leite]?'. Isso se vê na sua mãe, que você fala de aleitamento o tempo todo, e eu imagino isso em outras famílias. E uma pessoa em uma família que não tenha ninguém na área da saúde, que esteja trabalhando em função disso? Então, eu acho que esta questão é assim, profunda, mas é meio que cultural mesmo, fazer acreditar". (D – G2)

"É interessante. Geralmente, as mães que querem amamentar são as que já amamentaram, é a mãe que tem um vínculo com a criança, é uma mãe que decidiu amamentar antes de chegar no pediatra. Ela não decidiu naquela hora. O pediatra é o que tem menos influência, eu acho. É aquela mãe que já veio do pré-natal com orientação, é aquela mãe que o pai, principalmente o pai ajuda. Se o pai apoiar acho que é 50%, as avós também têm bastante influência e o serviço de saúde sim, é importante. Mas, eu acho que quando ela chega, pelo menos, para o pediatra, você já percebe que ela já chega decidida". (E9 – ind)

Os profissionais atribuem a decisão de amamentar ou não amamentar ao desejo da mulher, tanto de amamentar como de engravidar. Acreditam que a mãe que planejou sua gravidez, aquela que tem apoio familiar, a que teve uma experiência anterior de amamentar, tem mais disposição para o AM e para o enfrentamento das dificuldades.

A seguir, apresentamos relatos que especificam o modo como os profissionais veem as mães, como elas chegam aos serviços de saúde, o que dizem e desejam:

"Ela chega com uma cabeça, tem umas que 'não, eu quero amamentar'. Então, é mais fácil, porque ela está do seu lado. Agora, as que chegam já com a mamadeira e chupeta na bolsa, quer dizer, muitas vezes, eu não consigo, porque eu tento, vou lá, faço toda a orientação e ela olha pra mim e fala: 'ah, mais eu não quero'. Então, o que a gente faz aqui?". (E6 – ind)

"Algumas eram mais acessíveis, outras já não: 'não, eu não quero, eu já tive problema anterior, não, não quero insistir, eu gostaria que, eu já fiz a minha tentativa, agora eu quero descansar, quero que recolhe o nenê'. Mesmo durante o dia, às vezes, algumas mães pediam pra recolher o bebê, pra ficar no berçário, pra que elas pudessem descansar também durante o dia". (E7 – ind)

"Então, lá, por ser convênio, a gente orienta e faz tudo, mas a gente não obriga, não tem como, uma porque eles não te dão muita abertura, não tem como você..., não tem. E, uma vez que ela coloca na cabeça, não adianta. [...] Uma vez que ela já vem de casa com isso na cabeça, é difícil de você convencer". (E4 – ind)

"Então, eu tive vários casos que a mãe tinha dificuldades, mais por aquela demora do leite estar descendo, de pega, mesmo, do bebê e de mães que não tinham vontade mesmo de amamentar. Porque o principal problema que eu acho é a adesão da mãe, que quando a mãe não quer, não adianta você insistir, você falar. Você tem que deixar ela mesma tomar a decisão. Então, isso que eu acredito que dificulta mais, quando a mãe não quer, a gente não consegue mesmo". (E10 – ind)

"Aí que eu falo, que eu vejo que aquelas que já querem amamentar mesmo, que já tem posto na cabeça, elas tem mais vontade, elas vão por vontade, elas escutam mais o que nós falamos. Aquela que tem um pouco de dúvida, que já teve uma experiência ruim, que não tem o apoio da família, às vezes, elas não aceitam tanto a informação, eu acho que é por conta de não ter um vínculo grande com a gente, que ela acabou de conhecer ali". (E9 – G1)

Observa-se mais uma vez que os profissionais alegam que a adesão da mãe está relacionada a uma decisão anteriormente tomada, antes mesmo do momento da interação. Alguns motivos mencionados para essa não adesão foram: a experiência anterior ruim, falta de apoio da família, falta de vínculo com o profissional, possuir convênio de saúde, dando a impressão de que, no serviço público, não precisaria respeitar a decisão da mulher e que, no serviço privado, '*você tem que deixar ela mesma tomar a decisão'*.

Nas falas, depreendemos certo incômodo dos profissionais com o fato de a mãe expressar verbalmente que não quer amamentar. Eles entendem que é importante insistir, mas há situações em que a insistência não resulta na adesão

ao AM. Observa-se que o profissional se vê impotente frente à decisão da mãe e que se sente inábil para atuar nessa relação em que a mãe manifesta sua provável decisão, tomando como fato consumado e sentindo-se desmotivado para iniciar esse diálogo, para um diálogo que objetive compreender as razões e sentimentos que levaram a mãe àquela decisão e para levantar com a mãe que se coloca 'supostamente decidida' as alternativas possíveis para aquela situação.

Os aspectos individuais e relacionais, para os profissionais, exercem influência na decisão da mulher sobre a amamentação. Dessa forma, identificam obstáculos que influenciam as práticas sociais e de saúde, particularmente para efetivar o AM. Do ponto de vista do quadro da vulnerabilidade programática, é possível refletir, se ao ficar desmotivado para o diálogo com as mães sobre as decisões, é também um modo de estar criando vulnerabilidades.

O julgamento da mãe, impelido pela visão do profissional de que o caminho da amamentação é o único possível de ser escolhido e percorrido, induz a mãe a pensar que "o corpo materno se configura como responsável e culpado pelo 'mal jeito', colocando o 'corpo do filho em condição de prejuízos e perigos" (NAKANO, 2003, S362). Levar a mãe a essa sensação vai tornar ainda mais difícil a possibilidade dela optar pela amamentação. A mãe não pode ser considerada a única responsável pelo êxito da amamentação ou culpada pelo desmame (ALMEIDA, 2006).

Em um estudo a partir de abordagem psicanalítica, Feliciano (2009) observou que a medida que acompanhava a peculiaridade de cada caso atendido, constatava que alguns conflitos que são alocados no ato de amamentar pertencem a camadas psíquicas mais profundas e conclui que o foco voltado para um ideal, tanto da mãe quanto do próprio profissional, muitas vezes, pode atrapalhar a conquista do que é possível se conseguir em certas circunstâncias e com certos instrumentais. Alerta, ainda, que o que determina as possibilidades de cada situação é um conjunto de fatores, como as capacidades da personalidade, configurações familiares, características do bebê, condições ambientais e físicas. Para a autora, "poder escutar e respeitar essas demarcações de limite é o que na

maior parte das vezes favorece melhores resultados, até mesmo sob o aspecto concreto de amamentar" (FELICIANO, 2009, p. 340).

Os **aspectos da não adesão ao AM** referidos pelos profissionais foram: a mãe adolescente; o pai que não apóia; a mãe que não consegue reconhecer as necessidades da criança; o trabalho materno; as mães que fumam; a ansiedade materna; a preocupação com o corpo e sua estética; as dificuldades financeiras da família e as condições gerais de vida.

Inicialmente, trazemos os relatos que ressaltam aspectos da **mãe adolescente**:

> *"Das várias unidades que eu trabalhei, tem mães adolescentes, a gente começava a falar de aleitamento materno e falava: 'ah, não! Não quero'. E a gente perguntava, então, sucessivas aproximações. Esse mês eu falo, mês que vem o médico fala e assim vai. Mas, a gente via que a gente não conseguia mesmo. Amamentava uma semana, no máximo um mês e depois já introduzia o leite de vaca puro até, né? A gente vê desde adolescentes que a gente mais pega e que não têm [vontade] até por conta da estética, 'ah, meu peito vai cair'. Então, a gente ainda tem que trabalhar essa questão da estética que a gente vê que é uma cobrança muito grande da sociedade. A sociedade que a gente coloca é mídia, tudo. Mas, a percepção que eu tenho é assim".* (E7 – ind)

> *"Todo mundo fala da mãe adolescente, eu tenho algumas que eu conto nos dedos, aí eu já não posso falar de toda mãe adolescente. Mas, a maioria, ela não tem tanto vínculo com o bebê, eu acho. Então, a avó assume. A avó assume o bebê e, para a avó assumir, ela precisa dar mamadeira, porque senão ela não vai conseguir cuidar. Então, parece que é um acordo que elas fazem lá, né? É a mãe que não fez o vínculo".* (E9 – ind)

> *"As novinhas, as mais novinhas ela são muito, eu acho, assim, que elas deveriam ter tido uma orientação antes, que como elas já vão direto, só fazem o pré-natal no médico, não tem isso. As novinhas, elas são muito inseguras, normalmente nunca tem o pai, não são casadas. Então, elas começam, já começam a chorar e não querem mais. Então, a gente tenta, mas as novinhas dão trabalho".* (E6 – ind)

> *"Eu tive pouco contato com mãe adolescente amamentando, mas o pouco que eu peguei não teve dificuldade. São mães que tinham vontade de amamentar, que não tiveram problema e que amamentaram. Agora, aqui, a gente tem um índice muito alto de mães adolescentes e, assim, eu to aqui há pouco tempo e, pelo que eu vejo, elas não amamentam muito. Mas, eu acho que é por essa questão de cultura mesmo".* (E10 – ind)

As situações apresentadas pelos profissionais com o atendimento de adolescentes enfocam a insegurança delas com a maternidade; a falta de

vínculo com o bebê, levando a avó a assumir o cuidado e, portanto, a interrupção do AM; a ausência de companheiro e a preocupação com a estética corporal. Esses aspectos podem ser configurados como a visão que o profissional tem das vulnerabilidades individuais das adolescentes. De outro ângulo, a vulnerabilidade social a que elas estão expostas seria a própria cobrança pela estética, estabelecida na sociedade com a busca de padrões de beleza, a questão de ela ser mãe solteira, os aspectos culturais, de um modo geral. Esses elementos são apontados como prováveis situações que levam a um desmame precoce em relação à mãe adolescente.

Estudo corrobora esses resultados, revelando que a opção por amamentar ou não está relacionada à atribuição que a mãe dá a este ato, às suas condições sociais e econômicas, ao fato de já ter amamentado antes, ao convívio social, ao conhecimento sobre os benefícios nutricionais e imunológicos que o leite materno oferece à criança, ao apoio familiar e outros aspectos (SANTOS et al., 2009).

Algumas falas trazem o desinteresse da adolescente pela amamentação, porém outras discordam do fato de a mãe adolescente estar mais vulnerável que a mãe com mais idade, comparando com as experiências prévias de amamentação ou com o cuidado de outras crianças, como nos relatos a seguir:

> *"Olha, eu não acho que é só a mãe mais nova. Eu acho que é a experiência, eu acho que é uma coisa da mulher também. Tem mulher que nasceu pra ser mãe, têm outras que vão aprender a ser mãe. Então, é uma questão de jeito. [...] Algumas não têm jeito com o bebê. Mas quantos anos ela tem? Quinze? Dezesseis? Não, às vezes, tem vinte e oito, tem vinte e poucos anos. Então, eu questiono um pouco essa questão de, às vezes, ali tem uma de quinze que toda bonitinha com o bebê ali aconchegado [...]. É a experiência dela. De repente, ela cuidou de sobrinhos, teve um contato maior com bebês de outras pessoas".* (E2 – ind)

> *"Olha, pela experiência que eu tenho daqui, eu não tive grandes problemas com mães adolescentes. Você sabe que a gente teve, assim, todas as nossas mães adolescentes amamentaram. Sabe, não tive, até em relação à cultura, essas coisas elas não tiveram, não influenciou isso daí. Foram mães que tiveram sucesso com a amamentação. Não tive, não tenho tanta dificuldade com as mães adolescentes, não. E são mães que vêm cheias de vontade de aprender, sabe? Dá impressão. Porque ela não veio, acho que, geralmente, primeiro filho, tudo, então, ela vem com sede ao pote, querendo saber e querendo que a coisa dê certo. Então, assim,*

dentro da nossa realidade aqui, da nossa comunidade, eu não tive problema com a mãe adolescente". (E5 – ind)

"A mãe adolescente é o que te disse, ela interna com a mãe, tem um apoio muito grande da mãe. Então, elas amamentam. A gente vê que é mais jovem, na verdade, fala pra todo mundo, mas orienta, fala que é mais barato, principalmente as mães adolescentes, tem umas que são de classe alta, mas a maioria é de classe mais baixa. [...]. Então, tem as classes mais baixas, então, geralmente. A última que eu tive foi de classe mais baixa, mas teve o apoio da mãe. Então, amamentou, sabe? Você via que fazia por prazer, porque amamentação tem que ser prazerosa, né?". (E4 – ind)

Esses profissionais apontaram diversas experiências, demonstrando, em suas vivências, que a mãe adolescente, dependendo de seu contexto, do apoio recebido, tanto da família quanto da equipe, pode não estar exposta às vulnerabilidades. Revelam que há interesse grande na aprendizagem e que, quando há experiência anterior com cuidado de outras crianças ou se a questão da maternidade está mais tranquila, o cuidado dos filhos e na amamentação tem outro significado.

Para os profissionais, o sucesso da mãe adolescente no seu processo de amamentar depende também de como a gravidez é acolhida na família e de suas condições sociais:

"Depende da família e depende do apoio que ela tá tendo da família. Existe uma situação de comemoração, de festa, de participação das duas famílias. Essa é fácil de você trabalhar, certo? Que tá apoiando, que aceitou, que assumiu e que estão com o relacionamento mantido e tal. Agora, aquela mãe adolescente que tem uma rejeição da família e do companheiro, ela tá muito fragilizada, você se disponibiliza, mas ela se isola, muitas vezes, e a gente tem encontrado em alguns casos adolescentes com depressão que você já tem que referir precocemente pro profissional da área dar o tratamento que ela precisa. [...] Então, aquela mãe, a família quando acata, assume aquela situação, dá retaguarda é muito fácil, fica quase como se fosse, quase uma segundigesta bem sucedida na primeira gestação. [...] Agora tem alguns casos que não: 'ah, eu vou ter que estudar, vou ter que trabalhar, agora vai ser diferente'" (E1 – ind).

"Para a mãe adolescente, eu acho que o que conta muito pra ela é o apoio da mãe, da própria mãe, que tipo de acompanhamento que a mãe vai dar. Depende muito como essa mãe foi criada, como é que aconteceu com ela, como é que ela criou os filhos. Porque a filha, ela vai apoiar, eu creio que ela vai apoiar na mãe, né? De acordo com o que a mãe apoiou ou deixou de apoiar é o que deu o seguimento, o aleitamento e tudo mais". (E7 – ind)

Depreendemos das falas diversos fatores que podem interferir no processo de amamentação da adolescente de maneira a estimular a prática ou induzir o desmame: o clima familiar para a aceitação dessa gravidez, o apoio da mãe da adolescente, o modo de criação dentro da família, a reação do companheiro à gravidez, o estado emocional, podendo ocorrer depressão.

Estudo com adolescentes grávidas evidenciou que o maior apoio obtido pelas adolescentes foi na família, especialmente dos seus pais, principalmente quando mais jovens e com relacionamento instável com o pai do bebê (GODINHO et al., 2000). A investigação trouxe que a gravidez acarretou maior dependência dos pais e, às vezes, dos sogros, frustrando o desejo de independência e liberdade. Também evidenciou relação com o abandono escolar, agravando as condições socioeconômicas da adolescente e limitando suas possibilidades e sustento próprio e dos filhos.

Ainda, os profissionais apontaram a gravidez na adolescência ligada ao uso de drogas e doenças transmissíveis:

> *"O outro lado da adolescente é quando existe uma complexidade maior, quando existe droga associada. Daí, o atendimento tem que ser multidisciplinar, a gente não consegue muito sucesso nesses adolescentes e, às vezes, a questão de doenças transmissíveis também, né? Tem uns casos, assim, que marcam mais. São esses adolescentes, gravidez na adolescência e adolescente com AIDS. Não usam o remédio adequadamente, não faz os exames de controle e, às vezes, você vai fazer, já fornece o kit no hospital, explica como tem que ser usado e tal, tal e, às vezes, eles chegam aqui, a avó falou que não pode fazer e acatou a orientação da avó, às vezes, até por acomodação. Então, mostrando que aquele trabalho que foi feito no hospital, tinha que ser mais enfático ainda do que você fez. Aí, também, elas ficam inibidas, para não ficar rotuladas. Eu me lembro também de adolescente, assim, que ela fazer uso do coquetel, de você fazer todos os exames, tinha até um vínculo bom com o infectologista que atendia é, depois pedir pra continuar com isso e tinha que interromper o aleitamento materno no hospital e daí a avó queria que parasse o remédio pra dar o aleitamento, o contrário, certo? Então, você tem uma gama muito variada disso aí".* (E1 – ind)

Os profissionais relatam situações do cotidiano complexas que podem agravar a vulnerabilidade individual e social de adolescentes, como no exemplo citados. São aspectos próprios do modo de vida das pessoas que contribuem para que se exponham à gravidez precocemente, às doenças transmissíveis, ao vírus da AIDS. No entanto, tais aspectos não devem ser somente

delimitados individualmente, mas fazem parte de processos saúde-doença como processos sociais, implicando em uma análise mais ampliada de que o acesso à informação, ao conteúdo e qualidade dessa informação, aos significados que elas adquirem a partir dos valores e interesses das pessoas, às possibilidades de colocar em prática, estão estreitamente ligados à questões materiais, culturais, políticas, morais que dizem respeito à vida em sociedade (AYRES et al, 2006).

Entre os relatos dos profissionais, também há preocupação com as cobranças em relação ao AM:

> *"Sempre colocam muita cobrança na questão do aleitamento. Nos primeiros dias pós-parto, ninguém pergunta muito e nem dá muita atenção, vai ensinando como é que põe, e põe o bebê, e 'o bebê tem que mamar, senão você não vai sair [de alta]'. Algumas referem, assim, que o bebê tem que estar mamando bem, senão ela num vai de alta. Isso aí é bem presente, já coloca nesse sentido, 'se o bebê não mamar'. É uma cobrança séria, e não só da equipe, mas de mãe, de vó. É muito raro alguma colocar, assim, que definiu que não vai querer e alguém apoiou. Se ela decide, ela está sozinha. Isso aí é o que a grande maioria coloca".* (E3 – ind)

A equipe e a família, na visão dos profissionais, exercem uma cobrança excessiva e pré-julgamento da adolescente. O fato de não querer amamentar, segundo os profissionais, predispõe a mãe a não querer receber as informações e orientações sobre AM. Nessa fala, observou-se que alguns serviços têm agravado essas condições de vulnerabilidade ao forçarem a amamentação, tornando uma obrigação a ser cumprida, aumentando a sobrecarga emocional e não respeitando a adolescente em suas particularidades.

Para Santos et al. (2009, p.695), "a mulher, especialmente a adolescente considerada social e legalmente dependente de seus responsáveis, pode sentir-se cobrada a amamentar seu filho e se sentir culpada caso não o faça".

Um aspecto interessante, encontrado no estudo de Godinho et al. (2000), é que houve assiduidade no acompanhamento do pré-natal da adolescente, com início precoce, porém os serviços e escolas foram, poucas vezes, apontados como orientadores desse processo gestacional. Para os autores, isso sugere que essas instituições não estão cumprindo seu papel social, "merecendo uma revisão

e construção de políticas norteadoras, que impactem na melhoria da assistência à saúde e formação escolar" (GODINHO et al., 2000, p. 31).

Revisão integrativa da literatura sobre as ações de enfermagem para o apoio da amamentação da mãe adolescente apontou as atividades de promoção do AM e de proteção à prática do AM (SANTOS et al., 2009), destacando os seguintes aspectos: intervenções educativas na adolescência, com a inclusão do tema nos currículos escolares; acompanhamento e ações educativas nos serviços de saúde no período gestacional e puerperal; apoio emocional e fortalecimento da autoestima; estabelecimento de rede de apoio; reconhecimento das necessidades individuais de cada adolescente, com troca de informações entre a equipe de enfermagem sobre as adolescentes atendidas; manejo adequado, calma e empatia durante o cuidado, demonstração de confiança; tratamento equânime entre as mães adolescentes e adultas; ações em escolas e locais de trabalho das adolescentes; personalização da atenção às adolescentes no conjunto de mães assistidas nos serviços de saúde; reconhecimento da idade materna como fator de risco para o aleitamento ineficaz; abordagem holística junto às adolescentes, atentando para os diferentes aspectos correlacionados à amamentação e a necessidade do adequado preparo profissional.

Alguns profissionais do estudo demonstraram a necessidade de se adequar às demandas da mãe adolescente, compartilhando experiências que demonstram que a amamentação da mãe adolescente depende de uma abordagem diferente e um outro olhar da equipe, como nos relatos a seguir:

> *"Bom, eu costumo fazer assim: quando ela [mãe adolescente] chega no serviço, primeiro eu investigo o desejo de amamentar, porque aí é que pega. Se é adolescente, pode ser que ela nem queira, pode ser que ela tenha horror, pode ser que ela se sinta invadida, que ela não queira cuidar do bebê, eu num sei. Então, antes de ver a questão do aleitamento, como ela está, 'e daí, você está se ajeitando com o bebê?' Vai por outros caminhos pra ver se chega no aleitamento, ela mesmo. 'Alguém te indicou? Como é que você chegou aqui?' Às vezes, ela mesmo já coloca da dificuldade, que a mãe mandou, a enfermeira do posto ou alguém mandou ela vir. Então, eu vou por caminho diferente. A mãe mais velha ou aquela que vem, porque ela procurou, ela sabe do problema, ela quer ajuda para superar aquele problema, e a adolescente, muitas vezes, não é só isso. Tem vez que na primeira consulta da adolescente a gente não examina e não põe a mão, dependendo de como ela se coloca. A gente primeiro precisa conquistar, aí*

ela volta num segundo momento, a gente fala: 'e daí, vamos ver como é que está?' E aí que ponho a mão". (E3 – ind)

"A gente enfoca, também, pelo menos as adolescentes, parece que a gente adota a adolescente. Não sei se o enfoque é outro também, a equipe parece, 'aí, é adolescente, é novinha'. Então, parece que a gente fala: 'ah, essa a gente tem que conseguir', como se a gente fosse carregar ela no colo para ajudar. Então, às vezes, a maneira que a gente está lidando de uma para a outra, pode estar sendo diferente e que está influenciando lá na frente, né? Porque o grupo, quando chega, 'ah é adolescente' [...]. Daí, muda o enfoque da equipe, parece que todo mundo fica, 'nossa, agora a gente tem que ter um olhar diferente pra ela'. Acho que com um adolescente acontece muito isso, a equipe tem um outro olhar, não é? É uma nova maneira de cuidar daquela adolescente". (E5 – ind)

Às vezes, ela até afastou do trabalho por determinado período, ou não trabalhava ou afastou da escola, que é relativamente frequente elas se afastarem e, às vezes, elas ficam, assim, meio afastadas do grupo delas de adolescentes, cria um mundo próprio ali, mais um mundo, assim, de questionamento. Essa mãe, você tem que dar atenção pra ela, ouvir, falar o que é que você pensa, dar referência bibliográfica, pedir pra ela verificar, ir no grupo." (E1 – ind)

Entre as estratégias utilizadas pelos profissionais há destaque para a escuta, a atenção, a orientação, o respeito, a conquista da confiança. Para esses profissionais, a adolescente gera, na equipe, desejo de acolher e cuidar.

Santos et al. (2009) evidenciaram a importância de se considerar, no atendimento à adolescente, suas características biopsicossociais e culturais, respeitando a individualidade de cada uma e promovendo sua autonomia. Alertam que "não se podem perder oportunidades de estreitar vínculos que devem estar suficientemente estabelecidos para possibilitar a expressão e compreensão da singularidade de cada experiência [...]" (SANTOS et al., 2009, p. 695).

Nos relatos a seguir, outros elementos como a **figura paterna, a ansiedade materna, a relação com o bebê e a situação familiar** foram mencionados nas questões de decisão sobre a amamentação.

A **presença do pai ou de outros membros** no processo do AM é descrita por alguns profissionais como tendo potencial influência na amamentação:

"Se o pai tiver junto, porque o que acontece aqui, então, ela vem pra primeira puericultura, aqui é muito comum o pai vir junto pra primeira puericultura. Então, o pai acompanha. O pai é mais tranquilo, você percebe que o pai quer ajudar, né? Mas, quando vem ou é mãe, ou é sogra, ou é irmã, aí é complicado,

ou é vizinha, acontece. Sempre tem alguém pra falar uma coisa. Uma orientação que você dá, 'mais antes num era assim, antes a gente fazia assim, porque não pode fazer mais?'. Então, isso também é uma coisa que ainda incomoda a gente enquanto profissional e que contribui, acaba atrapalhando". (E5 – ind)

"Agora, tem um outro exemplo que esse foi frustrante. Mas, depois, analisando a posteriori, tinha distúrbio familiar, que, a mãe, quando a criança chegava pra amamentar, já na maternidade, a mãe chorava de dor na pega. Perseverei, perseverei. Depois, quando ela veio aqui: 'então, eu não aguento, tem que estar anestesiada pra amamentar e é uma decisão tomada que eu não vou mudar'. [...]. Foi ouvir, foi ouvir. Infelizmente, já existia uma dificuldade de relacionamento familiar e logo depois de alguns meses a mãe separou do marido. A mãe tinha uma formação boa e, aparentemente, estava tudo muito bem, quer dizer, em termos de visual, de enxoval, de bercinho, de fotografia, que você via, tava tudo lá. Mas, existia um conflito muito grande que a mãe já era, era uma decisão quase de separar antes, eu acho. Eu atribuí a isso, eu nunca vi uma outra mãe que chorava enquanto a criança começa amamentar. Eu acho que ela achava que a gravidez dela não estava num bom momento e que aquilo dali tava precipitando a separação, né? Depois ela fez terapia e estava bem. Mas, a criança não amamentou". (E1 – ind)

"Aqui que tem muita mãe que, às vezes, o marido é presidiário, interfere, viu. Ou que a vida não está boa, que tem um monte de problemas. Às vezes, você começa conversar e ela começa a te falar, assim, ansiosa, ansiosa por algum motivo que ela está passando. Os relatos são diversos" (E2 – ind).

Nessas falas, observou-se que o pai com atitude positiva frente à amamentação auxilia os profissionais e estimula a prática do AM. Por outro lado, crises conjugais e problemas relacionados ao cônjuge agem como fatores de desestímulo para a prática da amamentação. Outros membros presentes nos atendimentos, quando emitem opiniões a respeito do AM, são apontados pelos profissionais como ruídos incômodos e que atrapalham a assistência. Nesse sentido, as falas ou atitudes familiares não são tomadas em direção à compreensão ampliada da situação que a mãe e a família estão enfrentando e para uma consideração aos saberes práticos, mas sim como um entrave à sua conduta profissional.

A presença e o apoio do pai e da família na amamentação já foram investigados em outros estudos. Um estudo de coorte com 78 mães, em Indiana, demonstrou que programas de intervenção para influenciar a atitude das mães em relação ao AME aliados ao apoio social e familiar foram efetivos em melhorar a intenção de amamentar e a manutenção da amamentação por seis meses (BAI et

al., 2010). Esses autores referiram que as mulheres casadas tinham melhores resultados do que as não casadas, considerando a presença do pai e sua atitude positiva em relação ao AM e a mulher poder se sentir mais fortalecida em sua intenção de amamentar e manter essa decisão.

Outro estudo com 153 famílias brasileiras analisou se a relação do casal estava associada ao desmame precoce (FALCETO et al., 2004). Houve associação significativa entre boa relação do casal com maior apoio paterno à amamentação e com envolvimento no cuidado do bebê.

A **questão de gênero**, ligada ao papel de marido e de esposa, aparece nas falas dos profissionais, como nestes exemplos:

> *"Numa experiência que eu já tive, era mais fácil quando a gente interagia com alguém da família, com o parceiro, do que aquela mulher que vive sozinha. Aquela que vive sozinha, ela tem uma opinião própria: ou ela quer ou ela não quer, independente do parceiro. Mas, essas que são casadas, quando a unidade fazia uma intervenção com o marido, ele recebia. [...] Mas quando a gente não fazia a intervenção, tinha ou um desmame precoce ou então uma introdução de outros leites ou alimentos, e por conta da incompreensão do marido. Então, o que a gente vê muito na rural é uma imposição mesmo, né? do homem sobre a mulher, de que após a 'dieta' ela pode ter relação, porque aí vem a parte do peito na parte sexual, né? E aí ficava complicado, porque tinha marido que vinha na consulta e falava: 'olha, desse jeito não dá'. [...] Aí tinha que fazer toda uma abordagem que naquele momento que o peito era mais para uma alimentação. Tem uns que entendem. Mas, a grande maioria se opõe à questão do AM, porque ele quer a mulher de volta. Então, na rural, o companheiro tem que ser muito bem trabalhado. Se a gente não estivesse muito bem sintonizado com ele, a gente perdia essa mulher para o marido mesmo".* (E7 – ind)

> *"É complicado aqui [...]. As mães falam não. Hoje eu fiquei sabendo, hoje eu fui passar para a enfermeira um caso que eu estou aqui, ontem veio a auxiliar e falou: 'a mãe quer que complementa'. Eu falei: 'mas por quê?' 'Porque ela não tem colostro'. 'Mas, como não tem?' 'Não tem. O neném está pendurado'. Eu falei: 'se o neném está pendurado ela tem, o neném tá estimulando e ela vai ter'. A Y. passa em todos os quartos, diariamente, orientando, e eu passo. Daí: 'a outra já passou, já falou tudo, já sei tudo'. Aí fui lá, falei, fiquei quarenta minutos dentro do quarto. [...]. Orientei, orientei, orientei. Falei que não ia complementar e saí do quarto. Hoje falei: 'é assim, assim e assim e não vai complementar'. Tem os obstetras que passam e a mãe fala 'ah, eu to cansada'. [...] É difícil. Então, marido, ele apóia: 'não, eu não vou buscar [lata de leite em pó]'. 'Busca lá uma lata'; 'não, não vou buscar, se ela [enfermeira] está falando, porque eu vou gastar? Vou não, deixa o neném aí'. Aí, hoje eu cheguei e falei: 'E aí, como é que está?'. Ela falou: 'Tá pendurado'. Eu falei: 'É isso mesmo, não compra a lata de leite pra ela, hein'. E ele [o pai] falou: 'não, não vou comprar'. Então, tem os que apoiam".* (E6 – ind)

As falas trazem situações em que a mulher decide e outras que o marido decide e determina a amamentação. Independente do desejo da mãe de amamentar há certa cumplicidade dos profissionais de saúde com os pais que são mais impositivos. Parece que o repertório de orientações profissionais tem ainda caráter muito prescritivo.

As escolhas tornam-se processos truncados e com pouco diálogo. A decisão materna pelo desmame pode ser precoce, porque nem sempre a escuta profunda e a clareza das questões que a mãe tem para expor estão sendo buscadas, e nem sempre é questionado se o pai deve ser apoio para quem, a figura do pai deve se aliar a quem e o que cabe aos profissionais de saúde.

Para Monteiro et al. (2006, p. 149), “aos profissionais de saúde cabe o acolhimento a estas mulheres, a compreensão do seu modo de vida e o respeito às suas opiniões, para assim, apoiá-la nas decisões referentes ao processo de amamentação”.

Essa atitude impositiva do profissional pode reforçar a construção histórica da sociedade de que o ato de amamentar é um importante mecanismo para reafirmar o dever e a responsabilidade inerentes à maternidade. A mãe se sente sobrecarregada com os trabalhos domésticos, tenta buscar as soluções dentro dos limites da demanda pessoal, desconsiderando a possibilidade de socialização das tarefas domésticas e maternas entre os gêneros (NAKANO, 2003).

Na pesquisa de Abuchaim (2005), as mulheres expressam que não conseguem estar inteiras na relação conjugal ao assumirem os cuidados da criança, adaptando sua vida à amamentação. Porém, aos poucos, retomam o relacionamento sexual, por vontade própria ou imposição do parceiro, com muitos sentimentos de insegurança. Ainda, as mulheres que referem não ter desejo de retomar as atividades sexuais alegam estar satisfeitas e voltadas para as funções maternas, além de não estarem tranquilas com sua nova imagem corporal. A autora atribui como papel do profissional o incentivo para que a mulher pense e elabore o significado consciente da maternidade, da amamentação e da sexualidade,

inscritas em seu corpo, entendendo a mama como fonte de alimento para seu filho e de prazer para o casal (ABUCHAIM, 2005).

Os profissionais também alegaram que boa parte dos companheiros se opõe à amamentação por desejarem a 'volta' da mulher para si. Em alguns momentos, parece que há uma disputa pela mãe, como no exemplo: '*se a gente não estivesse muito bem sintonizado com ele, a gente perdia essa mulher para o marido mesmo'*. O profissional percebe a importância de conversar com a mulher em conjunto com o companheiro sobre as atitudes e papéis de ambos nessa outra fase de suas vidas.

Os profissionais poderão auxiliar essas mulheres a procurar conviver melhor com suas múltiplas funções, buscando formas de ter o AM como uma prática possível de ser estabelecida, por meio de uma escuta de qualidade e incluindo o companheiro.

Esse diálogo atento às necessidades do casal pode contribuir para reduzir vulnerabilidades da mulher frente ao seu papel de mãe e mulher atribuído por uma construção social.

O **pouco conhecimento da mãe sobre o bebê**, acrescido de **influências familiares** e do **aspecto emocional**, também foi referido:

> *"[...] a mãe que não consegue conhecer o filho. Por exemplo, eu tive muito problema, assim, com o que nenê nascia e chorava. Então, a mãe não sabia, não passava na cabeça dela que aquele é um bebê que chora, chora, chora, sabe? o primeiro filho. Então, as mães de primeiro filho quando não são orientadas, são mães que tem muito risco de não amamentar, porque ela não conhece o que vem aí. Por exemplo, vem o bebê chorão, vê que não engorda, vem um pai que não tolera choro, então, é aquele pai que cobra muito da mãe, é a mãe que tem mais filhos que não têm quem cuide. Então, eu acho que são essas características, aí, na minha opinião. Apoio da família e experiências positivas da amamentação e vínculo com o filho, né? Tem aquela mãe que tem o vínculo, ela vai amamentar, a não ser que tenha um problema mais sério, né?"*. (E9 – ind)

> *"[a mãe] não quer amamentar porque tem medo mesmo de fissura, não quer amamentar porque realmente já ouviu falar que cai a mama. Algumas relatam que não vai ter tempo, outras, principalmente fumantes, eu percebo o desinteresse. [...]. Ela não tem muita paciência. Quando a mãe relata que não tem tempo nem paciência, a gente pode ver que ela fuma [...]. A gente percebe que ela já tem uma ansiedade pra que aquele neném amamente rápido, né? E aquelas mães, assim, emocionalmente, que tem problemas"*. (E2 – ind)

Em mais exemplos, as falas dos profissionais trazem a complexidade do cotidiano da assistência. A decisão materna quanto ao AM pode ser influenciada pelo momento pessoal e familiar em que a mãe se encontra e pelas trajetórias de vida que ela traz, e a amamentação parece não ser a prioridade. Há outros aspectos imbricados, aspectos de ansiedade materna podem ser notados e, às vezes, algo de maior gravidade está acontecendo.

Outro fator que mobiliza a mãe e familiares é o choro do bebê. O choro é sua forma de comunicação, ele não tem outros recursos para chamar a atenção dos adultos e, muitas vezes, é um chamado que toca emocionalmente as pessoas que estão a sua volta. Essas experiências no cuidado cotidiano do bebê podem ser intensas, e não basta a mãe ser orientada antes.

Estudo de Nakano et al. (2007) identificou que o cuidado familiar, diante das dificuldades apresentadas pelas mulheres na amamentação, é regido mais pela emocionalidade e urgência do que pela racionalidade. Dessa forma, o insucesso das ações profissionais ocorre por não considerarem a pluralidade que envolve a amamentação e o contexto de vida dessas mulheres, mais do que por deficiências técnicas do manejo do AM (NAKANO et al., 2007).

O desenvolvimento físico e emocional do bebê vai sendo construído gradativamente, com um processo de identificação amparado pela mãe e família. Para o desenvolvimento do sentido de segurança é necessário edificar, junto com a mãe, a crença em algo que não seja apenas bom, mas também confiável e duradouro (WINNICOTT, 2005). Para Winnicott (2005), ganham ênfase os papéis de enfermeiros e médicos na construção da segurança materna.

No seguimento da saúde da criança, o profissional de saúde precisa ir dando suporte com avaliação e diálogo com a mãe e família. A mãe busca se fortalecer na interação com os profissionais. A conversa é um elo de extrema importância, pois colabora para estruturar e construir a confiança, a segurança, a identidade materna e por consequência ir fortalecendo a interação entre mãe, filho e família. Há necessidade de uma avaliação profissional tanto para validar o cuidado que a mãe presta ao filho quanto para aprender mais sobre esse cuidado cotidiano (MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007).

Assim sendo, estarão envolvidas decisões sobre quais ações podem e devem ser feitas, remete a uma reconstrução de saberes e práticas para a inovação da produção de cuidados.

A **situação social** também foi relatada pelos profissionais, como nestas falas:

> *"Como que eu posso falar, não é todos, é um ou outro de cada, sempre tem um da classe superior e um da inferior que não quer amamentar. Não é só de um ou só de outro. Então, é mesclado. Eu não posso falar que só o inferior, por não ter condição, vai amamentar, não. Eu não tenho essa diferença não. [...] Então, assim, num posso te falar que é classe social. Por estética, já tive dos dois lados, não tive só de um ou só de outro. [...]. Algumas colocaram silicone e falam que não vai conseguir mesmo amamentar. Eu sei que tem casos que dá e casos que não dá. Então, até que ponto, eu não sei. Mas, elas não dão muita abertura, elas são pessoas mais elitizadas".* (E4 – ind)

> *"Eu acho, assim, é meio misturado, mais classes mais altas, eu acho que é as que não, que já vem com mamadeira e com as auxiliares particulares. Depende muito. Agora mesmo tem uma ali no consultório, ela veio com o seio cheio. Essa, ela quer porque quer amamentar, é escolaridade superior e quer porque quer. E teve um dia que o nenê tava com o HGT baixo e o médico pediu pra dar; ela escreveu na cartinha [avaliação do serviço de saúde] que foi complementado e ela não gostou. Então, tem ambas as partes. [...] Tem mães já vêm com uma auxiliar; elas pagam auxiliar pra ficar de acompanhante com elas pra ficar cuidando do bebê. Daí, quer dizer, é alojamento conjunto, mas à noite elas querem que o bebê fica no berçário, e a gente não pode falar não. Elas falam: 'eu quero um remedinho pra dormir, doutor'. O doutor vai lá e prescreve. Então, dá um remedinho, ela quer que o nenê fique no berçário ou a auxiliar do quarto fica cuidando ou traz a lata de leite. Então, o máximo que dá pra gente bloquear, a gente bloqueia. Mas, não são todos que a gente consegue.".* (E6 – ind)

> *"Outro ponto, querendo ou não, é o nível social dessas pacientes, por quê? Porque a gente vai orientar, ela quer receber as visitas dela, ela quer estar bem arrumada pra receber as visitas e, muitas vezes, ela não dá atenção, porque ela acha que sabe, porque viu na revista, que o pediatra dela está disponível a ela. Então, muitas delas, às vezes, pedem, de repente, até pra gente sair do quarto, e que já deu a informação. Muitas vezes, ela não presta atenção, ela não quer ir à reunião de alta, pela visita, por ser de uma classe social diferenciada. Porque ela sabe que se ela precisar sair do hospital, ela tem as condições de comprar o leite que o pediatra pedir pra ela comprar, seja ele alérgico ou não, diferentes tipos de leites. E aí, o que acontece quando ela vai pra casa? Aí sim tem um problema na mama".* (E2 – G1)

Em relação aos aspectos sociais, os profissionais apontam que há divergências dos comportamentos em relação ao AM entre as pessoas de diferentes classes. O que destacam é que para a assistência às mães com

condições socioeconômicas favoráveis há facilidade da abordagem sobre o AM e de ter influência na amamentação, alegando que elas possuem uma maior estrutura para o cuidado do bebê, tais como auxiliares, utensílios em geral e aquisição de qualquer substituto do leite materno, quando não conseguir amamentar. Para os profissionais, isso possibilita que ela não perceba o AM como uma prioridade, porque têm alternativas, além de maior segurança para expor suas idéias e desejos e fazer com que sejam respeitados, até por meio de avaliações de qualidade de serviço, prática comum em serviços particulares e nem sempre presentes nas instituições públicas.

Na presente pesquisa, na análise quantitativa, houve associação estatística de maiores índices de AME com maior escolaridade da mãe. Porém, nos relatos, os profissionais não consideram **a escolaridade** como determinante na decisão da mãe de amamentar.

> *"Eu trabalho na atenção básica com população carente. Se fosse para revisar tudo que eu já fiz, se fizesse uma estatística lá, eu acho que não ia influenciar. Porque tem a mãe que não é escolaridade, é sabedoria. Muita mãe que sabe muito, mas ela não tem escolaridade Então, eu acho assim, que na sua pesquisa está mostrando que sim, mas que na experiência prática você vê muitas mães que não têm conhecimento, não têm instrução programada, mas têm muito conhecimento da vida, cultura, a família influenciou muito, coisas positivas, identidades positivas, você vê outras pessoas que amamentaram na sua região. Então, eu acho que muita mãe pode amamentar sem escolaridade, e eu tenho muitos casos".* (E9 – ind)

> *"Escolaridade, bom, na rural, a maioria é analfabeta. Mas, tem sim, de mulheres que têm uma escolaridade que é um pouco melhor, elas aderem. As que não têm, que são trabalhadoras mesmo na lavoura, que são bóia-fria, essas, dá para garantir até o 4º mês, porque depois disso têm a necessidade de trabalho. Mas, na rural, a gente não vê muito essa distinção entre o nível de escolaridade. Até porque tem situações que: 'minha vó deu o peito para minha mãe, minha mãe deu o peito para mim e eu também vou dar'. É uma coisa mais cultural. Então, a gente não vê tanto impacto da questão da escolaridade. A gente vê mais uma questão cultural. Pelo grau de parentesco, se várias mulheres da família amamentaram, ela também é estimulada a amamentar os seus filhos".* (E7 – ind)

Os profissionais apontam aspectos da escolaridade e das situações socioeconômica e sociocultural, mas não veem essas diferenças interferindo no desejo de amamentar. Antes, valorizam o que a mulher tem de aprendizado

cultural, familiar e entre gerações por meio das experiências vividas e compartilhadas.

Há indicativos de que a mãe com maior escolaridade e com maior nível socioeconômico tem mais coragem para manifestar seu desejo ou decisão em relação ao AM, sem tanto medo de ser julgada.

Os **aspectos culturais** também são explicitados nas falas:

> *"A atenção básica tem uma dificuldade diferente do hospital, que no hospital ela está muito a sua mercê, ela está ali pra você. Então, se você falar que é só peito, ela não tem outra opção, tem que dar só peito. Agora, quando ela chega em casa, ela tem todo um contexto familiar, ela tem a avó, ela tem a vizinha, ela tem amiga que vem e fala uma coisa. Então, assim, pra nós da atenção básica também é difícil desconstruir sozinho essa cultura da mamadeira, ou essa cultura da chupeta, ou essa cultura do leite fraco. Então, é difícil, a gente fala, a gente faz, a gente dá exemplos pra elas: 'olha seu bebê tá crescendo, tá engordando, tá vendo como seu leite não é fraco'. Mas, é uma cultura, é uma educação. A gente tem essa dificuldade".* (B-G2)

> *"Eu acho que o fato de ela voltar a trabalhar é o principal. Mas, isso pesa para as que não estão na licença, que não continuam pelo estilo que elas têm de oferecer outros alimentos, e com isso levar ao desmame. Porque a criança entra em contato com outras coisas, é lógico que sabores doces, eles levam um pouquinho a criança a gostar do doce mesmo, ter uma preferência pelo doce, a pessoa oferece o que ela está comendo, um docinho, uma gelatina, o que for, o 'danoninho, que vale um bifinho'. Eu falo que isso é a frase mais marcante na vida da gente. Então, ela tem esse estilo, já dificulta um pouco, porque você entra no mercado, você tem um bombeamento de coisas pra comprar, assim, que é aviltante. Você lembra, você nem sabe pra onde você vai, de tanta coisa que tem ali pra você olhar"* (E3 – G1).

Os aspectos culturais, expostos como determinantes na tomada de decisão da mãe, são trazidos como exercendo impacto tanto para o estímulo da amamentação quanto ligado ao desmame. O que a mulher aprende em casa, a forma como sua família lida com a alimentação das crianças, bem como a maciça propaganda de produtos alimentícios para as crianças, refletem no comportamento dos adultos para alimentá-las.

Castro e Araújo (2006, p. 38) afirmam que "cada família tem uma história de vida que vai sendo construída e perpetuada ao longo do tempo, constituindo-se a base dos ensinamentos, crenças e valores repassados a seus

membros". Em relação à cultura e sociedade, as autoras salientam que a causa do desmame precoce pode ser pelo fato de não se considerar o AM como um ato social, com significados e representações, regulado por normas sociais e história de vida da mulher (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Partilhar os mesmos valores, crenças e noções que as pessoas têm sobre o que seja uma 'boa saúde' para a criança implica compartilhar a cultura, para que esse aspecto não fique inexplorado ou com uma forte tendência a ver e assumir o modo que vivemos como o melhor, ou um padrão com o qual os outros devem ser julgados (TUDGE, 2001).

Cada família tem suas próprias orientações, calcadas em sua história de vida, mas também há muita interface com os serviços de saúde e as falas e atitudes dos profissionais de saúde. Por isso, é fundamental conhecer os indivíduos e grupos para uma ampla visualização de aspectos importantes para a organização da assistência, a discussão de obstáculos e danos à saúde, a redução de vulnerabilidades e uma atuação que revigora o Cuidado em saúde.

Outro aspecto é a **mãe de segundo filho** que aparece nas falas dos profissionais abordando as experiências anteriores com amamentação:

> *"A questão se é segundigesta, como é que vai ser a segunda gestação, vai ser igual, 'eu não consegui amamentar daquela vez, será que agora eu posso conseguir amamentar?' ou 'eu não quero desistir porque não deu certo'. [...]. 'Dessa vez, então, eu não quero passar aquele período de transição, chorando, pensando que é cólica e era fome'. Então, assim, faz alguns rótulos, e você tem que trabalhar muito bem esses rótulos. Mas, o que eu acho que é mais importante é a mãe ser ouvida, dar espaço pra ela, você tem que ter tempo disponível pra ela e você tem que se qualificar cada vez melhor, temos muita falha de qualificação, não sei".* (E1 – ind)

> *"Aqui [dados da pesquisa] eu achei engraçado, que o seu falou que a maior porcentagem foi das mães com segundo filho. Eu percebo que aqui é as do primeiro filho, as do segundo vem tudo com mamadeira e chupeta. É estranho. Mas, aí eu falo: 'mas o primeiro não amamentou?' 'Ah, amamentei, mas não pegou, como eu sei que o primeiro não pegou, eu não vou nem tentar'. Eu falo; 'Não, vamos!'. Teve uma também que eu fiquei, fiquei, e a [...] ficou, ficou, daí, às vezes, nós estamos lá nos matando, vem o pediatra e fala assim, ele falou pra mim, veio o pediatra e falou assim pra mim: 'deixa a mãe, se ela vai ser feliz assim, deixa ela ser feliz assim com a chupeta e a mamadeira'. Eu vou falar o quê? Quer dizer, se o médico vai lá e prescreve e fala pra mãe: 'prescrevi'. Daí, ela vai falar: 'mais meu médico pediu pra dar'.* (E6 – ind)

Os profissionais apontam que há uma maior predisposição para a amamentação devido à experiência anterior positiva com o AM. Aliam a essa experiência anterior as orientações prévias e o apoio do pai e da família. Porém, dificuldades também são apontadas em relação à mãe de segundo filho, principalmente quando a mesma não teve experiência prévia positiva. Parece que já considera que a próxima amamentação estará fadada ao fracasso, como se fosse algo estabelecido e não passível de ser superado e aprendido.

O número de filhos das famílias diminuiu e as mulheres têm tido pouca oportunidade de observarem as próprias mães, tias ou primas amamentando, como acontecia em outros tempos, quando as famílias eram numerosas e a prática da amamentação podia ser observada (CASTRO; ARAÚJO, 2006). Isso faz com que a mãe da atualidade tenha pouca vivência, mesmo pensando na segundigesta, principalmente sem uma experiência tranquila na primeira vez, pode não ter adquirido habilidades e autoconfiança suficientes para uma próxima amamentação. Assim, como apareceu nas falas, é como se fosse uma primeira vez novamente. Cabe destacar que a escuta qualificada é apontada como o apoio necessário também para essa mãe.

Almeida (2006) evoca uma forma mais abrangente de pensar a amamentação, colocando a mulher em outro foco, não mais como sinônimo de mãe-nutriz, responsável pelo êxito da amamentação ou pelo desmame. Afirma que o ciclo gravídico-puerperal é repleto de ansiedades, temores e tomado por sentimentos ambíguos, e que é sempre uma experiência ímpar, independente das anteriores, o que precisa ser entendido pelos profissionais de saúde que a assistem.

Outro ponto ressaltado pelos profissionais foi o **retorno ao trabalho**, como nestes exemplos:

> *"E tem um fato que eu acho que interfere muito na amamentação, pelo menos aqui, você começa a analisar das mães é o fator trabalho; porque elas dizem assim: 'num adianta, que eu vou voltar trabalhar'. Nossa, isso é grande, o número de mães que relatam isso, como assim num adianta que eu vou voltar trabalhar? 'ah, porque eu vou começar é, dar leite já e vou dar chupeta'. Porque eu bato bastante na tecla chupeta. 'Se necessário não dê, procura não oferecer chupeta'. Mas, assim, elas querem dar chupeta porque vão voltar trabalhar, vão*

deixar na creche, vão deixar com a avó, querem dar o leite antes porque querem. Então, daí até você falar pra mãe 'mãe, então deixa pra dar o leite quando você for voltar, e tem mais, você pode estar tirando seu leite, deixando seu leite, não é trabalho', elas acham muito trabalhoso". (E2 – ind)

"Quando chegam as crianças pra mim [...] e começa a conversa com a mãe: 'como que foi a introdução do leite?' 'Ah, foi quando eu tive que voltar a trabalhar'. Daí eu acho que um ponto que tem que ser trabalhado é quando a mãe volta a trabalhar, a mãe está trabalhando, não pode amamentar? Eu acho que tem que ser mais trabalhado nesse ponto, porque daí você consegue ter esse valor dos seis meses mais próximo desse até os quatro meses. Por que caiu? Será que é por causa da licença maternidade que acabou?" (E4 – G1)

"Outra coisa que me chamou muito a atenção é que apesar de o índice aqui: 'oh, quatro meses, ainda tem um índice alto, e depois começa a cair'. Aí, a gente fica pensando: 'é que a mãe voltou a trabalhar'. Mas, a maioria na pesquisa é não trabalhar fora e sempre colocam isso, o empecilho de manter a amamentação é porque vai voltar ao trabalho. Então, precisa iniciar o complemento. Mas, 67,5% não trabalhava fora, na pesquisa. Por que é que depois do quarto mês caiu tanto? Então, está uma interrogação aqui, um incômodo". (C – G2)

"Mas, aí eu acho que é a questão do desemprego. Geralmente, essas mães pensam em voltar a trabalhar, e a gente percebe uma ansiedade muito grande das mulheres, em questão, 'ah, eu vou voltar a trabalhar, quem vai cuidar do meu filho'. E existe mesmo que ela não tenha o trabalho. Eu acho que isso é cultura também, voltar a trabalhar, o que eu vou fazer, depois acaba não arrumando nada e acaba ficando com a criança. [...]. Essa questão do trabalho que eu não entendo, por que é que tem essa preocupação tão grande em voltar a trabalhar? Voltar a trabalhar. Os pediatras orientam muito, e isso de todos os níveis, privado e público, em relação à mãe estar iniciando dieta 15 dias, um mês antes, pra poder deixar, orientar com a pessoa que vai cuidar. 'Ah já tem emprego?'. 'Não, vou ver". (D – G2)

"A situação financeira pesa bastante e aquela [mãe] que confia no leite do governo também. Acho que essa mãe já entra com uma pré-disposição, por exemplo, aquela que vai trabalhar e já sabe que tem a garantia do leite. Eu acho que o fato de você ter essa retaguarda lá do leite do governo, tem mãe que, de uma maneira geral, pesa um pouco. [...] Às vezes, ela até tem vontade de amamentar, mas ela está com outra decisão lá, alguma coisa prática, sabe? 'Eu preciso trabalhar, eu preciso por esse nenê na creche, eu preciso estudar'. Mas, geralmente, é o trabalho. Uma coisa que as mães, que eu sentia bastante, é colocar a criança na creche, sabe? As mães chegavam lá, elas já queriam desmamar porque elas precisavam trabalhar e por na creche. O problema da creche, me dava até um arrepio de pensar naqueles bebezinhos pequenos, desmamados e indo para a creche. Elas idealizavam que aquilo era o melhor para a criança, porque precisavam trabalhar". (E9 – ind)

O retorno ao trabalho é ressaltado pelos profissionais como exercendo importante influência na decisão da mãe para o desmame precoce.

Várias questões importantes foram levantadas nas falas em relação ao trabalho da mulher. Existe uma prática, segundo os profissionais, de iniciar precocemente a introdução de outros leites, mamadeiras e chupetas, devido à insegurança de que o filho não se 'acostume' a ficar sem ela quando voltar a trabalhar, preocupando-se com o local e com quem seu filho ficará e será cuidado. Esses aspectos também são mencionados para a mãe que está sem trabalho fora de casa, mas que tem a intenção de encontrar uma ocupação e remuneração. Os profissionais também apontam a questão do desemprego.

Na parte quantitativa do presente estudo, obteve-se que o trabalho materno esteve associado ao desmame, tanto do AME quanto do AM, e há um decréscimo significativo na prevalência do AME do quarto para o quinto mês. Como citado por uma profissional, a maior porcentagem das mães participantes da pesquisa não estava trabalhando. Outra fala mostra uma justificativa para essa ocorrência demonstrada pelos dados quantitativos, elucidando que a mãe, frente à possibilidade ou necessidade de trabalhar, opta pelo desmame. Acaba não encontrando um emprego, porém o filho entrou em desmame.

Pelos relatos, os profissionais demonstram não estar seguros quanto à melhor abordagem dessa mãe, sentindo preocupação quanto à saúde da criança, principalmente se a opção da mãe é por um centro educacional infantil onde há risco maior de contrair doenças pela proximidade com outras crianças e quando se faria ainda mais necessária a proteção imunológica obtida no leite materno.

Parece haver uma grande preocupação dos profissionais com o AM, particularmente com o AME, com uma dimensão relativamente limitada sobre o que significa para as mães e famílias trabalhar fora de casa ou optar pela creche.

As crianças têm direito à educação infantil, assegurado e definido por leis brasileiras e podem se beneficiar de uma creche ou educação infantil de qualidade. A creche e a pré-escola configuram um ambiente que estabelece interfaces com a família, a comunidade, os serviços de saúde e outros setores sociais e, compartilhando a responsabilidade pelo cuidado e educação da criança, devem também constituir-se em espaços nos quais a promoção da saúde e

desenvolvimento são metas integradas à educação e socialização infantil (VERÍSSIMO; MELLO; FURTADO, 2009).

Embora a matrícula não seja obrigatória, cabe à família decidir se deseja colocar suas crianças antes dos seis anos na escola ou creche. Para o Estado, o oferecimento não é opção e sim um dever, sendo que qualquer família que não encontre vaga pode recorrer à justiça (CORREA; ADRIÃO, 2010). As autoras abordam que a garantia de uma educação infantil de qualidade ainda não é uma realidade para a maioria das crianças brasileiras e que é importantíssimo reforçar a ampliação da oferta de serviços dessa natureza, sendo uma meta a ser perseguida. A defesa desses direitos é uma tarefa complexa para aqueles que atuam direta ou indiretamente na área da saúde e educação, não pode ser exclusiva das famílias e, de acordo com Correa e Adrião (2010), deve ter um empenho de toda a sociedade.

As condições sociais, as situações precárias de vida, pobreza, as possibilidades e capacidade para obtenção de recursos estão inseridas em dimensões da vulnerabilidade social (AYRES et al., 2006). No entanto, tais condições precisam ser analisadas de forma ampliada, não se restringindo a um problema individual.

Atreladas às questões do trabalho materno, nas falas dos profissionais, também aparecem preocupações com os **direitos da mulher trabalhadora**:

> *"Ela [a mãe] passa a ser um elemento pra conseguir, essa mãe mesmo tinha ido conosco na Câmara, quando nós fomos fazer aquele trabalho pra conseguir licença maternidade de seis meses. Ela teve interesse imediato porque ela era gestante na época. Daí, ela foi na câmara lá junto. [...] Quando a gente foi conversar com o prefeito também, ela também estava lá [...] Ela foi lá junto, porque a gente foi convencer o prefeito. [...] E ele assinou desse jeito e nós fomos o segundo município do Paraná que teve a licença maternidade de seis meses".* (E1 – ind)

> *"A enfermeira que trabalha comigo, voltou com seis meses a trabalhar, dava nove e meia, dez horas, ela falava: 'pode descontar, eu vou sair pra amamentar'. Porque é uma prioridade na vida dela amamentar o filho dela. Ela falou assim: 'Eu vou sair, é um horário que eu preciso, pode descontar do meu salário, mas eu*

vou sair, eu estou batendo ponto, estou indo lá amamentar, mas depois eu volto, mas eu vou amamentar". (E1 – G1)

Existem algumas leis de proteção à mulher que trabalha, entre elas: a licença-maternidade remunerada de 120 dias e, em alguns locais, por iniciativa de algumas empresas e prefeituras locais, ampliada para 180 dias, como é o caso de Londrina; estabilidade no emprego durante a gestação e até cinco meses após o parto; licença paternidade de cinco dias e direito a dois descansos de meia hora cada, por seis meses, durante a jornada de trabalho para amamentar (BRASIL, 1996b).

Algumas ações concretas que os profissionais de saúde podem fazer para ajudar a mãe a superar as dificuldades encontradas no retorno ao trabalho, segundo Vezozzo (2006), são: informar as mulheres sobre as leis de proteção durante o pré-natal e pós-parto; planejar a utilização dessas leis junto com a mulher; orientar e motivar a participação dos pais nos cinco dias de sua licença; realizar articulações com os locais de trabalho da mulher; orientar e treinar a ordenha, armazenamento e estoque do leite ordenhado, bem como a administração para a mãe e cuidadores e orientar a alimentação complementar adequada que pode contribuir para a manutenção do AM nos períodos em que a mãe estiver em casa.

Outra interessante estratégia, apontada pelo profissional, foi o envolvimento da mãe na luta pelos seus direitos, junto às instâncias governamentais de seu município, envolvendo a busca ativa de seus direitos de cidadã.

Nas questões dos direitos humanos, é de extrema importância a responsabilidade por três aspectos fundamentais: respeitar o direito, proteger o direito e cumprir o direito (FRANÇA JUNIOR; AYRES, 2003). Os profissionais de saúde, imbuídos de observação e intervenção, podem ser considerados agentes para respeitar, proteger e efetivar direitos humanos.

O poder para influenciar decisões políticas e o acesso às informações e aos direitos, à escolarização, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais, de estar livre de coerções ou poder defender-se delas, entre outros elementos relevantes, são fundamentais nas dimensões das vulnerabilidades a que várias pessoas podem estar expostas (AYRES et al., 2006).

É de extrema importância reconhecer as vulnerabilidades individuais e sociais das mulheres e famílias. Esse reconhecimento permite identificar que, nas questões do AM, há obstáculos nas relações familiares e sociais e que eles estão influenciando as decisões e as práticas de saúde.

A falta de compreensão da multidimensionalidade do AM que determina a decisão da mãe de amamentar gera, nos profissionais, sentimentos de frustração diante do fracasso de convencê-la a optar pela amamentação.

Os profissionais descrevem seus sentimentos quando relatam alguns casos, demonstrando **certa frustração e impotência diante da decisão pelo desmame ou pela não-amamentação**, como nestes exemplos:

> *"É muito frustrante você ter uma mãe que não quer amamentar. Eu não sei como as pessoas se sentiam, mas eu me sentia frustrada, impotente, eu tinha muita raiva da mãe. [...] Tem umas que você via que tinha algum problema que justificava, até, mas tinha mãe que estava com leite, sabe? Estava com as condições todas favoráveis. Você via que era alguma coisa, assim, ou era o pai, ou era a avó, ou era que ia trabalhar, era coisas, assim, que eu ficava bem frustrada, mesmo. Acho que esse é o termo que a gente sente".* (E9 – ind)

> *"Uma frustração grande, porque a equipe sabe da importância e aí se sente impotente, porque o desejo de amamentar e a decisão de amamentar são da mãe. Então, você não pode interferir muito. Você pode orientar, tentar explicar para ela que é o ideal, mas não pode tomar a decisão por ela e forçar. E, sabendo da importância do aleitamento materno, eu acredito que a equipe se sente um pouco incompetente, nesse atendimento".* (E10 – ind)

> *"A equipe ficava revoltada, né? Poxa vida, fomos lá e parece que gastamos saliva à toa. Mas, o que eu sempre colocava para eles é assim: 'nem tudo a gente vai ganhar, mas a gente fez o nosso papel. Se por acaso, alguém vier questionar, está tudo registrado as tentativas que nós fizemos'. Mas, a equipe ficava muito, nossa, parecia que tinha jogado um banho de água fria. Principalmente, quando falava assim: 'Sabe a fulana? Você não acredita, mas eu vi ela dando leite de vaca puro para o nenê'. Até a gente ficava assim: 'Hã?' 'Leite de vaca puro? porque ela acha que aí ele dorme a noite inteira'. Então, assim, a equipe vinha desanimada e, às vezes, até desestimulada. Mas, vale a pena? Será que vale a*

pena? Aí eu falo: 'Gente, vale, vale'. Então, aí o que é que eu falava: 'olha, gente, lembra [...]. Ela a gente não conseguiu, mas conseguimos três, né? Então, a gente tentava trabalhar com um pouco de estatística, uma a gente não conseguiu, mas conseguimos três. Mas, a equipe ficava muito abalada. Lembro uma vez que a agente comunitária falou assim: 'eu estou me sentindo fracassada. Parece que foi um fracasso. Você trabalha nove meses ali, ou então 6, 7 meses, que seja. Aí você vai lá, fala, você fala e todo mundo fala e ela não entendeu, né?' Então, o fracasso mesmo. Mas daí a gente vê, assim, dentre os fracassos a gente tem as vitórias. A gente fica triste, mas 'vamos lá gente, fica triste, não, vamos nos motivar, a gente vai estudar, vamos melhorar'. Aí a gente questionava: 'onde é que a gente errou'? Onde é que a gente errou? Será que a gente não deu conta de orientar tudo?' Então, a frustração, essa sensação de fracasso ela vem muito pesada, muito pesada. Para cada vitória que a gente tinha, quando vinha um fracasso, nossa, a equipe ficava muito abalada mesmo. Mas, depois você vem com as outras conquistas e acaba passando. Então, acho que a gente tentava trabalhar muito em cima dos fracassos mesmo, porque tinha dia que falava assim: 'Não, chega. A gente está dando murro em ponta de faca'. 'Não, gente, vamos lá. Uma a gente não conseguiu, mas tem mais tantas para a gente conseguir'. A gente trabalhava dessa forma, na verdade." (E8 – ind)

"Então, eu acho que a gente tem que fazer, é o que a gente tenta, né? É continuar orientando, mesmo se ela não quer, ou se ela queira ou não, ao menos a gente tem que fazer a nossa parte. Ir lá, orientar e mostrar as vantagens do aleitamento materno pra ver, se lá fora ela consegue. Mas, atingir cem por cento, eu acho que é complicado, acho que não conseguiria, não. Mas, o pouquinho que gente consegue, assim, que a gente vê que volta aqui, que continua amamentando, que a gente encontra lá fora e vê que está amamentando, eu fico feliz". (E6 – ind)

Os sentimentos expostos pelos profissionais foram de frustração, revolta, raiva, impotência, fracasso, sensação de trabalho perdido, desânimo, conformismo, de perda de uma 'batalha', considerando ter errado em algum momento. Há certo sofrimento com a constatação porque o desejo de amamentar e a decisão de amamentar são da mãe. Existe ainda uma motivação para continuar: '*a nossa parte tem que ser feita'.*

A decisão da mãe de não amamentar, em si, não pode ser considerada um fracasso. Ao repensar sobre as motivações que levaram a mãe a decidir pela não amamentação, junto com ela, é possível que perceba que sua decisão interessa àquele profissional e que talvez sua decisão pode não estar fechada, que o AM pode ainda não estar fora de questão. Querer saber os motivos pode levá-la a refletir se aquele era mesmo o único caminho ou se poderia haver outro. Não se deve tomar a decisão já de início como positiva ou negativa, mas como um dado concreto. Há uma necessidade legítima para aquela pessoa se

decidir por um caminho, e deve-se buscar compreender as necessidades, e se essas necessidades se fundem, de alguma forma, com o profissional de saúde e vice-versa, e tentar apresentar alternativas. Os serviços e profissionais criam vulnerabilidades para a mãe quando é incapaz de perceber diferentes oportunidades de conversa nas quais possam ser criados diálogos efetivos (AYRES, 2010a).

As falas dos profissionais trazem discursos mais aceitos como válidos e os projetos técnicos em que se inscrevem as concepções de 'viver bem e corretamente', são os mais legitimados socialmente (RODRIGUES, 2000). Considerar a decisão da mãe não amamentar um fracasso profissional não faz avançar a atenção à saúde. Se o profissional enxerga como um fracasso, está reforçando a ideia de que detém a verdade e de que, se o outro não realiza o que ele preconiza, aquilo está errado (AYRES, 2010a).

É importante repensar com os profissionais de saúde o que são nossos saberes técnico-científicos, teorias e conceitos, bem como nossos saberes práticos a serviço do outro que estamos assistindo e que não podemos restringir o outro a um objeto de nossa vontade ou conhecimento.

Tornquist (2003, p. S425) diz que

> as situações de dificuldades e conflitos na amamentação remetem a uma reflexão importante: se tomado como uma norma rígida, o incentivo à amamentação deixa de ser um direito da mulher, tornando-se um dever normativo e disciplinador.

Na prática da amamentação, estão imbricados os direitos da mulher e da criança. Na perspectiva da mulher, os direitos estão ligados à autonomia privada, de ordem subjetiva, mas também incluem os direitos sociais. De acordo com França-Jr e Ayres (2000, p. 11), estão presentes as seguintes dimensões:

> direito à liberdade (para o exercício da autonomia e garantia de sua privacidade), à informação (para que suas decisões se dêem com acesso pleno às vantagens e desvantagens do ato de amamentar), ao trabalho (garantindo as condições para o exercício profissional independentemente da gravidez e da amamentação), a não ser discriminada (para amamentar em qualquer lugar – locais de trabalho ou público – ou para ser apoiada

> quando não desejar amamentar), à saúde (com garantia de bons cuidados no pré-natal, no parto e puerpério, à saúde reprodutiva, entre outras).

Na perspectiva da criança, os autores discutem que

> os direitos referem-se principalmente à autonomia pública, isto é, direitos sociais como o direito à nutrição (crescimento pôndero-estrutural adequado), ao desenvolvimento (desempenho cognitivo e emocional superior), a saúde (menor e menos grave morbimortalidade) e, no limite, o direito à vida) (FRANÇA-JR; AYRES, 2000, p.11).

Amamentar pode ser considerado um Direito Humano, a partir do entendimento como direito da mulher (FRANÇA-JR; AYRES, 2000). Querer cuidar da criança é muito legítimo, mas tomar o AM como direito exclusivo da criança pode criar uma situação delicada e danosa porque faz com que a mulher-mãe passe de detentora de prerrogativas para cumpridora de deveres, dando margem ao desenvolvimento de políticas públicas autoritárias na área da saúde e em outros campos, pois as mulheres ficariam vulneráveis à restrição de liberdade, à discriminação, entre outras violações. França-Jr e Ayres (2000, p. 13) apontam que os direitos das crianças ligados à amamentação "são atingíveis por outros meios, inclusive por outras modalidades de alimentação, cuidados à saúde e saneamento adequados (direito ao desenvolvimento, à nutrição, à saúde e à vida)". Desse modo, os autores apontam que as legislações sobre a proteção da criança relativas à amamentação devem levar em conta toda essa complexa rede de direitos.

O quadro dos direitos humanos pode ampliar o nosso olhar profissional sobre o AM, permitindo a percepção de que, em determinados momentos, com alguns aspectos e de alguma forma, estamos deixando de levar em consideração uma necessidade, um direito da pessoa. Quando repensamos e utilizamos os direitos, poderemos identificar qual direito está sendo negado. No entanto, é relevante sempre perguntar quais são as vias possíveis para a alcançar o cumprimento de um direito. Mesmo que não se tenha uma via ótima, haverá uma outra que garante o compromisso com esse valor, mas que também não negue outro valor qualquer, procurando não se apressar em atingir o direito daquela criança e negar outros, ao desconhecer algo e ao ser tão taxativo (AYRES, 2010b).

A tomada de decisão é processual e depende do diálogo e da interação. Por isso, é fundamental construir planos de vida, pensando junto com as pessoas, repensando como podemos ajudá-las em suas experiências, efetivando um encontro cuidador.

Ao cuidar é preciso fundir horizontes, criando espaços para que o outro consiga ver o que o profissional vê e o profissional ver o que o outro vê. Na fusão com o outro, apreendemos sua visão de mundo, suas experiências e interpretação de seus significados. É de extrema importância a construção de uma prática que integre os saberes (técnico-científicos e práticos). Na interação com o outro, emerge um movimento em que é relevante o encontro de um ponto em comum, com diálogo e estabelecimento de metas comuns e não unidirecionais. Para Ayres (2007), a partir de abordagem gadameriana e perspectiva hermenêutica, o sentido de diálogo é o de fusão de horizontes que está vinculado a uma

> produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados Ayres (2007, p. 58).

Os componentes da vulnerabilidade individual, de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras) estão relacionados aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a ficar em situações vulneráveis ou a contrair doenças, apesar de não serem em decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estarem relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que

as pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los (MEYER et al., 2006).

Silva (1990) afirma que o AM é social e culturalmente condicionado e diz que "muitas mulheres, embora considerem a amamentação como a melhor opção para a criança, relutam em alimentar os filhos com seu leite" (SILVA, 1990, p.1). O autor complementa:

> Para muitos, o aleitamento é fenômeno biológico, natural, guiado pelo instinto e pelas leis hormonais. Se este assim o fosse, completamente, como explicar as flutuações históricas que este comportamento apresenta no decorrer do tempo nas várias sociedades e culturas e, num mesmo momento, em diferentes camadas sociais? (Silva, 1990, p.1)

Segundo Pamplona (2002), para cada mulher a decisão de amamentar ou não, por quanto tempo, bem como a vivência satisfatória ou frustrante de sua decisão dependerão de vários fatores: socioculturais, como a sociedade em que ela vive vê o papel feminino materno, qual a representação que sua classe social tem desses papéis femininos, da maternidade e do AM, as condições concretas oferecidas por essa sociedade para a maternidade e AM; físicos: condições de saúde geral da mãe e do bebê; psicológicos: sua história pessoal de desenvolvimento afetivo/sexual, suas relações familiares, sua identificação com a própria mãe, as vivências da gestação e do parto, incluindo relações familiares especialmente com o pai do bebê, as interações mãe/bebê (PAMPLONA, 2002).

Dessa forma, questões que perpassam a existência humana e que determinam o comportamento das pessoas interferem na amamentação que, como dito, apesar de sermos classificados como mamíferos, a amamentação vai muito além do biológico, sendo determinada por aspectos referentes à vida em sociedade.

Na presente pesquisa, na parte quantitativa, foi apontado um perfil das mães que mais amamentavam e os fatores associados ao desmame. Do ponto de vista quantitativo, foram encontradas as seguintes associações à maior duração da amamentação: mães acima de 35 anos, com maior escolaridade, que estavam

em licença maternidade e de segundo filho. Quanto ao desmame estão associados: o uso de mamadeira e chupeta, o trabalho materno, a primípara e a adolescente. Na perspectiva da epidemiologia, o risco identificado nas diferentes populações passou a ser tratado como condição concreta, uma identidade que demarca as pessoas em grupos de risco (AYRES et al., 2006). No aleitamento materno, observa-se nas atitudes dos profissionais esse pré-conceito formado a partir das evidências científicas estabelecidas nas pesquisas epidemiológicas.

O risco possibilita a identificação rápida dos grupos, mas não dá o significado dessa distribuição, podendo levar ao estigma e preconceito (AYRES; PAIVA; FRANCA-JR, 2010). A maior desvantagem da abordagem de comportamento de risco é a tendência de considerar os indivíduos exclusivamente responsáveis por mudar seu comportamento, o que leva as pessoas a se sentirem culpadas. Isso ocorre com a mãe que amamenta nos serviços, quando o fato de não amamentar fica relacionado, quase que exclusivamente, ao comportamento da mãe. Há manifestação dos profissionais, tais como: '*quando a mãe não quer, não adianta'*, considerando os indivíduos os únicos responsáveis pela situação e os comportamentos advindos dela.

Na perspectiva da vulnerabilidade, não há agente agressor por si, ou então, não há condição materna que, por si, possa ser considerada inerente ao risco de desmame, como ser adolescente, ter pouca escolaridade, entre outras. Qualquer condição somente é percebida a partir da especificidade de quem a contém (física, cognitiva, afetiva, comportamental) com características que dependem do seu ambiente cultural, sócio-político e do contexto intersubjetivo em que a pessoa vive e interage (AYRES; PAIVA; FRANCA-JR, 2010). Portanto, qualquer situação que possa estar interferindo na decisão dessa mãe de não amamentar deve ser analisada.

As estratégias de intervenção para redução de vulnerabilidade precisam ampliar do plano individual para o plano das suscetibilidades sociais, mesmo em se tratando de atendimentos individuais. A responsabilidade se estende para além da tarefa de alertar as pessoas sobre o problema, mas que "possam responder de forma que superem os obstáculos materiais, culturais e políticos que

os mantêm vulneráveis, mesmo quando individualmente alertas" (AYRES et al., 2006, p.401).

A adesão ao AM e os julgamentos dos profissionais sobre essa adesão, se forem baseados na obrigatoriedade de efetivar o AM, podem criar afastamento das mães e famílias dos serviços de saúde. Assim, a prática do AM estará se sustentando por trás de situações autoritárias, descolada dos contextos familiares, individuais e sociais.

Depois que o bebê nasce, não podemos ver a mãe como objeto de AM do seu filho, mas temos que ampliar nosso olhar e intervenções quanto às experiências da maternidade e projetos de vida. Nossa prática, enquanto defensores do AM, precisa ser constantemente revisada e avaliada, não tanto em relação às taxas de adesão ao aleitamento, mas o quanto é possível de autonomia em relação ao AM e se as pessoas, de fato, têm condições de tomar suas decisões e têm todo o apoio que elas precisam nas decisões que tomarem (AYRES, 2010b).

5.2.5 O apoio ao aleitamento materno e os espaços para produção de narrativas

O quinto tema foi construído a partir dos relatos de casos atendidos, narrados pelos profissionais, em resposta a pergunta feita sobre o que é apoiar o AM. Primeiramente, selecionamos um relato para retratar esse apoio:

> *"A gente teve uma puérpera, foi um parto normal. Então, o que mais dificultava era a epísio. Tinha infeccionado. Então, a mãe tinha dificuldade para sentar e para amamentar por causa da dor da epísio. Ela ficava desconfortável, não tinha onde sentar, não tinha posição pra sentar e ela deixava, às vezes, de dar o leite materno e dava complemento pra que outra pessoa, que no caso era a avó, pudesse fazer a parte, como mãe, da alimentação. Então, o peito ingurgitou. Aí, assim, no período que ainda ela tentou dar, o peito fissurou. Então, foi um trabalho bacana, porque tanto eu como a auxiliar, nós íamos todos os dias, duas vezes por dia, pra gente ajudar a ela reintroduzir, na verdade, o aleitamento materno, porque era um sonho dela também. E eu acho assim, por todo aquele contexto de dor, acabou bloqueando até a vontade dela. Então, nós fomos até a casa dela, duas vezes durante o dia, num período de uma semana. Até que, no final de um mês, a gente conseguiu que fosse exclusivo mesmo, porque a gente começou a fazer trabalho de formiguinha, que a gente fala, né? Era o ACS que vai. E o ACS da área era muito bacana, porque ela se sentiu mãe dessa mãe e, aos finais de semana, ela foi lá perguntar se estava tudo bem. Então, a gente*

deixou meu telefone de contato, a auxiliar também, a ACS também, para a gente tentar resgatar mesmo, né? Para que o aleitamento materno fosse visto pelo lado bom, do vínculo, da vontade dela, que ela já tinha expressado durante o pré-natal. [...] Então, a gente tentou de vários meios, começar a tirar o complemento e tentar introduzir [o leite materno]. Então, a gente orientou vários procedimentos que pudessem aliviar a dor, pra que o aleitamento materno fosse mais prazeroso. Então, no final de um mês, a gente conseguiu fazer com que ela retornasse ao aleitamento materno exclusivo. Tiveram outras, mas essa acho que foi mais bacana, porque houve todo um envolvimento. A avó da criança falava assim: 'Não, filha, dá o peito, tenta dar o peito'. A avó foi um ponto positivo, porque ela falou assim: 'eu amamentei meus treze filhos, meus treze filhos!'. A gente não neutralizou a avó, mas era como se fosse também uma cobrança pra filha, né? Porque, assim: 'eu amamentei, porque ela não está [amamentando]? Então, a gente tentou fazer um trabalho de formiguinha, todo dia a gente ia lá, ia fazer avaliação e dar o apoio psicológico. 'Olha, a gente tá aqui'. Pra fissura, também, a gente orientou. Até então era o banho de sol, hoje mudou, mas dentro do que a gente poderia orientar e dentro das condições dela a gente tentou orientar o máximo que a gente pode. E acho que foi gratificante, porque a gente conseguiu reintroduzir 100% o leite materno. Acho que foi o caso que mais marcou, foi muito o envolvimento da equipe mesmo". (E8 – ind)

Buscamos exemplificar, nesse relato de caso, o que foi referido como necessário para efetivamente apoiar o AM. Observa-se uma sequência de eventos que conduziu a amamentação que se iniciou no pré-natal e se manteve até a mulher atingir a autonomia. A seguir, na Figura 7, são apresentados alguns elementos de apoio para esse processo de amamentação:

FIGURA 7 — Elementos do apoio à mulher que amamenta e sua família.

Como discutido no tema anterior sobre a decisão da mãe, o desejo de amamentar é uma resultante de diversos fatores e não simplesmente da vontade individual, manifestada no comportamento de amamentar ou não amamentar. A decisão é, ao mesmo tempo, ponto de partida e ponto de chegada, e pode refletir como a assistência foi conduzida pelos profissionais nessa sequência de eventos que pretende produzir, como resultado, o sucesso da amamentação.

Destaca-se, nos elementos expostos, inicialmente o compromisso da equipe com a saúde da mãe e do bebê, o vínculo, iniciado desde o pré-natal, a persistência da equipe frente às dificuldades encontradas, caracterizados, na fala, como “trabalho de formiguinha”, a disponibilidade de tempo por meio de uma presença constante, para atender a mãe no momento em que a dificuldade se

apresentava, a ajuda considerando o contexto e as particularidades da história daquela mãe e família, a inclusão da família, como forma de apoio para a mulher, o preparo da equipe para um manejo técnico atualizado, para atender as demandas de ordem técnica e biológica, oferecendo ajuda prática, essencial para que a mãe consiga prosseguir com a amamentação e, acima de tudo, o respeito pela mãe em todas as etapas do atendimento.

O atendimento, no domicílio, que é possível na estrutura organizada na ESF, pode possibilitar uma rica oportunidade de interagir com a família dentro de sua realidade, na busca de intervenções pertinentes. Nos relatos, há importantes etapas do **apoio à mãe no domicílio e a inclusão da família**, considerando o seu contexto e respeitando suas possibilidades, como nestes exemplos:

> *"Quando tem a família que dá o apoio, e a família entende, e entende todos os benefícios do aleitamento materno, porque que ela está passando tudo aquilo, eu acho que é um diferencial grande. Se ela já tem alguém do lado que não estimula, 'não, isso não vai dar certo, você toma esse remédio, você enfaixa, já faz o que tem que fazer, compra esse leite, para com esse sofrimento'. Daí já vem o outro e fala também".* (E1 – G1)

> *"Uma amiga minha, que era enfermeira, se dispôs a ficar, porque meu marido não pode ficar, porque tinha os dois pequenos em casa. [...] a minha amiga, que era enfermeira, ela me apoiou o tempo todo, me ajudava a posicionar, ela também não dormiu. A primeira noite junto comigo, ela não dormiu e, enfim, a gente conseguiu transcorrer".* (E7 – ind)

> *"Na maternidade tem toda uma estrutura: o auxiliar, a enfermeira, o médico, o estagiário, o dentista, está todo mundo ali. Daí, ela vai pra casa dela, acabou tudo, acabou tudo, cadê todo mundo, só tem um monte de cobrança".* (E3 – G1)

As falas retratam uma preocupação com a necessidade de incluir a família ou outras pessoas, tentando captar qual membro pode ser significativo para o apoio na amamentação. Diferentes pessoas foram citadas como fontes de apoio para a mãe como parentes e outras pessoas de seu relacionamento, no âmbito do domicílio.

Discorrendo sobre o encontro de sujeitos – profissional e usuário – no espaço da visita domiciliar, Amaro (2000) considera que a meta do profissional,

ao realizar a visita, deve ser de explorar a realidade para melhor compreendê-la e aproximar-se da verdade. Para a autora, a visita não é destinada para verificar 'coisas' previamente eleitas para serem vistas, pois os componentes da realidade a serem observados não se limitam a situações conhecidas, mas a situações desconhecidas e disponíveis à exploração do profissional que se mantém aberto para percebê-las.

A visita domiciliar, de acordo com Kearney; York e Deatrick (2000), tem a finalidade de priorizar a educação contínua da família, o seguimento a longo prazo com freqüência e regularidade, enfocando a construção do relacionamento entre as pessoas e proporcionando apoio para a interação entre mãe-criança-família e o desenvolvimento global da criança.

A figura paterna aparece com destaque novamente nos exemplos a seguir, com o argumento de que o apoio do companheiro pode ser decisivo para o início e a continuidade do AM:

> *"E você sabe o que funciona legal? Quando o pai está junto. Quando o pai está junto e você fala o resultado da chupeta e da mamadeira, ele já vai ajudar a mãe, porque ele absorve bem isso, porque ele já não gosta que dá a chupeta. Então, ele fala assim: 'oh, viu, não falei que não era pra comprar aquela chupeta'. Então, já entrega na hora: 'então oh nenê, a gente não vai dar chupeta'. Eu acho que os dois juntos, nossa, é ótimo trabalhar com o pai, é maravilhoso".* (E2 – ind)

> *"Nos grupos eu tinha bastante retorno, assim, até de marido que acompanhava a esposa. Os maridos, eles iam junto, depois retornavam com as esposas, até a gente dava uma declaração que estavam indo. Depois que tinha nascido, eles retornavam, eu falava: 'Não é possível'. Ele levava a mulher pra amamentar, e amamentava, o leite espirrava, apertava e ia lá longe, chegava em casa e não conseguia. Ele voltava com ela e falava: 'O que está acontecendo aqui, porque só funciona aqui, chega lá, eu aperto e não espirra?'. Daí, eu ensinava de novo e ele falava assim: 'Aí, oh, vai, aprende direitinho'. E ele ficava com a cabeça assim, tinha interesse, que ele acompanhou durante um tempo."* (E1 – G1)

> *"Eu acho que a mãe mais o esposo é bem melhor, é bem mais vantajoso. Porque você estar sozinha com o nenê, você não consegue fazer muita coisa, você depende de outro, você depende de tudo. Não digo de tudo, mas, por exemplo, você quer tomar banho, se não tiver dormindo não vai, você precisa cozinhar, se não tiver outro cuidando não vai, você quer limpar a casa, então, assim, você precisa de outro, mesmo para um apoio psicológico. É uma fase que você está com um peso a mais, se você não tem o apoio do seu esposo você sente a perda da vaidade, você sente um pouquinho, ah, você se sente, muda muito, tem muitas transformações no corpo, é estria, é a barriga que demora para voltar. Então, se*

não tiver ali seu companheiro te apoiando, [...] 'calma que vai melhorar, quantas mães que não tiveram estrias, isso não é importante, tem coisa muito mais importante na vida do que se preocupar, sabe, isso é uma coisa que depois pra frente você corrige, é coisa pequena'. (E4 – ind)

"Uma mãe que era mulher de um pastor e ela chegou lá com uma criança bem bonita, a mãe sadia. A gente verificou pega, tinha tudo para dar certo e a mãe vinha, ela falava alguma coisa para mim, falava outra para a enfermeira, daí ela ia procurar outra ajuda porque, na verdade, ela só ficou tranquila na hora que ela desmamou aquela criança. Então, é uma coisa assim, você não sabe o que passa na cabeça daquela mãe. Então, a gente não deu conta, ninguém na unidade conseguiu saber, mas ela queria desmamar o nenê, porque o pai não apoiava a amamentação". (E9 – ind)

A presença do pai desde o preparo do pré-natal foi considerada essencial para que a mãe se sinta apoiada, bem como sua participação nas consultas de puericultura, conversando sobre as dúvidas frente às dificuldades vivenciadas após o parto para estabelecer a amamentação. A divisão de tarefas com o bebê em casa, bem como a compreensão sobre como que se encontra a mulher nessa fase pós-parto, é de grande valia para as mulheres e servem de estímulo para se dedicarem à amamentação. Porém, a falta de apoio do pai também é determinante nesse processo.

Alguns profissionais destacam a presença da avó para o apoio ao AM, como nestes relatos:

"Tem mães que você pergunta o nome do pai, elas não querem falar, porque a gente faz a pergunta antes. Eu vejo, assim, que essas são mais jovens, e que tem um apoio muito grande da mãe [avó do bebê]. A mãe [avó do bebê] sempre está junto, sempre estimulando. Assim, eu não vi nenhuma negação, nenhum momento que não ia amamentar. Eu tenho umas que engravidaram, depois separaram, mas assim, que amamentou sem problema. Não tive assim, nada que interferisse." (E4 – ind)

"Primeiro filho, da parte da família dela, era primeiro neto. Da parte da sogra era o quarto, o quarto neto. Mas, assim, eles vêm com o apoio da família no sentido, assim, é difícil porque ela já queria. [...]. Queria e queria muito amamentar, só que, na família a mãe dela não conseguiu amamentar, porque disse que tinha pouco leite. Então, com três meses de idade os filhos não estavam em aleitamento materno exclusivo, já estavam com mamadeira. [...] E a sogra, a mesma coisa, ela já não tinha leite, já desde o nascimento das crianças era mamadeira direto, praticamente não tinha aleitamento materno. Aí vinha com aquilo: 'será que você vai ter leite, você vai ter leite mesmo? Será que você não quer deixar comprado já uma latinha de leite em casa, e se não tiver, a criança vai passar fome. Você vai deixar teu filho passar fome?' Então, tinha toda essa

pressão, né? até pelo marido. [...]. E, assim , a gente pode perceber que foi muito difícil". (E7 – ind)

"No começo do atendimento, a avó fica junto, pra gente sentir como é que é a avó, que geralmente a avó é afoita. Então, ela vai falando e respondendo antes da mãe, né? Mas se a gente sentir que ela apoia positivamente, aí a gente passa o serviço para a avó: 'olha, precisa ajudar nisso'. Passa a coisa pra ela se sentir incluída. Se a gente vê que a avó é contra, tem dificuldade, às vezes, não tem história na amamentação, a gente procura separar ela em outra sala, depois fazer uma orientação pra avó, pra que ela sinta importante no processo, e que, se a filha quer, vamos tentar. Porque, quando vem aqui, está com problema. Então, a gente fala: 'vamos tentar mais um pouquinho, é vontade dela. Se não der certo, pelo menos tentamos tudo, nós não vamos deixar o bebê passar fome, nós não vamos fazer nada que sofra nenhum dos dois. Pelo contrário, você chegou até aqui, a gente vai resolver para que pare esse sufoco'. Assim, tem dado certo, muito difícil, daí, alguma avó desistir no caminho. Tem dado certo". (E3 – ind)

Há algumas situações familiares exemplificadas pelos profissionais que dificultam a mãe na amamentação, destacando o papel de mãe e mulher. Esses diferentes papéis podem sobrecarregar as mulheres, levando-as a um esgotamento físico e mental.

"O cansaço, não vou falar do cansaço, vamos colocar outra palavra. Talvez, assim, não capacidade, também não, parece que, assim, tudo é difícil. Então, por exemplo, elas falam assim: 'eu quero um remédio pra ele dormir'. O RN que acorda várias vezes: 'pelo amor de Deus, ele acorda 10 vezes a noite, eu preciso dormir'. Elas colocam essa palavra: 'eu preciso de descanso e de dormir'. Mesmo tendo licença, mesmo não estando trabalhando. Só que a gente tem que falar assim: 'Não está trabalhando no serviço, mas tem três pendurados nela, tem um marido que cobra uma comida, um marido que cobra uma roupa lavada, o marido que quer a janta, o marido que quer o carinho'. [...] 'Socorro, socorro, alguém tem que me ajudar, porque eu não to dando conta'. E é aquilo que eu falei, tem aquela pessoa que está amamentando e aquele que quer ser amamentado. Então, a relação mãe e filho é uma coisa muito individual. Eu falo isso: é uma coisa única na vida da mulher, e que a gente vê, assim, o comportamento do bebê com a mãe, sabe, a gente vê aquele comportamento, e vê o comportamento dela com ele também, dela pegar, se sentir legal. E aquela mãe que amamenta com todos os músculos contraídos, mesmo não tendo fissura, 'Doi, doi, doi, doi, doi, doi'. Mas, não tem fissura, tá tudo bem, não tem problema. 'Mas doi, mas doi.' Puxa vida! Será que isso doi, será que doi? Isso é uma outra dor". (E3 – G1)

"E a briga lá em casa, tinha outra briga. [...] A questão de que, assim, a minha sogra falava assim: 'você num pode deixar o meu filho junto com você te ajudar de madrugada, ele tem que trabalhar no outro dia de manhã. Você já pensou? Ele trabalha viajando, você já pensou se ele bate o carro porque não descansou bem à noite? E amanhã ele tem que trabalhar'. É uma coisa que eu enfrentei também, isso é o que eu quero te falar, ele vai ter que trabalhar e daí? Você não

pode forçar ele a ficar te ajudando? é sua obrigação enquanto mãe e mulher e dona de casa? você tem que se virar?". (E7 – ind)

Os profissionais refletem que há momentos de conflito e pressão familiar no processo de apoiar a mãe na amamentação e tais situações são difíceis para ela. A partir dos relatos dos profissionais, as mães expressam suas dores, cansaço e entraves nas relações familiares para amamentar. Podem demonstrar tais sentimentos e sensações no âmbito domiciliar e também com os profissionais. O profissional fala de uma dor que a paciente expressa, associa com a ausência de fissura e levanta a hipótese de que a mãe está falando de um outro tipo de dor, podendo ser acerca da maternidade.

Em seu estudo, Nakano (2003, p. S362) apreendeu que

> entre os limites e possibilidades para a consecução da amamentação idealizada, as mulheres manifestam a conformação de seus corpos, como corpo-função e, tendo por base as experiências vividas em seus próprios corpos, evidenciam a ilegitimidade da amamentação natural e instintiva.

A realidade da amamentação não se apresenta à mulher como aquela idealizada pela sociedade de prazer e satisfação. Ignorar essa realidade menos glamourosa no apoio a essa mulher, limita as possibilidades de encontrar, com ela, formas efetivas de superação desses obstáculos.

No estudo da vulnerabilidade social, Delor e Hubert (2000) apontam que, em sua trajetória social, cada indivíduo passa por diferentes fases em sua vida, mas essa trajetória é social, porque diversos indivíduos compartilham dessa mesma trajetória. Quando essas trajetórias se encontram, os comportamentos adotados dependem da posição ou *status* das pessoas nessa relação, além do contexto social que influencia os momentos, interesses e formas dos encontros entre diferentes trajetórias.

Dessa forma, observamos, nos exemplos citados, o contexto familiar, as questões de gênero e o papel da mulher na sociedade trazendo suas influências para o processo de amamentação dessa mulher e para o processo de identificação da maternidade. Isso deve ser observado com atenção pelos

profissionais que têm a intenção de ajudá-la a superar suas dificuldades e barreiras ao estabelecimento e manutenção do AM. O profissional precisa conhecer essa trama de relações e compreender de que modo pode auxiliar a mãe, o bebê e a família.

Para Nakano et al. (2007), a base de um novo modelo de assistência em amamentação está na valorização do contexto familiar pelo profissional de saúde e na busca da interação com a família no desenvolvimento das ações em prol do AM. As autoras ressaltam que essas ações precisam ser adequadas à pluralidade dos papéis da mulher de mãe, nutriz, esposa e trabalhadora.

Outros relatos dos profissionais destacam **os aspectos clínicos da assistência** com a ajuda profissional efetiva por meio de um manejo técnico atualizado para os problemas biológicos e do lidar com a sabedoria que a mulher nutriz traz, com a observação atenta, o toque, o ouvir, a ajuda individualizada, voltadas para as necessidades específicas de cada mulher.

> *"Apoiar seria nas dificuldades que ela tem, tanto de manejo como de, às vezes, achar que o leite é fraco, nessa parte de orientações. E tem mães que a gente precisa pegar o bebê e colocar mesmo no peito para ela ter aquela segurança, que o bebê realmente pegou".* (E10 – ind)

> *"Apoiar pra mim é ajudar de fato. Não só ouvir e entender, como a gente aprende no curso é ouvir e entender. É ajudar, é por a mão, é pegar o bebê, é ajudar ela a ordenhar, é ajudar a ensinar, é ter a certeza que ela saiu dali com conteúdo, que ela aprendeu e sabe dar conta, isso que é apoio. Eu acho que só ouvir e dar atenção e mostrar empatia não resolve o problema, ela vai sair dali e não sabe lidar. Então, eu acho que é juntar o apoio do emocional com a prática, isso que é apoiar pra mim. [...] Então, na minha cabeça, é essa questão de ajudar na prática, de fato* (E3 – ind).

Esses profissionais salientaram que o apoio à mulher não deve se limitar somente à questão do apoio emocional, mas também o auxílio no manejo dos problemas clínicos da amamentação.

Uma revisão da literatura sobre os problemas da amamentação apontou diversas situações clínicas que têm afetado muitas mães e impedido a continuidade da amamentação (GIUGLIANI, 2004). Entre os problemas, a autora

cita: ingurgitamento mamário, trauma mamilar, infecções no mamilo, candidíase, mastite, abcesso mamário, baixa produção de leite, entre outras, e apresenta os procedimentos mais atualizados para o manejo clínico dessas intercorrências (GIUGLIANI, 2004).

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou os "Cadernos de Atenção Básica" sobre aleitamento materno e alimentação complementar, destinado a todas as unidades de saúde do Brasil, buscando uniformizar as recomendações para a diminuição das falhas na condução dos problemas de amamentação nos serviços de saúde, podendo também ser acessado no site do Ministério por qualquer profissional de saúde (BRASIL, 2009d).

Os profissionais enfrentam diversas dificuldades que precisam ser transpostas para que não criemos situações de vulnerabilidade para a mulher que pode estar frágil e com suas dúvidas e dificuldades. A fissura, a questão do "pouco leite" e o ingurgitamento mamário ainda desempenham papéis de "vilões" na manutenção do AM. Essas causas são mais do que justificadas de desistência da mãe, pois as dores e a angústia do choro do filho, sendo interpretadas como fome pela mãe e família, são fatores de desmame que não podem mais ser ignorados pelos profissionais, mas lidados com competência técnica de manejo e orientação dessa família.

Nos aspectos clínicos, os relatos dos profissionais destacam também que acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, particularmente o peso, é um aspecto importante da prática do AM que tem ajudado a fortalecer a confiança da mãe em prosseguir amamentando, como nestes exemplos:

> *"O que a gente fazia também na unidade de pesar o bebê, e ela aquela que você estava colocando o seu, e o medo de o bebê voltar e não ter ganho peso, você fala pra ela: 'não, vai ganhar, você dá certinho, amamenta, depois você retorna, a gente vai estar pesando o bebê, vai estar vendo se vai ter ganho ou se não vai'. Na hora que ela vinha, ganhava peso, ela voltava pra casa estimulada que tinha ganho, 'anota pra mim aqui no cartão', a gente anotava. Se não ganhasse [peso], a gente tinha que fazer todo aquele trabalho de resgatar, de estar incentivando ainda de colocar mesmo antes que poderia estar ganhando ou não, mas que a gente estava ali pra, acompanhando, pra gente não deixar esse bebê afundar."* (E1 - G1)

"Essa curva da OMS agora veio a calhar, acho que já foi um avanço na questão do acompanhamento do leite materno, que já veio tirar esse estigma que o neném do leite materno é magrinho, é fraquinho, é menorzinho, e que colocava na curva, e ele estava sempre abaixo da curva daqueles de aleitamento artificial. Então, agora, com essa curva nova, a gente tá com a perspectiva de melhorar esse aspecto, que é uma coisa que fazia pesagem pra mãe, e mostrar: 'olha tá indo'. Acho que já foi outro avanço, também, dentro dessa melhoria que nós vamos ter agora. Em 2007, quando foi implantado, as unidades ainda não estão sabendo manejar, não está vindo muito homogênea a coisa. Mas, eu acho que, também, um passinho que foi dado. É devagar, mas ta chegando, mas quem sabe aí quando você fizer sua avaliação daqui um tempo, já tenha outro aspecto que pode ser colocado, que é essa avaliação da OMS, onde a gente vai ter só de crianças em aleitamento, que o Brasil participou". (E3 – G1)

"A gente encontra aquela mãe que ela quer tomar a decisão de não mais amamentar e não tem subsídio pra isso. Mas, é por desinformação. Na hora que você disponibiliza tempo e ouve essa mãe, você consegue que ela prolongue mais tempo. 'Eu quero, porque acho que não está mais sendo bom pra ele'. Você tem todo o acompanhamento, mostro o gráfico, imprimo o gráfico, tem a carteira de saúde com o gráfico dela lá, mostrando que está tudo bem, que não tem o porquê, qual a razão? E, às vezes, é totalmente 'ah, eu', 'a minha avó', 'a minha mãe', 'a minha irmã', quer dizer, faltou informação correta para os familiares em determinado tempo. Aí a gente faz este trabalho, mostrando que os conhecimentos científicos vão sendo renovados e que há a necessidade dela fazer o melhor pro filho dela e que eu também entendo que ela quer fazer o melhor pro filho dela e eu também quero fazer o melhor pro filho dela. Jamais esta decisão de fazer o desmame vai poder ser só por 'acho que'. Então, ela tem que dar argumentos pra gente fazer isso. Agora, você tem que ouvi-la muito, é, ouvi-la muito". (E1 – ind)

Essa forma de abordagem, levando em consideração o crescimento e desenvolvimento da criança, é citada pelos profissionais como importante para encorajar a mãe a acreditar na eficácia do AM. Informações concretas fornecidas à mãe sobre a avaliação do peso, por meio da curva de crescimento, demonstram que o leite materno está sendo suficiente para o crescimento adequado de seu filho. Explicações sobre os instrumentos de acompanhamento da saúde, o gráfico de crescimento da criança, o cartão de saúde da criança que fica com a família e as informações técnicas também são úteis para o fortalecimento do AM.

A partir da nova curva de crescimento, proposta pela OMS (WHO, 2006), o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança ficou mais adequado ao AM. A curva anterior, desenvolvida pelo National Center for Health Statistics (NCHS) e pelo Centro para o Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, reunia dados coletados a partir de crianças que, predominantemente,

recebiam leites artificiais, residiam em uma única área geográfica e pertenciam a famílias de descendência norte-européia, de nível socioeconômico relativamente alto (WHO, 2006). Dessa forma, o fato de as crianças apresentarem, anteriormente, queda na curva devido a mesma não ser adequada para crianças em AM, gerava insegurança na mãe e nos profissionais, induzindo a introdução precoce de outros tipos de leite e, consequentemente, o desmame do AME antes dos seis meses. A utilização da nova curva pode trazer impacto positivo nos índices de AM e AME.

Em 2006, a OMS lançou a nova curva, baseada em um estudo internacional, multicêntrico, do qual o Brasil foi participante. A principal colaboração da curva para o AM foi pelo fato que, para inclusão no estudo, pelo menos 20% das mães deveriam estar dispostas a seguir as recomendações de AM e os centros colaboradores deveriam ter locais para suporte ao AM. O padrão da OMS pode ser usado para avaliar crianças de qualquer país, independente de etnia, condição socioeconômica e tipo de alimentação (WHO, 2006).

Observando esses aspectos mencionados, a mulher precisa ter, por meio dos profissionais de saúde dos serviços, acesso a tudo que necessitar para acreditar e refletir sobre a amamentação, mobilizar sua capacidade de resolver os problemas e elaborar um caminho para superar os obstáculos.

As vulnerabilidades criadas pelos serviços no atendimento aos problemas da amamentação materna por falta de manejo adequado, que contribuem para a desistência e desmame, precisam ser enfrentadas com seriedade, pois os meios necessários para que os profissionais se capacitem e se atualizem estão à disposição dos serviços e dos profissionais, sendo necessário que as instituições também superem as barreiras que as têm tornado vulneráveis. Como discutido no tema do cotidiano da assistência, sobre as fragilidades dos serviços de saúde no contexto do município de Londrina-PR, os profissionais se queixam da falta de apoio dos gestores para dar condições aos serviços de realizar uma atenção ampliada, além do atendimento da alta demanda, também possam se envolver em questões de promoção de saúde, como é o caso do AM. Ainda, é

importante tomar o AM com os aspectos promocionais, preventivos, terapêuticos e de reabilitação de forma indissociável.

Algumas falas retratam um **perfil profissional para apoiar o AM**:

> *"Então, eu acho assim, que os profissionais têm que vestir a camisa, ou ter um dom, ou gostar de aleitamento materno para ter êxito, para melhorar esse índice de aleitamento materno, para chegar essa informação até aquela mãe que tem a sua história de vida".* (E8 – G1)

> *"Mas daí a gente vê assim, dentre os fracassos a gente tem as vitórias. Então, eu vi que tanto o médico como eu, enfermeira, porque na rural só tem uma mesmo, ou, então, aquela que trabalhou muito tempo na maternidade do Hospital [...]. Então, ela estava muito sensibilizada com essa questão do aleitamento materno. Então, quando eu não estava era ela ou o médico. Os três eram o tripé da unidade".* (E8 – ind)

> *"Eu acho, assim, que a questão do aleitamento é séria. Parece que é uma coisa tão simples pra lidar, mas não é. Porque além de você gostar e ter conhecimento, ainda tem que, que ter uma dedicação que não é qualquer profissional que tem. Então, como é difícil, às vezes, aqui dentro de um ambiente, eu procurando mais pessoas pra trabalhar nesse serviço, a gente não encontra. É tão interessante, porque que faz parte da história de vida da pessoa, ele acolher e acreditar na questão do aleitamento. Então, por isso, também é um motivo que torna difícil, vai ser uma questão que vai lutar muitos anos ainda pra mudar, mas tem que tentar".* (E3 – ind)

> *"Depois que eu participei daquele curso para tutores e a gente fez o treinamento dos funcionários na UBS onde eu atuava, todas as dificuldades o pessoal referia a mim. Eu fiquei, na cabeça deles, como uma instrutora no caso de problemas de aleitamento".* (E10 – ind)

Nas falas, os profissionais apontam que o perfil profissional para apoiar o AM está atrelado a gostar dessa prática e consideram que a afinidade com o tema seria essencial para o AM. Essa afinidade é manifestada como *dom, sensibilidade, gostar e acreditar,* entre exigir um perfil específico de profissional e ter o envolvimento de toda a equipe.

Defender um perfil profissional específico para trabalhar com AM pode levar a uma fragmentação da atenção à saúde, culminando no AM descolado do cuidado integral à saúde materno-infantil.

Por outro lado, há relatos que apontam o apoio ao AM com abrangência multiprofissinal, como um trabalho em equipe e que todos precisam se sentir responsáveis pelo atendimento da mãe que amamenta, evocando a necessidade do compromisso de todos com essa prática, como a seguir:

> *"Eu falo que é também o trabalho em equipe, né? porque eu fui lá e fiz o trabalho do meu conhecimento, aí vai lá outro auxiliar e também faz o trabalho com o conhecimento dele e acaba sendo um trabalho de equipe. Então, cada um dá sua contribuição do jeito que tem. Então, eu vejo assim, é o mérito de equipe também, é um trabalho que cada um faz um pouquinho".* (E2 – ind)

> *"Além da enfermeira e o GO, os auxiliares também atuam, às vezes, no acolhimento dessa mãe, encaminhar [...]. Os auxiliares de enfermagem, a odonto também está envolvida, agora eles atendem a gestante. E os que foram capacitados também têm a oportunidade de fazer essas orientações, estar estimulando. O GO, aqui, desde que eu entrei nessa unidade, a gente tá sem o GO. Tem um ginecologista que vem, mas ele não atende muito a parte de pré-natal, ele vem uma vez por semana. Agora, como a gente está tendo a dificuldade, ele está atendendo. Eu não sei se ele faz essas orientações, mas o que eu trabalhava antes, na outra unidade, ele era bem consciente e fazia. Ele estimulava o aleitamento".* (E10 – ind)

> *"Eu acredito, assim, é um trabalho que a gente vem se arrastando na questão do aleitamento materno, até antes da gente pegar da oficina. Aqui o grupo e a equipe gosta, gosta muito da área do aleitamento materno. Então, era um grupo, uma equipe que sempre cobrava, né? 'nós precisamos fazer alguma coisa com aleitamento materno, nós precisamos fazer alguma coisa'. E daí, vindo a questão da oficina, a questão da discussão, tudo, então, assim, vai dando uma injeção de ânimo, né?"* (E5 – ind)

> *"Porque a equipe que eu trabalhava era muito boa, lá do posto de saúde. Todos os técnicos ótimos, toda a enfermagem muito boa, todo mundo bem mobilizado, mesmo. Eu falei: 'ah, todo mundo que chegar aqui tem que amamentar', mas não era isso que acontecia".* (E9- ind)

Os profissionais reconhecem o trabalho de cada membro da equipe e o objetivo de atingir o AM como sendo de toda a equipe. Os profissionais que realizaram capacitações específicas sobre AM, como a da Rede Amamenta Brasil, o Curso de Manejo ou de Aconselhamento em AM, tornaram-se referência em AM na unidade onde trabalham. Há situações em que, mesmo com a equipe comprometida e mobilizada, o AME ou o AM é interrompido e esse aspecto não pode ser visto como um fracasso no processo de amamentação.

Carvalho (2002, p.232) discutindo a transdisciplinaridade no AM, lança o desafio de estabelecermos pontes de comunicação entre as especialidades "desmoronando as fronteiras das disciplinas, para que se construa uma visão coletiva sobre o imenso universo de questões que o aleitamento materno suscita". E complementa que o paradigma da transdisciplinaridade traz o olhar abrangente tão necessário à compreensão holística deste comportamento aparentemente singelo.

Outras características do apoio ao AM, apontada pelos profissionais, foram: **necessidade do apoio constante, disponibilidade e persistência até a mãe caminhar sozinha**:

> *"Principalmente quando a gente fala em apoio, o apoio é constante. Então, se ela precisa hoje a tarde, se tem que ir amanhã de manhã de novo, à tarde de novo, na outra tarde. [...] Uma dificuldade é essa, se ela está com um problema ali, ela precisa de um atendimento constante, não é você ir lá hoje e 'ah, semana que vem eu volto', ou esquecer que você tem que estar atento ao problema que ela está enfrentando, que você possa dar uma companhia, esse apoio é o apoio até ela caminhar sozinha na amamentação".* (F – G2)

> *"Que esse trabalho mesmo de ir lá na casa orientar, é de você estar com essa mulher, que seja uma hora, essa uma hora você vai poder, essa uma hora que, às vezes, o profissional acha que: 'nossa, uma hora para falar de AM', você ganha em outras coisas, né?. [...] Porque falar assim: 'você me procura das 8 às 17'. Mas, na hora que ela precisa você fala: 'volta amanhã'. Então, o que a gente tinha pactuado lá na unidade é: 'gente, chegou gestante ou puérpera, ou essas mãezinhas que estão com dificuldade de amamentar, me chama'. 'Se eu estiver atendendo alguém, só bate na porta e fala: olha, fulana chegou'. E aí que o vínculo fortalece. Se você começa a colocar barreira: 'ah, hoje não dá', ela nunca mais aparece. O médico vai embora às 13, mas eu ficava até, às vezes, às 17 horas. Então, eu falava: 'se não precisar do médico e puder ser comigo, eu estou até tal hora e você pode me procurar'. Aí que a coisa era mais fortalecida ainda. É quando você se dispõe a ajudar no momento que ela está precisando"* (E8 – ind).

> *"Então, foi dia a dia, nós não fomos no dia que ela chegou, e ela já chegou do hospital com essa dificuldade, com essa fissura e, assim, foram semanas acompanhando ela, todos os dias alguém do grupo, da equipe tava lá. Foi como se adotasse aquela mãe, entendeu?* (E5 – ind)

> *"Olha, quando o bebê chegar, se você precisar de ajuda, dá um alô, liga direto pra gente, a gente combina uma horinha, num precisa ser um dia de atendimento e você vem'. E foi dito e feito, porque ela teve dificuldade: mama flácida, muito grande, mamilo pouco protruso, ela amamentou muito pouco o primeiro bebê e fazia muito tempo. Então, assim, foi um atendimento que realmente você tinha*

que dar o acolhimento do emocional e ajudá-la dar conta do recado. [...] No dia do atendimento, teve que fazer um aparato, preparar o atendimento. Eu sabia que ela vinha, então eu já me preparei mesmo [...] Aí, ela saiu feliz da vida e voltou uma semana depois, o bebê ganhando um monte de peso e ela bem. [...] Mas, assim, ajudou muito, e era um caso fadado a não dar certo, se ela não tivesse próxima". (E3 – ind)

"Mas, tem que haver essa retaguarda, você tem que estar disponível pra mãe, pode ligar de madrugada, domingo, feriado e tem que ter o celular. Aquele indivíduo que não disponibiliza o celular é um fator também de, ela fica também, ela acaba praticando as informações de quem está próximo dela, aonde ela teve acesso. Então, você tem que ter, assim, é um casamento. Tem que ter um pacto pra disponibilidade. [...] Mas, que o resultado é perseverar, perseverar e informar, informar, informar. Tem que estar junto mesmo, o tempo inteiro. A mãe precisa desse ombro". (E1 – ind)

O compromisso profissional aparece vinculado à disponibilidade para estar com aquela mãe. Foram mencionadas nas falas diversas formas que os profissionais demonstram disponibilidade para a ajuda e para a escuta. Disponibilizaram-se indo nas casas, estando na unidade de saúde para atendê-la, até mesmo por telefone. Isto é visto como compromisso do profissional com as mães e seus problemas. Um profissional menciona que a disponibilidade é um *pacto* que se estabelece com essa mãe que se deseja ajudar.

As intervenções para apoiar ao AM exigem maior tempo. As situações em que ocorrem fissura mamilar ou ingurgitamento mamário envolvem um cuidar que ocupa mais tempo, porque implica aspectos técnicos no cuidado com as mamas para avaliação, intervenção, alívio de dor e conforto para a mãe, avaliação da mamada do bebê e o diálogo efetivo com a mãe e familiares.

Os profissionais dizem que persistência e dedicação para apoiar a mãe que amamenta são características vitais, expressada em diversas falas, algumas usando figurativamente a expressão 'trabalho de formiguinha':

"[...] porque a dificuldade foi grande e a gente achou que a gente não ia conseguir ajudar ela a vencer e continuar amamentando. Porque se a gente não fizesse isso, eu acredito que a chance maior de desmame teria sido fulminante. Foi assim a luta, aquele trabalho de formiguinha, indo lá, acompanhado, alguém indo lá para escutar. [...] Nós temos um enfoque muito grande no município como um todo, divulgação e monte de coisa. E eu acho que essa mãe começa ter informação e está devolvendo pra ela a importância, e isso aí contribui com que ela permaneça e continue mesmo no aleitamento materno. Então, eu acho que é

investir, a gente não pode desistir, porque o aleitamento materno é uma coisa, se a gente desiste de investir nele, a gente perde a chance de ter um sucesso maior mesmo'. (E5 – ind)

"Ela estava assim com os ductos tudo bloqueados, então, ela não conseguia. Mas, porque ela saiu de um hospital fazendo compressa quente. Então, ela chegou em um ponto de desespero tão grande que ela queria pegar uma faca e fazer isso. Aí foi aquela história que nós tivemos que trabalhar com ela: 'olha é fácil eu te dar um remédio, vai secar seu leite, só que o seu problema não está ai, ele não vai resolver hoje, você vai continuar sofrendo, vamos dar mais um tempo, vamos tentar'. Aí, foi aquele trabalho, ela foi embora de manhã, nós trabalhamos com ela, ela voltou à tarde e foi, e foi, e fissura junto com ingurgitamento e tudo. Foi uma vitória, nós conseguimos sair dali, mas ela estava ali a ponto de ... Ainda bem que essa caiu ali e nós resolvemos investir nela, ela acreditou na gente, porque se ela caísse em outro lugar que eles resolvem dar uma receita pra ela e enfaixar, ela tinha largado". (E6 – G1)

"Acho que outra coisa que funciona também, é a persistência, quando você encontrar o primeiro obstáculo, você pode passar informação pra essa mãe, se ela, de repente, ela se coloca pra trás, mas aí você volta de novo: 'olha e agora, você está disponível ?' Eu acho que a persistência pra isso acontecer com sucesso, de quem cuida, do profissional, a persistência do cuidador. Porque a mãe querendo, ela tem vontade, mas é que ela fala: 'eu não quero amamentar'. Às vezes, ela não quer amamentar, porque teve um problema na amamentação passada, ou até mesmo nessa, porque o mamilo é plano e acha que o neném não vai pegar, mas a persistência de você ir ali, insistir, às vezes, não sugou no primeiro dia de vida, não sugou no segundo, está quase na alta hospitalar, não sugou, mas, ainda, você não desistir, de estar ali persistente, firme por mais que ela recuse, você vai lá oferece de novo, eu acho que a persistência do cuidador mesmo". (E2 – G1)

"Ela falou assim: 'eu não acredito, ele vai sugar mesmo? você tem certeza?'. Ela chorava. Aí, eu falei: 'não se preocupa, se não sugar agora, vai sugar amanhã'. Eu estou lá com o bebê, fiquei um tempão, coloquei esse bebê pra sugar, sugou um pouquinho melhor, mas ainda não estava bom. Aí, demos leite pra essa bebê, porque esse bebê já tava muito cansado, estressado. Quando eu voltei já bem no final da tarde, coloquei esse nenê pra sugar, aí pus o neném pra sugar de novo, uma gracinha, conseguiu abocanhar e sugou bonitinho. A mãe chorou de novo, e chorava porque a vontade dela era amamentar e já tava quase pra ela ir embora e ela achou que ela não ia conseguir. Nossa, de ver aquelas lágrimas da mãe emocionada porque o neném sugou [...] Também, depois de determinada hora, eu falei assim: 'esse neném tem que sugar, num é possivel'. Eu trabalhei quase uma hora de sucção mesmo de luva, massageando para ele abaixar, massageei as bochechas que eu aprendi [...] Nossa, isso foi bem gratificante, porque a mãe tinha vontade de amamentar e era só uma questão de se dedicar ali, ao bebê mesmo. Porque essa mãe, a vontade dela era grande, ali não precisava investir na mãe, tinha que investir no bebê. Então, esse foi um caso que deu um resultado super legal". (E2 – ind).

"Os poucos casos que você resolve é muito bom, muito gratificante, é um bebê que você ajuda a ter uma vida mais saudável. Vale a pena, não dá pra desistir". (E3 – ind)

Os profissionais trazem uma preocupação que devem tentar tudo o que for possível em relação ao AM, em um processo de adotar as mães e fazer parte do seu cotidiano, visitando-as todos os dias. Esse caminho não é composto por tentativa e erro, mas a ideia é que o profissional tem que ir até o fim para investir mais e buscar o AME, expressando que ele não pode desistir e que tem que ter firmeza para avaliar o que é possível, sem imposições.

Ao ser constante, o apoio ao AM é visto com um caráter de longitudinalidade, investido de persistência e comprometimento da equipe, que precisa apresentar empatia com o sofrimento e as dificuldades da mãe.

O cuidador não deve desistir do outro, é nossa tarefa cuidar do outro. Nesse processo, o desafio é da humanização da assistência que não pode ser equacionada com a necessidade de mais tecnociência ou menos tecnociência, mas sim com um enriquecimento das relações entre fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores dos sujeitos associados à felicidade e aos projetos existenciais de indivíduos e comunidades (AYRES, 2006).

Ao cuidar, os profissionais devem buscar junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, indo além delas, abarcar as escolhas, a negociação do melhor possível, de ir avaliando até que ponto é possível em cada caso, diante dos projetos de vida das pessoas. Assim sendo, pode também ir avaliando as vulnerabilidades programáticas e institucionais, sem provocar aumento das vulnerabilidades individuais e sociais.

A dedicação e investimento de tempo por parte dos profissionais para apoio ao AM implicam em criar **o vínculo com a mãe e família**, como nestes exemplos:

> *"E a mãe, em quem ela vai confiar? vai confiar num profissional de saúde que é a primeira vez que ela está vendo? que ela não tem quase o vínculo? Então, aí ela, às vezes, o peso maior da outra pessoa que faz tempo que está com ela, ou que usou e falou pra ela que foi bom, é diferente. O convencimento da mãe por parte do outro parece que ganha o outro lado. Agora, se é uma mãe que já é, que é uma mãe que mora, que é da comunidade, que tem um vínculo maior com aquele profissional de saúde, eu acho, daí, que a confiança naquele profissional é melhor, ajuda o profissional, ganha a gente um lado [...] porque a gente tem que*

ter o vínculo, né? Com o vínculo, eu acho que o ganho é maior, o convencimento é maior, a confiança da mãe com aquele profissional é diferente". (E5 – ind)

"Apoio é uma coisa constante, mas pra esse apoio ser constante precisa também de uma coisa que a gente chama de vínculo. E aí começa lá no pré-natal na UBS. Então, falta um pouquinho de aproveitar o tempo do pré-natal que é tão maior, pra começar a criar esse vínculo, pra começar as ações ali. Porque, quando se tem o vínculo, elas procuram, elas procuram o apoio, a própria família procura o apoio, porque sabe que ali ela vai encontrar alguma coisa que ajude ou que facilite o processo que ela está vivendo. E eles procuram, ou o ACS, sempre é aquele que tem mais vínculo, ou ela procura o auxiliar de enfermagem do PSF, que é aquele que está mais em contato, ou os poucos que têm grupo de gestante que é a enfermeira que toca, é aquela enfermeira do grupo que eles procuram. Então, o vínculo faz muita ligação com a questão do apoio, pra poder se dar o apoio". (C – G2)

"Acho que o apoio é importantíssimo, é fundamental, mas também acho que esse apoio começa lá no pré-natal, esse vínculo começa lá no pré-natal. E, a partir do momento que essa mãe elege um profissional de saúde pra fazer esse atendimento, pode ser de noite, de dia, então, assim, tanto o profissional se colocou a disposição pra escutar essa mãe, e ela percebeu que isso era verdadeiro, então, esse vínculo começa a se estabelecer, essa confiança começa a se estabelecer". (A – G2)

"O vínculo que você cria é um vínculo bem aberto, mesmo: 'na hora que você tiver dificuldade, eu estou de tal a tal hora, não tem que agendar nada comigo'. [...] Mas, é esse processo de vínculo no puerpério e até depois, você consegue fortalecer durante o período do pré-natal e eu acho que a vantagem de você ser a enfermeira, o médico ou o auxiliar de referência para aquela área, é melhor. Por quê? Porque na hora da dúvida, na verdade, assim: 'oh [...] eu não estou conseguindo'. Acho que mais do que o vínculo, é você estar disponível, né? [...] Então, o vínculo era fortalecido por um lado, sim, e que você fortalecia a partir do momento que você deixava as portas abertas mesmo, da unidade. Daí que era bacana. As coisas aconteciam bem tranquilas". (E8 – ind)

Segundo os profissionais, o vínculo com a mãe que amamenta precisa ser iniciado no pré-natal, para que, no momento da amamentação, a mãe tenha confiança nos profissionais que a atenderam, identifiquem-se, aceitem e procurem auxílio e continuidade da atenção à saúde. Para esses profissionais, o vínculo está intrinsecamente ligado à questão do apoio. Atribuem que se '*o profissional se colocou à disposição pra escutar essa mãe, e ela percebeu que isso era verdadeiro, então, esse vínculo começa a se estabelecer'.* Salientam que, quanto mais precoce for o contato, o vínculo é mais forte e duradouro e o profissional passa a ser uma referência para a pessoa.

O vínculo com serviços de saúde é importante naquilo que as pessoas precisam e se sentem insuficientes para dar conta sozinhas. Não basta disponibilizar as instituições, pois o acesso envolve outros aspectos significativos para a inclusão das pessoas, o tempo de espera, a distância da unidade, os horários de atendimento, a disponibilidade do profissional e estabelecimento de vínculo e confiança.

Estratégias apresentadas pelos profissionais para fortalecimento do vínculo foram: o grupo de gestante, a inclusão da família no pré-natal, o momento da puericultura e agenda especial para a puérpera nutriz.

> *"O grupo estimula o vínculo, é o vinculo da gestante, da família da gestante, da família do bebê, com os profissionais da UBS, e de outra maneira não, ela entra e sai, entra e sai, entra e sai".* (E5 – G1)

> *"É tão interessante isso no grupo, que eu participo de alguns grupos que eu vou voluntariamente, que o pessoal vai lá pra falar de trabalho de parto, de parto e tal. [...] E é engraçado que, às vezes, elas chegam na maternidade, e elas vão lá: "Lembra de mim?".* (E6 – G2)

> *"Os programas de puericultura por adoção hoje, que foi feito o protocolo, ele está um pouco desestruturado. São poucas as unidades que estão adotando, que eu acho que o melhor sistema hoje que se pode pensar em resgate de puericultura. [...] Porque é um momento especial, a mãe sabe o seu nome, a mãe não vai lá e fala assim: 'é aquela', não é a pessoa, é a Maria, é a Ana, então tem uma identificação".* (E3-G1)

> *"Daí, com a nossa médica, também, a gente sempre deixava um espaço na agenda dela para essas questões de dúvidas no aleitamento materno, fissura, alguma coisa assim. Então, a gente nunca deixava assim: 'Ah, tem 16 consultas, é 16 consultas e ponto'. Eu sempre deixava duas [...] Pra quê? Ou é por conta do pré-natal, ou é por conta do AM, ou é o bebê que não suga, o bebê que não dorme. Então, essas duas vagas, durante a semana, eu tentava minimamente garantir. Porque a gente sabia que dúvidas em AM surgem de uma hora para outra, não é igual uma febre que tem um pico aqui, um pico lá, você medica. Não. É uma dor que surge, uma mastite que vai, o bebê que não suga mais e ontem sugou. A gente tentava deixar umas duas vagas durante o dia para a gente tentar contemplar. Tinha semanas que nem aparecia, mas tinha semanas também que a coisa era mais crítica. E a gente, então, tentava dar uma cobertura mínima para esses casos que surgissem".* (E8 – ind)

Também foram citadas experiências com abordagens gradativas com a mulher durante a gestação, principalmente, nas que manifestavam o desejo de não amamentar:

> *"Porque a gente faz o acompanhamento da gestante e, na primeira consulta, eu já perguntava se já tinha experiência ou queria amamentar. Ah, não, não quero. Por quê? Porque não tenho vontade. Aí, essa a gente já passava para o auxiliar, para o ACS e para o clínico: 'essa daqui, toda consulta a gente vai ter que, serão doses homeopáticas de aleitamento materno'. [...] 'Mas, você tem vontade de amamentar?' Então, a gente tentava abordar o aleitamento materno nas visitas domiciliares nossas e nas consultas com o médico, também. Então, minimamente, ele falava alguma coisa de aleitamento materno. E era bom porque os médicos que passaram comigo lá [...], que era o mais antigo, já tinha uma percepção, por quê? Porque a esposa dele já tinha amamentado. Então, ele passava as experiências dele. E quando ele saiu e entrou uma médica recém-formada, ela já tinha uma visão bem bacana da importância do aleitamento materno. Então, pra gente foi um ganho. E a gente tentava. Não conseguia 100%, não tinha perna para tanta gente, mas pelo menos, a gente tentava priorizar essas que não queriam para a gente ver se muda a ideia. Mas assim, era um trabalho que quando dava certo, era muito gratificante para a unidade. E quando chegava no puerpério e falava assim: 'gente, ela tá amamentando', nossa, pra gente era uma vitória. Sempre era uma vitória quando a gente conseguia resgatar alguém para o aleitamento materno".* (E8 – ind)

O fortalecimento do vínculo, para os profissionais, gera confiança, e eles entendem que precisa haver a disponibilidade, que a mãe saiba que pode contar com o serviço de saúde para o atendimento de suas necessidades.

O apoio, visando ao fortalecimento da mulher e de sua família, deve resultar na compreensão de que é uma pessoa com direitos de cidadã e se sinta capacitada para reivindicá-los e usufruí-los.

Para Ayres; Paiva e Franca-Jr (2010) na perspectiva dos direitos humanos,

> lidamos com o indivíduo detentor de direitos de cidadão que, nos seus mundos, nos seus cenários do cotidiano, enfrentam conflitos, valores, e desejos pessoais, construídos através do processo de socialização, acessado por meio de redes sociais, relações familiares e com a comunidade, amizades e o mundo profissional e dependem de definições locais de proteção e satisfação dos seus direitos (AYRES; PAIVA; FRANCA-JR, 2010, p.7).

Para o autor, os profissionais de saúde podem identificar as situações de desvantagem sociais e achar caminhos legítimos para que as mães e familiares possam superá-las.

A partir dos relatos, observou-se que a disponibilidade demonstra compromisso, o que cria um vínculo duradouro. É possível visualizar uma tríade que pode ser determinante para o AM no encontro entre os profissionais de saúde e a mãe que amamenta – a disponibilidade, o compromisso e o vínculo.

É importante atentar para não caminhar para uma redução na compreensão da clientela como sujeitos e cidadãos. Se por um lado podemos propiciar a intervenção técnico-científica necessária à recuperação da saúde, por outro lado abandonamos esse importante aspecto do conhecimento acerca dos sujeitos (RODRIGUES et al., 2000).

Na realidade das instituições de saúde, com a produção dos serviços em larga escala e passando os trabalhos a serem organizados segundo as complexas estruturas das instituições, há uma certa despersonalização nos cuidados prestados. Porém,

> a atenção básica e a unidade básica de saúde são, respectivamente, o modo de prática e o espaço institucional privilegiados para se desenvolver novas modalidades de relação que permitam humanizar a relação instituição-população usuária, por sua própria organização como serviço (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 37).

Para se estabelecer esta nova relação, baseada no vínculo e na confiança, não apenas na atenção básica, mas em todos os níveis de atenção à saúde, no encontro entre mães-crianças-famílias e profissionais de saúde, os relatos destacam que a **postura do profissional com uma abordagem ampla e adequada** torna-se a ponte para o profissional de saúde interagir com as mães, como nestes exemplos:

> *"Essa mãe, ela estava, assim, bem cansada também e o que eu senti? O pessoal falava que a mãe não tinha vontade de amamentar. 'Vai lá, a mãe não quer amamentar'. Aí eu conversei com ela. Ela falou: 'não, é porque está cheio, não consigo, ele mama e faz esse barulhinho. Eles falam que quando faz este barulhinho num está indo leite e eu to cansada, duas noites sem dormir, esse neném chorando, e eles não queriam dar o leitinho'. E agora, hoje, ela falou assim: 'não, porque tem leite, então estou tirando pra dar pra ele, eu estou sem dormir e elas falam que eu não quero amamentar'. A mãe já percebeu: 'não é que não quero amamentar, eu num to conseguindo'. [...]. Então, a ideia, às vezes, de que aquela mãe não quer amamentar. Às vezes, tem outras coisas por trás, né? E, às vezes, a sensibilidade de você enxergar o que está por trás. [...]. O julgar da*

gente é muito ruim, também. Quantas mães que são julgadas que não querem amamentar, mas por que ela não quer amamentar?". (E2 – ind)

"Mas o que a gente sempre trabalhava é: 'não vamos julgar, não vamos julgar'. 'Cada cabeça uma sentença', 'ela optou por isso, então a gente não pode ir lá forçar'. Não pode pegar a criança e botar no peito para sugar e a gente vai ter que respeitar. Porque tem o livre arbítrio. Se ela sabia de todas as vantagens, a desvantagem do leite de vaca. Mas, se ela optou, a gente tem que aceitar, né?". (E8 – ind)

"Depois que eu fiz um curso de aconselhamento, que acho que todos os profissionais deviam fazer. [...]. A gente aborda diferente, aborda as dificuldades, aquilo que você falou, eu tenho meus problemas, então, eu paro de acusar, eu sou profissional, eu sei que ela tem que amamentar, é o melhor, é o ideal, mas vai ter que dar leite de vaca. [...]. A gente direciona assim: 'como você estava, o que está acontecendo'. Então, aquilo que você colocou de vestir a camisa, sim, mas saber lidar, só que, às vezes, é aquela história, o meu preconceito, preconceito que eu tenho atrapalha esse relacionamento". (E3 – G1)

"No serviço, cobrança exagerada. Eu acho que o 'tem que amamentar', 'você tem que', então, ela se sente mal se não amamenta, errado, né? [...]. Por isso que em muitos casos, quando, se você perceber algo já, você tem que sondar: 'o que é que você pensa? você gostaria? tá difícil pra você? o que está acontecendo?'. Aí elas abrem o jogo, se ela não quer, não tem o que fazer. Então, você tem que ajudar quem quer, quem está precisando de ajuda. Então, a gente trata muito, assim, aqui já tivemos casos dela dizer que não quer, não quer, e resolve o problema. Vamos supor da dor: 'oh, eu vou te mostrar, se você definir que vai fazer, tudo bem'. Ela tenta fazer e resolve o problema, aí muda. Às vezes, não queria aquele dia porque estava sofrendo, não quer mais saber: 'não aguento', né? Então, eu acho que é por esse caminho, eu penso que o que faz afastar do serviço é a cobrança, é o medo de chegar lá e ainda levar bronca, porque não conseguiu. Eu acho que é isso". (E3 – ind)

No relato, observa-se que, para os profissionais, a abordagem com a mãe precisa ser, desde seu início, sem julgamento e que ela perceba que não foi rotulada. Ainda, que o profissional está aberto a conversar sobre a decisão tomada e que uma cobrança exagerada pode acabar afastando a mãe dos serviços. É necessário buscar espaços de narrativas para que a mãe, por meio do diálogo com o profissional, exteriorize suas reais preocupações, ansiedades e medos e, dessa forma, vislumbre caminhos para o enfrentamento das dificuldades.

Essa realidade relatada em nada contribui para que o AM se estabeleça. A maneira como o serviço procede se for pautada na cobrança pode criar vulnerabilidades para a mãe, no sentido de afugentá-la diante da perspectiva

de ‘levar bronca’ e, assim, romper uma relação que poderia ter como resultado o AM fluindo mais tranquilamente, mas que as atitudes dos profissionais acabaram por deflagrar a desistência e não a adesão. No entanto, a desistência materna precisa ser compreendida de outra forma pelos profissionais, dando vazão para que a mãe se expresse mais. Todo esse processo pode ser visto como vulnerabilidade programática em que os profissionais de algum modo relatam situações que ampliam as dificuldades para as mães.

Nos relatos a seguir, há preocupações em conhecer mais profundamente as mães:

> *“Para o sucesso da amamentação, você tem que conhecer quem é essa mãe, emocionalmente, psicologicamente. Você tem que conhecer um pouco dessa mãe, principalmente, se ela está com dificuldade de amamentar. Eu acho, assim, nós não temos tempo de ficar conhecendo todas as mães. Mas, eu digo, assim, conhecer aquela mãe que está com dificuldade de amamentar. Aquela mãe que já tem seu segundo ou terceiro filho, que já ouviu, então, tudo bem. Mas, aquela que está com dificuldade, quem é aquela mãe e tudo mais, essa mãe a gente tem que perder, perder não, ganhar, né? É um ganho, você tem que ficar ali com ela, pra saber se nós vamos investir ou se a gente vai respeitar aquela coisa de que ‘eu não quero amamentar’. [...] Você pode até convencer uma mãe que não quer amamentar, mas aí você só vai saber conversando com essa mãe. Não dá pra impor, chega um momento que você fala ‘não, vamos respeitar’. [...] Eu abro a porta, entro no quarto e falo assim: ‘seu neném ta mamando bem? Tá, tchau’. Então, essa mãe se sentiu apoiada? Isso é apoio? Pra mim não seria. Eu acho que o apoio pra essa mãe seria você observar, ‘deixa eu ver’. Não estou falando que sempre não é feito isso. Eu acho que é esse contato mesmo. Eu acho que o discurso é muito bonito, mas você por em prática não é fácil, exige muito gostar. Exige muito olhar mesmo, é você tocar na pessoa e você observar. Não é só ouvir dela: ‘tá mamando bem?’. [...] Daí, você muda a estratégia, você começa a olhar, você vai ver que quando você chegar, cinquenta por cento tá mamando bem e os outros cinquenta, não. Aí o que é que vai acontecer com esses cinquenta? Vinte e cinco vai ter fissura na hora que sair daqui, porque já ta ficando com aquele mamilo avermelhado, porque aquele bebê continua pegando mal. Às vezes, não vai fissurar, não vai acontecer nada ali, mais lá no posto vai chegar esse bebê. Então, esse jeito de trabalhar faz a diferença, também”.* (E2 – ind)

> *“Primeiramente escutar aquela mãe, assistir verdadeiramente aquela mãe. Porque o que acontece hoje, quando aquela mãe vem com o bebê, o auge é em cima do bebê. Então, você dá toda aquela ênfase no bebê, e orienta, e fala, e aquela mãe, na verdade, vai ali ficando meio, fica solta. Então, às vezes, eu acho que o enfoque tem que começar a mudar. A gente se preocupa tanto com o bebê, e falar, e orientar e perguntar o que é que está dando. Mas, em que momento que a gente está dando oportunidade pra aquela mãe, em saber dela, se ela está com dificuldade, como é que ela está, se está bom pra ela amamentar ou não, ou se ela não está amamentando. Quantas vezes a gente vai ouvir porque que a mãe*

> *não está amamentando? Às vezes, nós, enquanto profissionais de saúde, acabamos julgando, querendo ou não, se não, obrigando aquela mãe a dizer. [...].'você tem que amamentar'. Então, acho que falta oportunidade de mudar um pouco de enfoque, a maneira da gente atender aquela mãe e o bebê juntos, né? Começar a direcionar mesmo para a mãe".* (E5 – ind)

Vários aspectos importantes foram considerados pelos profissionais como integrantes do apoio à mãe que amamenta. A escuta é retratada como um alerta, com um enfoque voltado para a mãe e suas necessidades e não apenas para o bebê. Há também o compromisso com uma assistência verdadeira, em escutar a mãe, saber conversar com ela, observar e apreender o que ela deseja. A abordagem adequada passa pelo conhecimento da história da mãe e suas razões para tomar as decisões que precisa e obter apoio.

Para esses profissionais, a escuta passa pelo olhar atento para observar e conversar sobre o que realmente está acontecendo e pelo auxílio no enfrentamento de possíveis problemas da amamentação que podem impedir de prosseguir e sentir prazer nessa prática.

Ayres (2007) chama a atenção para a importância da comunicação não verbal no encontro cuidador:

> Basta lembrar a força do olhar. Quando olhamos para alguém que busca nossos cuidados, não interessados apenas em enxergar regularidades morfo-funcionais - coloração da pele e mucosas, características da marcha, ritmo respiratório, etc. - muito nos pode ser dito. Quantos de nós, profissionais de saúde, já não tivemos a experiência de ouvir alguma coisa de um usuário, mas, ao olhar para ele, perceber que ele está dizendo outra coisa bem diferente?! Da mesma forma o nosso modo de tocar, nossa postura corporal, nosso gestual, as atitudes de responsabilidade, acolhimento e compromisso que demonstramos com nossas ações, o ambiente onde nos encontramos, todos esses aspectos devem ser lembrados quando se trata de potencializar o diálogo no encontro cuidador (AYRES, 2007, p. 58-59)

A **comunicação efetiva entre os sujeitos** é destacada para mobilizar mudanças:

> *"Eu tenho muito pra aprender, aprender todo dia. Eu falo, assim, que cada dia é uma coisinha nova que a gente vai aprendendo, vai aprendendo com as próprias pessoas, no conversar mesmo. Eu mudei tanto, depois que eu vim pra cá, no meu trabalho mesmo. Eu acho, assim, que eu era diferente para educar, para repassar*

a informação. Eu acho que eu era um gravador (risadas). Hoje já não, eu acho que já se tornou mais a troca mesmo, né? Só o ouvir, só ouvir, ouvir, ouvir, eu mesmo me pego nessa. Quando eu vou conversar com alguém, a gente fica ali naquela troca de informação. É diferente quando você vai numa palestra e você ouve, ouve, ouve, de quando você interage, você aproveita mais. Eu acho que a mãe se sente mais valorizada. Tanto é que meu trabalho poderia fazer uma palestra ali na recepção pra todo mundo junto. Ah, mais num faço, num faço, porque eu não vou ter o mesmo resultado. [...] O pessoal fala: 'você não se cansa de repetir?' Porque eu não falo a mesma coisa, entendeu? Eu converso. Então, trocando idéias, no conversar, não fica cansativo, porque é uma troca de informações mesmo. Então, não fico lá repetindo, não tenho um texto pronto. Então, eu acho assim, que quando a gente ouve essa mãe, você conhece um pouco essa mãe. Então, esse apoio, ele é, assim, a mãe aproveita as informações que ela tem daquele que está ajudando. Eu acho que nós temos que conhecer melhor, olhar melhor essa mãe, com um olhar de ajuda, porque passar as informações que a gente sabe para a mãe, não chega até ela, não alcança. Então, eu acho que essa ajuda ela vem da dedicação do profissional mesmo. Então, eu acho que é uma coisa ali mais íntima com a mãe, é dedicação mesmo de quem está apoiando. Então, eu acho que essa troca aí, desse entendimento de quem está ali ajudando, ela já se sente, assim, ela já relaxa, porque ela fala: 'oh, chegou até aonde eu quero falar'. E, às vezes, quando você vai falando pra ela tudo o que tem que ser, 'olha, tem que ser assim'. Então, ela já se sente ali sufocada: 'nossa, não é nada disso que eu pensava'. Porque tem mãe que quando eu sento pra conversar no quarto ela fala isso: 'até agora vieram aqui e falaram isso, isso e isso, eu comecei a chorar, porque me deu desespero, porque eu tenho medo de amamentar'. Então, eu percebo que essa troca de ouvir a mãe é importante. Ainda tem muito: 'ah, apoiar'. Mas apoiar o quê? Ficar ali com ela, ajudando. Então, o êxito que eu tenho da amamentação é esse: de sentar com a mãe, ouvir o que ela tem pra falar, conversar mesmo, por o nenê pra sugar e respeitar também se ela não quiser amamentar. Cheguei a conclusão de que, se essa mãe não quer amamentar, olha, eu respeito, eu respeito". (E2 – ind).

Há percepção de que apenas transmissão de informações não caracteriza uma boa assistência e que a arte de passar uma mensagem deve ser precedida do envolvimento profissional para ouvir as pessoas e conhecê-las. A riqueza, segundo esse profissional, está na troca que somente pode acontecer se houver conversa e abertura para o diálogo. Para isso, é de extrema importância uma comunicação contextualizada, relacionada à realidade de cada um, individualmente, que seja significativa e com conhecimento pertinente.

Para Monteiro, Gomes e Nakano (2006, p.149) "aos profissionais de saúde cabe o acolhimento a estas mulheres, a compreensão do seu modo de vida e o respeito às suas opiniões, para assim, apoiá-la nas decisões referentes ao processo de amamentação".

Em alguns momentos, as dúvidas podem parecer óbvias, mas todos os elementos da linguagem são importantes para a construção do cuidado em saúde. A dúvida ou uma pergunta, qualquer que seja ela, abre possibilidades ao diálogo.

Pensar na saúde das pessoas enquanto cuidados de rotina e eventuais é pensar entre o esperado e o inesperado, entre a ordem e a desordem. Dessa forma, é preciso refletir que a saúde tem mistérios e lugares ocultos. Gadamer (1993, p. 124) aborda que:

> Não é estranho que a saúde se oculte de uma maneira tão peculiar? Talvez se deva afirmar que, como indivíduos saudáveis, somos permanentemente sustentados por um estrato mais profundo do nosso inconsciente, por uma espécie de bem-estar. Mas também este surge como oculto. Será o "bem-estar" realmente algo ou, em definitivo, não passará da ausência de dores e do mal-estar? Poderá imaginar-se um estado de permanente bem estar?

Para o autor, ao pretendermos impor a um indivíduo conselhos e costumes ordenados e valores padronizados, estamos conseguindo adoecê-lo. No entanto, afirma:

> Se a saúde não pode medir-se é, na realidade, porque se trata de um estado de conveniência interna e concordância consigo mesmo, que não pode submeter-se a outro tipo de controle. Por isso, tem sentido perguntar ao paciente se se sente doente (GADAMER, 1993, p.105).

O autor discute que o tratar implica cuidados, sensibilidade, percepção de tensões, e não consiste em cumprir uma norma ou seguir uma regra, mas sim falar ao outro de bom modo, não o forçar, não o incomodar com algo, não o obrigar a aceitar algo, não desconhecer o outro no seu ser-diferente. Ainda, coloca a importância da orientação para que o outro saiba encontrar o seu próprio caminho e que o tratamento implica liberdade de decisão. Para Gadamer (1993), a saúde se encontra em um horizonte de ameaças e o cuidado da saúde é regido por experiências.

O cotidiano dos serviços de saúde, entre o esperado e o inesperado que ocorre com a saúde da mulher e da criança, necessitam de um lidar

com a capacidade de preocupação e de inquietação da mãe, com a imprevisibilidade e com a espontaneidade, e, sobretudo, com as experiências e valores das pessoas.

Ayres (2010b) traz à reflexão que cuidar é fazer projetos. As pessoas têm projetos para sua felicidade e a parte dos projetos delas dirigida à saúde implica diretamente aos profissionais de saúde. A mãe, ao ser assistida nos serviços de saúde, tem um projeto de vida e cabe ao profissional procurar conhecer, descobrir, na interação, se a amamentação faz parte desse projeto ou, quem sabe, interferiu em um outro que agora precisa ser reconstruído frente à nova realidade. O profissional de saúde poderá participar dessa reconstrução, se for considerado pela mulher/família um parceiro e não um cobrador incansável de um comportamento estabelecido socialmente e esperado, pelos profissionais, como prática de saúde desejada.

Discorrendo sobre a ideia de *projetos de felicidade*, Ayres (2007) argumenta que a felicidade é um valor construído com base em experiências concretas e fundamentais para a vida humana, implica também conviver com infelicidades, ou seja, com interesses negados, frustrações, obstáculos, limites, dores e angústias. Diferente do que conhecemos por traçar tarefas para atingir algum objetivo, o *projeto de felicidade* se refere à

> totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações. Por isso mesmo, os projetos de felicidade constituem a referência para a construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou na sua avaliação (Ayres, 2007, p. 54-55).

Para essa reflexão, cabe lembrar o conceito de fusão de horizontes, a partir de uma abordagem hermenêutica, discutido por Ayres (2007, p.58) como “a produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido”. Para o autor, não se trata de ouvir o que *considero relevante* saber, mas o que a pessoa que busca nosso cuidado considera ser indispensável. Para Ayres (2007), essa busca de fusão de horizontes pode ocorrer por meio de perguntas simples, mas

que demonstram interesse verdadeiro no que o outro tem a dizer e a prontidão desarmada para escutar o que for dito:

> O que você acha que você tem?" ou "O que você pensa que pode ser feito por você?" por exemplo, podem ser um excelente dispositivo para desencadear a fusão de horizontes entre profissionais e usuários, porquanto permitirá aproximar as racionalidades práticas e instrumentais de que se vai precisar dispor para realizar o encontro cuidador (AYRES, 2007, p.58).

Na fusão com o outro, podemos apreender sua visão de mundo, suas experiências e os significados delas, sendo extremamente importante a construção de uma prática de cuidado em saúde que integre os saberes técnicos e práticos.

No encontro com a mulher, a criança e sua família podemos estar convictos de que 100% das crianças precisam ser amamentadas, como observamos nos discursos dos profissionais da saúde, baseados nas evidências científicas sobre os benefícios do AM. Também nos sentimos responsáveis pelo cuidado da criança. Porém, entre nosso desejo e a criança, tem a mãe e, para ajudá-la a incluir a amamentação no seu projeto, precisamos da interação, de estabelecer diálogos, conversar e descobrir qual está sendo seu projeto de vida naquele contexto e momento e o que a experiência da maternidade está significando para ela. Dessa forma, poderemos descobrir possibilidades de compartilhar o projeto da mãe com as aspirações do profissional, possibilitando uma maior chance da criança usufruir do benefício da amamentação.

Quando se permite a reflexão e negociação sobre os objetivos e as ações de saúde a serem desenvolvidas, sem a determinação absoluta e previamente estabelecida de onde e como chegar, é aí que se configura "o norte político e as tarefas práticas de uma reconstrução das ações de saúde quando se tem o Cuidado como horizonte" (AYRES, 2004, p.87).

Para Ayres (2007), o objeto, nesse encontro, é o que se constrói entre os sujeitos que participam dele. Para o autor,

> Portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/populações constituem-se como sujeitos das ações de saúde, pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro (AYRES, 2007, p.53).

Dependendo da situação, a amamentação pode ser uma agressão para a pessoa, prejudicar o vínculo mãe-filho, causar uma série de perturbações que quebra o sentido mais forte do incentivo ao AM, que é colocar as técnicas a serviço da construção dos projetos de felicidade. Há um conhecimento, uma série de evidências do valor do AM para a saúde infantil e materna, mas a que preço? De que modo? Tudo isso está para ser construído com a mulher (AYRES, 2010a).

Tornquist (2003) concluiu em seu trabalho com puérperas que boa parte das mulheres observadas compartilhava do ideal da amamentação e concordava com as iniciativas da instituição. Porém, nem sempre seu desejo resultava em uma experiência bem-sucedida ou prazerosa, pois enfrentavam problemas na amamentação que se transformavam em verdadeiros dramas pessoais (TORNQUIST, 2003).

Nas falas dos profissionais observamos um desejo de atingir o êxito do encontro entre o profissional e a mãe que amamenta. Porém, baseados no que foi apontado anteriormente, chegamos a um ponto de inquietação: o que seria, então, um atendimento bem sucedido envolvendo as questões do AM? Quando poderíamos considerar que houve êxito? Assim, cabe retomar os conceitos de êxito técnico e sucesso prático.

Ayres (2007) define como êxito técnico “relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina”, e como sucesso prático “o sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações” (AYRES, 2007, p. 54).

Cuidar da saúde das crianças, mulheres e suas famílias passa pelas competências e tarefas técnicas, no entanto, não se pode restringir à busca

do êxito técnico. Em geral, os profissionais de saúde estão preocupados com boas práticas de saúde por meio das técnicas, ou seja, com o alcance de bons resultados técnicos. Obter bons resultados é essencial, mas é necessário ultrapassar a busca do êxito técnico, e junto imprimir atitudes compreensivas no processo de cuidar, caminhando para a construção de novos entendimentos das situações que as famílias enfrentam. Implica dar mais vazão a uma totalidade compreensiva que busca dar sentido às demandas levadas por mães, famílias e crianças aos profissionais e serviços de saúde.

Ayres (2010b) alerta que ao privilegiar a técnica, podem ser perdidas as capacidades humanas, pois as dimensões do cuidado são tanto técnicas quanto afetivas e racionais. O cuidado, nessa perspectiva, precisa resgatar aspectos da relação intersubjetiva, buscando desenvolver práticas de saúde de melhor qualidade, de maior eficácia e com sentido humanístico mais profundo (AYRES, 2010b).

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) corroboram essa questão de que a dimensão subjetiva das práticas de saúde deve fazer parte das inovações tecnológicas, revalorizando as relações interpessoais, atribuindo o sentido humano das profissões em saúde. Os autores complementam:

> Isto equivale a se contrapor à visão predominante de uma cisão necessária entre o que é técnico-científico e o que é humano nas ações técnicas, quer pelo conhecimento dos limites da primeira dimensão, quer pelo conhecimento dos espaços efetivos da segunda, no interior das intervenções e da produção dos serviços (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 34).

Na perspectiva da vulnerabilidade programática, o serviço promove vulnerabilidade ou deixa de reduzir vulnerabilidade quando ele não escuta efetivamente o que o outro tem para dizer, quando o profissional tem uma mensagem para *passar* para o outro, quando é incapaz de perceber diferentes oportunidades de criar diálogo, quando o atendimento de demanda colocado não deixa espaço para mais nada que ele enxergue como conversa importante na atenção primária. Também há momentos, nas falas dos profissionais, que

demonstraram uma percepção de que o êxito não estaria apenas no estabelecimento da amamentação, mas em se atingir o resultado que promove a saúde na perspectiva de quem foi atendido e não, exclusivamente, na perspectiva do profissional.

O processo de amamentar deve estar inserido em uma perspectiva de cuidado integrador, não deve ser visto e tratado separadamente, para que não fique descolado da saúde integral da mulher e da criança e sua família.

6 Considerações Finais

Neste estudo, os resultados quantitativos e qualitativos sobre AM retratam a complexidade do cuidado em saúde da mulher e da criança no contexto dos serviços de saúde, possibilitando uma aproximação do cotidiano da assistência e das estratégias e decisões adotadas.

O município de Londrina-PR tem sido palco de diversas iniciativas em relação ao AM e possui um grupo de profissionais atuantes desde os anos de 1970, estando em sintonia e, às vezes, na vanguarda das propostas para a promoção do AM.

A parte da pesquisa referente ao estudo da prevalência de AME e AM no município e os fatores associados a essa prática ou ausência dela trouxe importantes elementos quanto ao perfil epidemiológico de mulheres e da alimentação das crianças. Esses resultados apontaram que, em Londrina, é relevante formular iniciativas para melhorar o apoio oferecido à mãe trabalhadora, à adolescente, com menor escolaridade e com o primeiro filho, assim como a adoção de estratégias para discussão sobre o uso de chupetas e mamadeiras. Tais aspectos, embasados em evidências científicas, apontam para uma associação com o desmame, principalmente na fase inicial da amamentação.

O estudo quantitativo da prevalência e de fatores associados ao AM no município foi apresentado aos profissionais do Comitê de Aleitamento Materno, sendo o ponto de partida para reflexão sobre as práticas locais de AM, configurando a parte qualitativa do estudo.

O contato com os indicadores de AM do município de Londrina foi considerado pelos profissionais como uma aproximação importante que permitiu reflexão sobre as ações desenvolvidas, motivação para continuar a promover o AM nos serviços de saúde, reconhecimento do resultado de suas ações nos índices e das capacidades dos serviços, e o envolvimento com as ações em prol do AM. No entanto, gostariam de resultados melhores quando focam, particularmente, na porcentagem do AME. Há preocupação e desejo de que 100% das crianças menores de seis meses sejam amamentadas exclusivamente pela mãe.

Os profissionais mencionam que a promoção e apoio ao AM não se baseia apenas em boas políticas e programas ou em ações isoladas dos profissionais, apontam que o aumento dos índices de AM é fruto da motivação pessoal, da intersetorialidade e da ação conjunta dos profissionais responsáveis por cada uma das dimensões da prática, individuais, sociais e programáticas.

A respeito do cotidiano da assistência nas questões do AM, os resultados se traduzem em fortalezas e fragilidades voltadas para a atenção básica de saúde, para outros serviços de saúde do município e para a atuação multiprofissional, a partir das falas dos profissionais de saúde com suas experiências nos cenários onde as práticas ocorrem.

Do ponto de vista das fortalezas, a atenção básica é tomada como porta de entrada no sistema de saúde local, com destaque para a importância do seu fortalecimento; a ESF permite conhecer a realidade da cada família com ampliação dos vínculos e redução de oportunidades perdidas, mas há necessidade de repensar a atuação profissional junto às famílias; o ACS é visto como parceiro e elo entre a equipe e as famílias e com um papel expressivo para incremento do AM; a visita domiciliária é abordada como apoio e intervenção precoce no AM; a consulta de enfermagem e a assistência em puericultura são vistas como estratégias para continuidade da atenção ao bebê e mãe; e o trabalho em equipe para fortalecer ações na atenção básica de saúde.

Olhar para as fortalezas, repensar o cotidiano das práticas de saúde, conhecer os contextos dos serviços de saúde e, sobretudo, as particularidades das pessoas assistidas, permite oferecer à população serviços de saúde com qualidade e trabalhar com a redução de vulnerabilidades.

Do ponto de vista das fragilidades, o incentivo e orientação sobre o AM no pré-natal não está presente com regularidade; o seguimento da saúde da mãe e da criança após a alta está organizado de forma fragmentada; o encaminhamento de questões sobre AM para outros serviços de saúde a partir da atenção básica está desarticulado; há pouca resolutividade, falta de recursos humanos e cobrança dos gestores centrada na produtividade de ações; nos

serviços hospitalares são mencionados o excesso de tarefas a serem cumpridas e as altas taxas de cesáreas, particularmente em hospitais privados; dificuldades para o manejo da sucção do bebê na primeira hora de vida; oferta de complementação láctea independente de parâmetros clínicos; enfraquecimento da IHAC; descontinuidade da assistência; dificuldade para as questões de AM que aparecem no pronto-atendimento infantil; diferentes cenários de atendimento à nutriz relacionada à prática e envolvimento profissional; e falta de capacitação profissional interferindo na prática do AM.

Os aspectos apontados pelos profissionais remetem à situações frágeis de atenção à saúde na questão do AM. Em cada fragilidade levantada estão envolvidos aspectos da vulnerabilidade programática, demonstrando que, de maneira significativa, os serviços têm um movimento que acaba criando situações que trazem dificuldades ou insucesso na prática do AM.

Na questão sobre as informações acerca do AM, há uma forte crença de que a orientação tem um papel vital na determinação do comportamento da mãe e que a tarefa dos profissionais é fazer a informação ser transmitida precocemente no pré-natal, antes do nascimento da criança, em diferentes momentos e cenários. Os profissionais afirmam que as informações sobre AM existem e estão presentes, mas de algum modo é preciso melhorar.

Os serviços de saúde têm criado situações que reforçam vulnerabilidades, quando não estão estruturados para que a informação chegue a gestante, mãe, nutriz e família, ou quando em momentos que ocorre a informação e orientação, não são realizados na perspectiva de forma efetiva, com troca e valorização dos saberes da pessoa. Tornam-se situações vulneráveis porque se restringem aos momentos de repasse exaustivo de conteúdos sobre AM.

Os profissionais de saúde também manifestaram preocupação com as decisões sobre amamentar ou não amamentar. Houve certo incomodo deles em relação ao fato da mãe expressar verbalmente que não quer amamentar. Eles entendem que é importante insistir, mas há situações em que a insistência não resulta na adesão ao AM. O profissional se vê impotente frente à decisão da mãe e

se sente inábil para atuar nessa relação. Há uma tendência a tomar a provável decisão da mãe por não amamentar como fato consumado e que traz sentimentos de desmotivação para revitalizar o diálogo, para um diálogo que objetive compreender as razões e sentimentos que levaram a mãe àquela decisão e para levantar com a mãe que se coloca 'supostamente decidida', as alternativas possíveis para aquela situação.

A adesão ao AM e os julgamentos dos profissionais sobre tal situação se forem baseados na obrigatoriedade de efetivar o AM, podem criar um afastamento das mães e famílias dos serviços de saúde. Assim, a prática do AM estará se sustentando por trás de situações autoritárias, descolada dos contextos familiares, individuais e sociais.

As práticas de saúde, assim como a defesa do AM, precisam ser constantemente revisadas e avaliadas, não somente pela vertente dos indicadores e da adesão ao aleitamento, mas o quanto é possível de autonomia em relação ao AM e se as pessoas, de fato, têm condições de tomar suas decisões e alcançam o apoio que necessitam.

Os profissionais descrevem o que é apoiar o AM, elegendo os seguintes elementos do apoio ao AM: o desejo da mãe de amamentar, o compromisso da equipe, o vínculo, a disponibilidade de tempo, a persistência da equipe, o espaço de escuta, a ajuda contextualizada, a inclusão da família, o manejo técnico atualizado, e a satisfação de todos os envolvidos.

De acordo com os resultados, o desejo de amamentar é uma resultante de diversos fatores e não simplesmente da vontade individual, manifestada no comportamento de amamentar ou não amamentar. A decisão é, ao mesmo tempo, ponto de partida e ponto de chegada, e pode refletir como a assistência foi conduzida pelos profissionais e instituições.

Refletir com responsabilidade sobre a meta dos 100% de AM e AME, proposta pelos órgãos nacionais e internacionais que lidam com a saúde da criança, parece algo que tem, por vezes, e paradoxalmente, impedido uma melhor ascensão dos índices. No afã de atingir altos índices, erros do passado têm sido

repetidos e há convivência com problemas e limitações nos serviços de saúde e na postura dos profissionais, apontados por muitos pesquisadores nessas últimas décadas.

A frustração dos profissionais diante da mãe que decide não amamentar em nada ajuda o objetivo de aumentar os índices de AM, pois tende a produzir um estigma em direção à mãe que não amamenta com se ela fosse uma 'má mãe'. Em geral, o conceito de 'boa mãe' é atribuído àquela que abre mão de todos seus valores e necessidades para fazer o que é tido como 'certo'. O conhecimento pleno da riqueza do AM para o bebê, mãe, família e sociedade não pode deixar de olhar que cada um deve ser protagonista de sua vida e que todas as possibilidades devem ser exploradas no encontro do profissional com a mãe que amamenta para que ela decida, frente as condições de vida e por meio da ajuda que temos a oferecer para que ela supere as barreiras impostas, em um processo compartilhado. No encontro cuidador verdadeiro, o que se deve levar em consideração é: amamentar naquele momento é a melhor prática a ser exercida? Se o direito do bebê de ser amamentado não pode ser violado, quantos outros direitos estão sendo violados para que esse ocorra? A mulher tem acesso a um serviço de saúde de qualidade para o apoio frente as dificuldades do processo de amamentação (de ordem técnica e emocional)? A sociedade a apóia, entendendo a distribuição justa das funções a ela atribuída no papel de mãe, esposa, dona de casa, entre outros? Estão sendo dadas as condições para um retorno ao trabalho após os seis meses de vida do bebê, mantendo a amamentação, para que ela se sinta apoiada em seus direitos de mulher-nutriz e perceba que a sociedade está empenhada, junto com ela, para que seu filho receba o alimento mais adequado ao seu crescimento e desenvolvimento?

Ao considerar a decisão da mãe, é preciso refletir sobre o que poderia ser feito e se tudo que ela precisava de subsídio para tomar sua decisão foi respeitosamente oferecido. Essa tranqüilidade de que no serviço de saúde, no atendimento ofertado a ela recebeu o que precisava para decidir pela amamentação ou não, é o que nos impulsionará à próxima assistência, e a seguinte, e assim por diante. O não aleitamento quando encarado como frustração,

pode trazer prejuízos aos próprios profissionais, assim como para a mãe e família, pois as motivações, a confiança no trabalho, a vontade de desistir, de julgar indevidamente e do esforço despendido parecem não ter valido à pena.

Isto é uma fragilidade do serviço que tem colocado a mulher em situação de vulnerabilidade, pois o mesmo não está preparado para dar a ela o acesso a tudo que for necessário para decidir sobre o AM de seu filho. A desistência da mulher em amamentar, devido à falta do apoio às suas dificuldades na amamentação é uma forma do serviço criar vulnerabilidades à mãe, agregando essas às suas próprias vulnerabilidades individuais e sociais, atribuídas ao contexto em que vive.

Algumas estratégias foram apontadas pelos profissionais para melhora das fragilidades vividas nos serviços de saúde, resumidas a seguir:

❒ Educação permanente — capacitações e atualizações

O manejo do AM, tanto na questão técnica quanto de abordagem para compreensão das vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais, imprime a necessidade da educação permanente para que os processos iniciados e implantados tenham continuidade, reflexão e inovação.

❒ Nas UBS

Efetivação da Rede Amamenta Brasil em Londrina: o fortalecimento da Rede Amamenta em Londrina contribui tanto para a capacitação como para o acompanhamento das UBS no que tange as práticas de incentivo e apoio ao AM. Com a formação de mais tutores, em 2010, e a retomada da propagação da rede no município, poderão constituir pessoas-chave para estimularem a UBS a atingir as metas propostas pela equipe na oficina de trabalho da Rede e monitorar a evolução dos indicadores da prática de AM no município. A presente pesquisa aponta que as demandas do dia a dia da unidade trazem para a equipe inúmeras tarefas, dificultando a incorporação das questões do AM. Por isso, é importante que

haja um reforço para ter o tutor, intencionalmente imbuído, apadrinhando a UBS e auxiliando as equipes a vencerem as barreiras impostas aos serviços, tentando amenizar, junto com a equipe, os fatores que impossibilitam o comprometimento dos profissionais com o apoio às mulheres na prática do AM.

Também o credenciamento da unidade como participante da Rede Amamenta Brasil será um estímulo para que as mesmas continuem se dedicando às questões do AM. Com isso, espera-se que o importante elo entre hospital, outras instituições e a rede básica, apontado nas falas como uma fragilidade a ser combatida, possa ser fortalecido para a continuidade da assistência às mães, bebês e famílias.

A propagação da Rede Amamenta Brasil é uma estratégia que conta com o apoio das instâncias governamentais, que além do compromisso individual, a equipe sente necessidade do apoio dos gestores para que as atividades propostas tenham a estrutura adequada para serem implantadas e implementadas. Portanto, os gestores locais de saúde podem contar com o apoio estadual e federal para a concretização dessa estratégia.

Há um momento político propício ao fortalecimento dessa estratégia na atenção básica de saúde, visto que os gestores estão sensibilizados e com desejo de que isso se torne realidade nos municípios brasileiros, pois entendem a importância do AM e seu impacto na redução da mortalidade infantil, meta estabelecida nos Objetivos do Milênio e referendada nos Pactos Nacionais para ser atingida até 2015.

❒ Reorganização do processo de trabalho na atenção primária

Reorganização e otimização das ações programáticas da área da Saúde da Criança, com enfoque na assistência em puericultura, imunização, Bolsa Família, Programa do Leite, SISVAM, entre outros com o objetivo de integração e melhora da assistência. Todas essas ações geram atendimento na unidade e no domicílio, ações, intervenções, coleta de dados pertinentes a cada uma delas e relatórios. Por exemplo, o governo federal está propondo que o SISVAM WEB seja

utilizado também para monitoramento dos indicadores de AM, já que a informação sobre alimentação foi coletada pelos ACS no domicílio, gerando relatórios que alimentarão o SISVAM.

Estabelecimento de fluxograma de atendimento à mulher, à gestante, à puérpera e nutriz nas unidades. Os profissionais referiram diversas dificuldades geradas pela falta de uma linha de cuidado na unidade, específica para as questões do AM. Há necessidade da mulher ter um direcionamento dentro da unidade, para ter suas questões de AM atendidas. Referem que é perceptível como a nutriz fica *perdida* na UBS, entre as outras tantas demandas que requerem atenção dos profissionais, acabando por não receber a devida atenção em sua necessidade e, muitas vezes, resultando na opção pelo desmame.

A abordagem no pré-natal pode ser uma rica oportunidade de abordar o AM e projetos de vida e de saúde. O momento da visita domiciliária realizada pelo ACS, no contato mensal com a gestante e sua família, e o fato de estar no domicílio da pessoa e ir gradativamente conversando sobre AM, pode ampliar a compreensão e aproximar dos desejos e projetos de vida e de saúde. A Rede Amamenta é um espaço para capacitá-lo melhor para essa prática. A consulta de enfermagem no pré-natal com o enfermeiro também é outro espaço rico. È importante o estabelecimento de protocolo sobre consultas de pré-natal e uma abordagem ampliada sobre Cuidado, que além da consulta inicial, poderá ter mais oportunidades de dialogar gradativamente e profundamente com a gestante. Os grupos de gestantes são considerados pelos profissionais como de grande valia para o incentivo do AM e preparo da mulher para o parto, pós-parto e a amamentação, mas as dificuldades de sua realização devem ser elencadas e trabalhadas efetivamente.

Da mesma forma, os grupos de apoio à amamentação, com retorno das mães até por volta dos seis meses após o nascimento do bebê, pode ser rico e estar mais próximo à realidade delas, estimulando seu interesse para o tema e estando junto para o enfrentamento de problemas. O espaço de convivência entre gestantes e puérperas pode construir um diálogo que o profissional desconhece e gerar encontros efetivos. O retorno da puérpera nos grupos também pode fornecer

informações que possam retroalimentar os hospitais, os serviços de pré-natal, ambulatórios e consultórios privados, a exemplo do que ocorre com as informações sobre infecções puerperais que são passadas para as maternidades.

As práticas educativas para as gestantes e mães devem adotar uma outra abordagem, onde haja troca bilateral dos saberes e que se abandone o privilégio de uma informação meramente técnica, transmitida a partir somente do profissional, de forma unilateral. As estratégias que partam dos saberes e experiências das pessoas às quais se dirigem nossas ações possibilitam a apropriação de um conhecimento que faça sentido e que mobilize para alternativas práticas e seja enriquecedora para superar as situações vulneráveis.

O levantamento das necessidades de saúde e das situações de vulnerabilidade individual e social de cada gestante ou nos grupos de gestante é importante, não somente pautado em perfis epidemiológicos, mas na compreensão do contexto de vida de cada mulher e família. Por exemplo, não considerar a gestante somente como risco para desmame apenas por ser adolescente, mas analisar o contexto daquela gestação para aquela mãe e família e perceber se, para aquelas pessoas, a adolescência é, de fato, uma situação de vulnerabilidade nas questões do desmame e da maternidade. Conhecer os sujeitos que cuidamos auxilia no planejamento das ações e nas intervenções mais adequadas, no pré-natal, antes do nascimento do bebê e na continuidade da assistência à mãe, criança e família.

❒ Hospitais e ambulatórios

Nos hospitais em que já existe o credenciamento como IHAC é importante levantar os funcionários novos que não foram capacitados e envolvê-los em novas capacitações sobre o AM. Para os funcionários que já fazem parte do processo, realizar reciclagens. Porém, sugerimos que esses cursos, já bem estabelecidos na IHAC, sejam feitos em outros moldes, baseados na pedagogia crítico-reflexiva, para que o profissional seja parte ativa no seu processo de aprendizagem, valorizar seu conhecimento prévio e vivências e, principalmente,

que se comprometa com as estratégias propostas, o que tornará mais efetivo se sentir parte da formulação de pactos.

Os postos de coleta de leite humano nos hospitais têm os objetivos de atender as mães em suas necessidades individuais (ingurgitamento, dificuldade de pega, fissura, entre outras situações); e ter leite humano para complementação dos bebês hospitalizados (para não precisar dar o leite industrializado para a criança supostamente alérgica não ter contato com a proteína do leite de vaca), além de ser importante um trabalho integrado com os outros serviços.

❒ Referência e contra-referência

Nas práticas de incentivo, manejo e apoio ao AM, as ações de referência e contra-referência podem ser incrementadas, sendo de extrema importância o intercâmbio de informações pertinentes entre as instituições de saúde e outros setores sociais, para um bom fluxo e dinâmica da assistência, assim como para contribuir para a redução de vulnerabilidades, particularmente na dimensão programática. Os profissionais das maternidades, das equipes da ESF, de ambulatórios especializados, consultórios particulares, entre outros, podem estabelecer mecanismos de comunicação escrita de forma criativa e efetiva, buscando a melhora da assistência à gestante, mãe, nutriz, criança e família.

❒ Integralidade do cuidado

A responsabilização de toda equipe, integração entre o trabalho de vários profissionais, envolvimento e compromisso para o atendimento às gestantes, mães crianças e famílias pode contribuir para a construção da integralidade do cuidado em saúde. As fragilidades dos serviços de saúde precisam ser repensadas. Na prática do AM, analisar as responsabilidades, o trabalho interdisciplinar, a fundamentação clínica, a linguagem e abordagem com os usuários e comunidade. As mães precisam ser ouvidas em suas necessidades e auxiliadas para tomarem a decisão do que melhor se aplica à sua situação de vida, porém, essa decisão não pode ser tomada em consonância com fragilidades dos serviços.

❒ Controle social formal e informal

O controle social formal é o realizado por meio dos representantes em conselhos municipais de saúde e associações de bairro. O informal, através de pessoas que são parceiros efetivos para serem o elo das mães, famílias e comunidade com os serviços de saúde, para que as condições que estejam colocando aquelas pessoas em situações de vulnerabilidades possam ser conhecidas pelos profissionais e desta forma, possam buscar soluções para essas situações. Alguns aspectos podem ser exemplificados: a luta política pelo aumento da licença-maternidade; a reivindicação de mais creches próximas aos locais de trabalhos das mães ou mesmo dentro das empresas; a busca do cumprimento da lei sobre a implantação das salas de amamentação nas empresas; as cooperativas locais onde as mães trabalham, incentivando a permanência da mãe próxima ao bebê para a amamentação, entre outros aspectos. Essas parcerias podem formar redes que vão potencializar os índices de AM e vão construindo importantes estratégias e respostas sociais.

❒ Ação intersetorial

As ações de redução de vulnerabilidade nas questões do AM não podem tornar-se efetivas e operacionais se forem restritas à esfera institucional da saúde. A ação intersetorial é fundamental para um trabalho em rede, incluindo os setores de saúde, educação, trabalho, bem-estar social, jurídico e cultural, que se envolvidos, as chances de melhores resultados se expandem proporcionalmente. A multidimensionalidade do AM clama pelo envolvimento de vários atores, cenários e setores.

A participação das instituições no CALMA está voltada para um trabalho contínuo sobre o AM, como uma estratégia municipal essencial para repensar as diretrizes políticas, ações e intervenções, comunicação interinstitucional, monitoramento da evolução dos índices de AM. Além disso, no CALMA, existe um clima amistoso de fortalecimento mútuo entre as instituições pelo compartilhamento das dificuldades, auxílio para elaboração de estratégias de superação e reflexão de desafios.

Diante do exposto, considera-se que o sucesso do AM não está centrado na ocorrência do AM e AME e o insucesso não pode ser somente a situação de desmame. O comportamento de não-aleitamento precisa ser mais bem compreendido. O insucesso pode também estar no modo como se processa o cotidiano dos serviços de saúde e nas atitudes pouco compreensivas.

No âmbito da produção do conhecimento podem ser construídas categorias que auxiliam a analisar determinada situação, como, por exemplo, os fatores associados ao desmame, mas é importante compreender que tais categorias são artificiais porque não são elas que organizam a vida dos sujeitos. Assim, não é toda mãe adolescente que não quer amamentar, não é toda primípara que tem dificuldade, não é toda mãe de baixa escolaridade que amamenta menos, nem toda mãe sem companheiro e assim por diante.

O benefício do AM para a criança é um aspecto conhecido e positivo para a prevenção da morbimortalidade na infância e isto pode ser considerado um fator de diminuição das vulnerabilidades para as crianças. Por outro lado, cabe ressaltar que, no plano individual, a diminuição da vulnerabilidade depende da efetiva adoção de práticas do AM que estão estreitamente ligadas à mãe, família, profissionais de saúde, instituições e condições sociais, não sendo possível uma avaliação isolada da existência ou não do AM.

É importante que o sucesso das práticas de saúde esteja vinculado aos projetos de vida e de felicidade das pessoas, com atitudes compreensivas no processo de cuidar, caminhando para a construção de novos entendimentos das situações que as famílias enfrentam, e não somente aos êxitos técnicos.

Nesta pesquisa, foi possível uma aproximação ao quadro conceitual da vulnerabilidade no tocante aos aspectos da vulnerabilidade programática na prática do AM. A vulnerabilidade foi apreendida, principalmente, quanto a algumas particularidades das capacidades de resposta das instituições envolvidas, do compromisso dos serviços e da continuidade das ações sobre AM.

As análises de vulnerabilidade não prescindem das análises epidemiológicas, mas é necessário atribuir outros sentidos e interpretar a

variabilidade de aspectos imbricados, de forma a repensar e estabelecer mediações nas práticas de intervenção.

Na perspectiva da vulnerabilidade programática, é importante revisar e questionar: se os serviços de saúde levam em consideração que as necessidades de saúde das pessoas estão em conexão com seus contextos sociais; se os serviços procuram caminhos para que indivíduos e comunidades possam responder aos contextos de vulnerabilidade; como os serviços de saúde capacitam as pessoas a identificar as relações intersubjetivas e contextuais que aumentam sua vulnerabilidade e produzem o comportamento de não-aleitamento; como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições de saúde atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade; o quanto os serviços de saúde estão propiciando que os contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais e propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores e interesses para emancipar-se de situações de vulnerabilidade, entre outros aspectos. Desse modo, é preciso inovar os esforços programáticos na direção de uma ampliação sobre a visão das pessoas, da intersubjetividade e do cuidado em saúde.

A vulnerabilidade está acima da simples análise de diferenças, trazidas pela análise estatística, como o caso da presente pesquisa que demonstrou um perfil das mães que amamentavam mais ou que apresentavam associação com o desmame. Porém, as falas dos profissionais, a partir de suas experiências com as mães e com os serviços de saúde, mostraram que, embora possam existir similaridades entre indivíduos, a noção de grupo de risco evita uma análise inter-individual, pode tornar-se estigmatizada, considerando o indivíduo indistinguível do seu grupo. O reconhecimento das diferenças entre os indivíduos permite manter a pessoa como um interlocutor e ator social e essas diferenças existem internamente nas pessoas, pois uma pessoa não tem a mesma vulnerabilidade em diferentes contextos, em diferentes relações e em diferentes pontos de sua trajetória.

O processo de vulnerabilidade é permeado por uma gama de variações, o que o torna dinâmico. Embora as pessoas possam participar e utilizar ações programáticas de qualidade, que podem ser semelhantes em vários serviços de saúde, e vivam em ambientes sociais semelhantes, as necessidades individuais de informação, educação, saúde, serviços sociais e apoio podem ser diferentes.

O conceito de vulnerabilidade, com ênfase na vulnerabilidade programática, trouxe luz para a reflexão de que nós, profissionais de saúde precisamos rever, em muitos aspectos, o que temos acreditado ser de importância para o incentivo, manejo e apoio ao AM.

Outro aspecto a ressaltar é a questão do "resgatar a prática do aleitamento materno", com enfoque no retomar e recuperar, dando a idéia de voltar ao que tínhamos antes. É importante pensar em construir a prática do AM no contexto de cada mulher, sua história e situação de vida e, principalmente, se o AM naquele momento é sua melhor opção. A sociedade vive constantes transformações, da mesma forma que a história da mulher na sociedade, bem como o significado da maternidade nessa mesma sociedade tem se modificado frente às mudanças do papel da mulher. Dito isto, não é possível *resgatar* uma prática vivida em um outro contexto, mas sim, construir a prática do AM dentro de cada contexto de vida naquela sociedade, naquela família, na vida daquela mulher. Isso somente pode ser construído no espaço do diálogo, onde o profissional faça acontecer *o encontro cuidador*. Dessa forma, as ações propostas nesse encontro serão as que efetivamente atingirão o objetivo que seja melhor para todos os envolvidos, mesmo na decisão pela não amamentação, pois o profissional terá a tranqüilidade de saber que aquele resultado foi o que construiu saúde para aquela mulher e bebê em seus contextos de vida.

Portanto, o processo de amamentar precisa estar inserido em uma perspectiva de cuidado integrador, não deve ser visto e tratado isoladamente, para que não fique descolado da saúde integral da mulher e da criança e sua família. A prática do AM necessita ser entendida com base em um cuidado contingencial, que implica em incertezas, eventualidades, obstáculos e experiências que se mostram

de diferentes maneiras. O AM, a partir de suas várias faces, precisa ser tomado na indissociabilidade das ações de promoção, prevenção, terapêutica e reabilitação.

A ressignificação do Cuidado em saúde pela via da compreensão de singularidades e pela produção de narrativas pode ser rica e com resolutividade. A busca da resolução não pode ser apenas no êxito técnico, expresso em números, mas do ponto de vista dos sujeitos (mães, crianças e famílias), para estarem mais felizes e em processos de tomada de decisão mais claros, de modo ativo e autônomo.

Para a construção da autonomia fica evidente que produzir narrativas e repertórios significativos é um caminho pertinente e viável, pois possibilita romper barreiras, compreender atitudes, estabelecer um plano de entendimento e compartilhar com clareza os problemas, situações e soluções. Desse modo, os profissionais de saúde precisam enriquecer seu olhar compreensivo, o que exige esforços de renovação das práticas e novos conhecimentos objetivos e de trajetórias subjetivas capazes de sustentar interações mais efetivas e verdadeiras.

Nesta pesquisa, as bases conceituais da vulnerabilidade, nas interfaces entre vulnerabilidade programática, individual e social, se mostraram fecundas para ampliar o entendimento sobre a prática do AM em uma realidade contextualizada. Cabe ressaltar que foi apresentada uma leitura de tais aspectos e outras pesquisas poderão configurar a densidade desses conceitos e expandir as reflexões e análises, enriquecendo a partir de estudos com mães por meio de relatos e observação das práticas de saúde.

Referências

ABE, R.; FERRARI, R. A. P. Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos enfermeiros numa unidade de saúde da família. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 523-530, out./dez., 2008.

ABUCHAIM, E. S. V. **Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: dividindo-se entre ser mãe e ser mulher**. 191 f. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ALBERNAZ, E. et al. Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.84, n.6, p.560-564, 2008.

ALMEIDA, J. A. G. Prefácio da 2ª edição. In: CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: MAS, 2006. cap. 2., p. 15-19.

AMARO, S. T. A. Visita domiciliar: orientações para uma abordagem complexa. In: DESAULNIERS, J. B. R. (Org.). **Fenômeno**: uma teia complexa de relações. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p.195-202.

ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.13, p.103-109, 2008.

ARAUJO, L. D. S. **A construção de um novo olhar no ensino do aleitamento materno**: uma contribuição da educação crítico-reflexiva. 2005. 278 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ARAUJO, M. F. M. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 1, p.1-10.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal - estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba v. 9, n. 1, p. 9-14, 2004.

AUSUBEL, D.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

AYRES, J. R. C. M. **Notas de discussão sobre vulnerabilidade e aleitamento materno**. Ribeirão Preto, 2010a. Mimeografado.

AYRES, J. R. C. M. A amamentação como cuidado. In: ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO, 11-12, jun. 2010. Santos: IBFAN, 2010b. [Transcrição da palestra].

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANCA JR, I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts amd pretctices in contemporary public health. In: PARKER, R.; SOMMER, M. (Ed.). **The routledge handbook of global public health**. New York: Routledge, 2010. No prelo.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 11-23, 2009. Suplemento 2.

AYRES, J. R. C. M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. **Salud Colectiva**, La Plata, v. 4, n. 2, p.159-172, 2008.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde***:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n.1, p. 28-42, 2002.

BAHL, R. et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 83, n. 6, p. 418-26, June 2005.

BAI, Y. et al. Predictors of continuation of exclusive breastfeeding for the first six months of life. **Journal of Human Lactation,** Charlottesville, v. 26, n. 1, p.26-34, 2010. Disponível em: <http://jhl.sagepub.com/content/26/1/26.full.pdf+html>. Acesso em: 10 set. 2010.

BARROS, C. B. et al. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 1-16, 2010.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOCCOLONI, C. S. et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2681-2694, nov. 2008.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC***,* Florianópolis, v. 2, n.1, p. 68-80, jan./jul. 2005.

BOTTARO, S. M.; GIUGLIANI, E R. J. Effectiveness of an Intervention to Improve breastfeeding knowledge and attitudes among fifth-grade children in Brazil. **Journal of Human Lactation,** Charlottesville, v. 25, n. 3, p. 325-332, June 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197 . Acesso em: 01 out. 2010a.

BRASIL. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Dispõe sobre o Programa Empresa Cidadã destinado a prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm>. Acesso em: 30 out. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 01, de 24 de fevereiro de 2010. Orienta a instalação sala de apoio à amamentação em empresas. **Diário Oficial da União**, DF, v.147, n. 36, p. 98, 24 fev. 2010b. Seção 1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=24/02/2010&jornal=1&pagina=98&totalArquivos=136>. Acesso em: 8 out. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN**. Disponível em: <http://200.214.130.35/nutricao/sisvan.php>. Acesso em: 13 ago. 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IHAC**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229> . Acesso em: 28 ago. 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil**: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_tutores_rede_amamenta.pdf >. Acesso em: 12 ago. 2010.

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: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. (Caderno de Atenção Básica, 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006**: pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br/pnds2006>. Acesso em: 12 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros**: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

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

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196 de 10 de out. 1996a. Dispõe sobre as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Disponível em: http://www.sr2.uerj.br/sr2/coep/downloads/reso196.pdf. Acesso em: 12 ago. 2010.

BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho. **Consolidação das leis do trabalho e legislação complementar**. 97. ed. São Paulo: Atlas, 1996b.

BUENO, L.G.S.;TERUYA,K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5(supl), p.126-130, 2004.

CALDEIRA, A. P. et al. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1965-70, ago. 2007.

CALDEIRA, A. P.; GONÇALVES, E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 127-32, 2007.

CAPELLINI, V. K. et al. **Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil**: revisão sistemática. Monografia (Especialização em Enfermagem Neonatal) - Universidade Estadual de Londrina, 2010.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitative: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem,** Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out./dez. 2006.

CARVALHO, B. G. et al. Trabalhando com critérios de risco de interrupção do aleitamento materno exclusivo: experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. In: CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: AMS, 2006. cap. 23, p. 195-205.

CARVALHO, M. R. Manejo ampliado da amamentação. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.18, p. 222-234.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. Aspectos sócio-culturais da amamentação. In:_____. **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: MAS, 2006. cap. 2, p. 37-40.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. **Jornal de Pediatria,** Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C; PONTES, A.L.M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 69-106.

CORREA, B.; ADRIÃO, T. Direito à educação de crianças de até 6 anos enfrenta contradições. **Revista ADUSP,** São Paulo, v. 4, n. 48, p. 6-13, set. 2010.

COTRIM, L. C.; VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v. 2, n. 3, p. 245-252, set./dez., 2002.

DALMASO, A. S. W. Atendimento à demanda espontânea: pronto atendimento e atividades programáticas. In: SCHRAIBER, L. B. L.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. cap. 7, p.151-172.

DAMIÃO, J. J. Influência da escolaridade e do trabalho materno no AM exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 442-452, 2008.

DEL CIAMPO, L. A. et al. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 391-396, out./dez., 2006.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura princípios e práticas**: atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu, 2000.

DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (Org.). **O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**: do sonho à realidade. São Paulo: HUCITEC, 2005.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of “vulnerability”. **Social Science & Medicine***,* Oxford, v. 50, n. 11, p.1557-1570, June 2000.

DENNIS, C. L. et al. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled Trial. **CMAJ,** Ottawa, v. 166, n. 1, p. 21-28, Jan. 2002.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.(Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.195-223.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, Evanston, v. 117, n. 3, p. 380-386, Mar. 2006.

FALCETO, O.G.; GIUGLIANI, E.R.J.; FERNANDES, C.L.C. Couples’ Relationships and Breastfeeding: is There an Association? **Journal Of Human Lactation,** Charlottesville, v. 20, n. 1, p. 46-55, Feb., 2004. Disponível em: <http://jhl.sagepub.com/cgi/content/abstract/20/1/46>. Acesso em: 14 set. 2010

FELICIANO, D. S. **Para além do seio**: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir da escuto dos sentidos, ocultos nas dificuldades de amamentação, como auxiliar no desenvolvimento. 2009. 350 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Psicologia e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FELICIANO, K. V. O.; AYRES, J. R. C. M. Prevenção da aids entre jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v, 5, n. 4, p. 429-38, out./dez. 2005.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: EDUSP, 1992.

FRANÇA JUNIOR, I.; AYRES, J. R. C. M. Saúde pública e direitos humanos. In: ZÓBOLI, E.; FORTES, P. (Org.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 63-69.

FRANÇA JÚNIOR, I.; MONTEIRO, C. A. Estudo da tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica: editorial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 5-7, dez., 2000. Suplemento 6.

FRANÇA-JUNIOR, I.; AYRES, J. R. C. M. **Amamentar é um direito humano**? São Paulo: SENAC, 2000.

FRANÇA, G. V. A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 711-18, out. 2007.

FRANCO, S. C. et al. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 291-97, jul./set. 2008.

GADAMER, H. G. A idéia da filosofia prática. In: _____. **Hermenêutica em retrospectiva**: hermenêutica e a filosofia prática. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 27-39.

GADAMER, H. G. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70, 1993.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 147-154, 2004. Suplemento.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. S238-52, 2000. Suplemento.

GODINHO, R .A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abr. 2000.

GOLDMAN, A. S.; HOPKINSON, J. M.; RASSIN, D. K. Benefits and risks of breastfeeding. **Advances in Pediatrics**, Chicago, v. 54, n. 1, p. 275–304, 2007.

GOROVITZ, S. Reflections on the vulnerable. In: BANKOWSKI, Z.; BRYANT, J. H. (Ed.). **Poverty, vulnerability and the value of human rights**: a global agenda for bioethics. Genebra: Council for International Organizations of Medical Sciences; 1995. p. 203-6.

HORTA, B. L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses.** Geneva: WHO, 2007.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2004.

JAVORSKI, M. Os programas nacionais de incentive ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 35, n. 1/2, jan./fev. 1000. Disponível <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=918>. Acesso em: 18 ago. 2010.

JENIK, A. G. et al. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 155, n. 3, p. 350-354, 2009.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**, London, v. 362, p. 65-71, July 2003.

KEARNEY, M. H.; YORK, R.; DEATRICK, J. A. Effects of home visits to vulnerable young families. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 32, n. 4, p. 369-376, 2000.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

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

LEÓN-CAVA, N. et al. **Quantifying the benefits of breastfeeding**: a summary of the evidence. Washington, D.C.: PAHO, 2002.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução de trabalho**: atendimento integral à criança de 0 a 5 anos. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/saude/instrucoes/puericultura/sumario.php3>. Acesso em: 14 set. 2010.

LONDRINA. **II Prêmio Bibi Vogel 2009**: questionário. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde; 2009.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2008-2011**. Londrina: Prefeitura Municipal, 2008.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Saúde da Criança**: protocolo. 1. ed. Londrina: Autarquia Municipal de Saúde, 2006.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Lei nº 4.928 de 17 de janeiro de 1992. Dispõe sobre o Estatuto do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis do Município de Londrina – PR. **Folha de Londrina**, 21 mar. 1992. Disponível em: <http://www.cml.pr.gov.br/home/downloads/concurso2010/estatuto_lei4928_92_atualizacao_12-02-2010.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2010.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. 2. ed. São Paulo: EPU, 2003.

MACARTHUR, C. et al. Antenatal peer support workers and initiation of breast feeding: cluster randomised controlled trial. **BMJ**, London, p. 1-7, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636685/pdf/bmj.b131.pdf>. Acesso em: 14 set. 2010.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Org.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MELLO,D.F.; LIMA,R.A.G.; SCOCHI,C.G.S. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, p. 820-827, 2007, Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_16.pdf>. Acesso em: 01 out. 2010.

MEYER, D. E. et al. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO, J. C. S. **Contato precoce e amamentação na sala de parto na perspectiva da mulher**. 2006. 122 f. Dissertação (Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Amamentação e o seio feminino:uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 146-150, jan./mar. 2006.

NAKANO, A. M. S. et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação**. Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 2, p. 41-50, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a07.pdf>. Acesso em: 01 out. 2010.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 355-363, 2003. Suplemento 2.

NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69-76, jul. 1999.

O'CONNOR, N. R. et al. Pacifiers and breastfeeding: a Systematic Review**.** **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v. 163, n. 4, p. 378-382, 2009. Disponível em: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/163/4/378>. Acesso em: 12 ago. 2010.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. Amamentação em atenção primária à saúde. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 17, p. 208-221.

OLIVEIRA, M. S. M. et al. **Perfil do aleitamento materno no município de Londrina-PR**. Londrina: [s.n.], 1996. Mimeografado.

OLIVEIRA, M. S. M. **Perfil do aleitamento materno das 276 mães entrevistadas no dia da campanha nacional de multivacinação de Londrina-PR**. Londrina: [s.n.], 1994. Mimeografado.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: OMS, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo4.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. Geneva: OMS, 2003. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2009. Tradução pela IBFAN, Brasil – 2005.

PAMPLONA, V. Aspectos psicológicos na lactação. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 8, p. 96-105.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHES, M. A. B. L.; JAMAS, M. T. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 282-289, mar./abr. 2007.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do Adulto, programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. cap. 12, p. 234-250.

POLI, L. M. C.; PRANDO, C**.** Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança. Londrina, Serviço Municipal de Saúde, 1996. Mimeografado.

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

REGO FILHO, E. A. **Contribuição ao estudo sobre o aleitamento**. 1974. 75 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1974.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

RODRIGUES, L. A. J. et al. Interações com os usuários na unidade básica de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. cap.14, p. 262-275.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-724, 2006.

SANCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência&Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.319-24, 2007.

SANTIAGO, L. B. et al. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 504-512, 2003.

SANTOS, L. C.; FERRARI, A. P.; TONETE, V. L. P. Contribuições da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno na adolescência: revisão integrativa da literatura. **Ciencia Cuidado & Saude**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 691-698, Out/dez., 2009.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **1º Caderno de apoio ao Acolhimento**: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica de risco e vulnerabilidade. São Paulo: SMS, 2004.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENSES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do Adulto, programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. cap.1, p. 29-47.

SILVA, N. E. K.; AYRES, J. R. C. M.. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1797-1806, ago. 2009.

SILVA, A.C. **O impacto do programa de saúde da família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.

SILVA, N.N. **Amostragem probabilística: um curso introdutório.** EDUSP, São Paulo, 1998.

SILVA, A. A. M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. 1990. 228 f. Dissertação. [Mestrado em Medicina Preventiva]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SOARES, M. E. M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

STARFIELD, B. Atenção primária e sua relação coma saúde. In: _____. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. cap.1, p. 20-42.

STARFIELD, B. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que. In: _____. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. cap.10, p. 313-363.

SU, L. L. et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 335, n. 7620, p. 1-7, Sept., 2007. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/335/7620/596.full.pdf+html>. Acesso em: 18 ago. 2010.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. **Journal of Human Lactation,** Charlottesville, v. 24, n. 4, p. 386-92, 2008.

THOMSON, Z. **Memorial**: Zuleika Thomson. Londrina: UEL, 2005.

THOMSON, Z. et al. **Projeto Centro de Referência em Aleitamento Materno de Londrina**. Londrina: Nesco, 1996.

THOMSON, Z. Estudo da prática do aleitamento materno em um grupo populacional, Londrina,PR. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 379-385, 1978.

TOMA, T. S. **Alimentação de crianças do Programa Saúde da Família (PSF)**: fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos de trabalhadores de saúde. São Paulo, 2008. 146 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TOMA, T. S.; RÉA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 235-246, 2008. Suplemento 2.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 419-427, 2003. Suplemento 2.

TUDGE, J. Estudando a criança e a família em seu contexto: para uma abordagem cultural da tolerância. In: BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; FISHMANN, R. (Org.). **Crianças e adolescentes**: construindo uma cultura da tolerância. São Paulo: Edusp, 2001. p. 65-77.

UNICEF. **ChildInfo:** monitoring the situation of children and women. Disponível em http://www.childinfo.org/breastfeeding_status.html . Acessado em 30 jun.2010.

UNICEF. **Tracking progress on child and maternal nutrition – a survival and development priority**. UNICEF, November 2009. 124p.

UNICEF. **The state of world´s children 2008**: child survival. New York: UNICEF, 2007.

UNICEF. Innocenti Research Centre. **1990 – 2005 – Celebrating the Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding:** past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding. Florence: UNICEF, November 2005.

UNITED NATIONS. **The millennium development goals report**. New York, UNITED NATIONS, 2009. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf>. Acesso em: 30 out. 2010.

VANNUCHI, M.T.O. et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.5, n.2, p.155-162, jun 2005.

VANNUCHI, M. T. O, et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e AM em unidade de neonatologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 422-428, 2004.

VENÂNCIO, S.I. et al. **Pesquisa nacional sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida:** projeto de pesquisa**.** 2008. Mimeo.

VENÂNCIO, S. I. et al. Freqüência e determinantes do AM em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 306-313, 2002.

VENÂNCIO, S.I.; MONTEIRO, C.A. Breastfeeding trends between 1970 and 1980 in Brazil. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v.1; n.1,p.40-49, 1998.

VERÍSSIMO, M. L. R.; MELLO, D. F.; FURTADO, M. C. C. Atuação do enfermeiro em creches e pré-escolas. In: LEITE, M. M. J. (Org.). **Programas de atualização em enfermagem**: saúde da criança e do adolescente. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. v. 4, p. 9-39.

VEZOZZO, K. M. K. Amamentação e trabalho da mulher. In: CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: AMS, 2006. cap. 19, p. 159-164.

VIANNA, R. P. T. et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2403-2409, out. 2007.

VICTORA, C. G. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? **Pediatrics**, Evanston, v. 99, n. 3, p. 445-453, 1997.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Global child survival initiatives and their relevance to the Latin América and Caribbean Region. **Revista Panamericana Salud Publica,** Washington, v. 18, n. 3, p. 197-205, 2005.

VIEIRA, G. O. et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 143-50, abr./jun. 2004.

WABA. World Breastfeeding Week 2010. **Towards a baby-friendly world.** 1-7 August 2010. Disponível em: http://www.worldbreastfeedingweek.org/pdf/wbw2010pr.pdf . Acesso em: 13/08/2010. (press release)

WATTS, M.J.; BOLHE, H.G. Hunger, famine and the space of vulnerability. **GeoJournal,** v.30, n.2, p.117-125, 1993.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WISNER, B; LUCE, H.R. Disaster vulnerability: scale, power and daily life. **GeoJournal,** v.30, n.2, p.127-140, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Multicentre Growth Reference Study Group. Enrolment and baseline characteristics in the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Acta Pædiatrica**, Oslo, p.7-15, Apr., 2006. Supplement 450. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/Enrolment.pdf >. Acesso em: 01 out. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding.** Disponível em: http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/. Acesso em: 30 jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Baby-friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices :** part 1 – definitions. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Washington D.C.: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3**: country profiles. Geneva: WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Child Growth Standards**: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf>. Acesso em: 01 out. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/english/ad/fch/ca/GSIYCF_infantfeeding_eng.pdf>. Acesso em: 01 out. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding.** Geneva, Switzerland: World Health Organization, 28-30 march, 2001.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRUPO FOCAL

CONVITE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Situação do Aleitamento Materno em Londrina-Pr", da pesquisadora Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza.

O objetivo geral deste trabalho é descrever e analisar a situação do aleitamento materno no município de Londrina – PR, no contexto da atenção primária à saúde.

Sua participação será na forma de entrevista em um grupo com outras pessoas que participam do Comitê de Aleitamento Materno de Londrina, com duração de aproximadamente duas horas. Essa entrevista será gravada e filmada pela autora para garantir a fidedignindade dos dados no momento de análise e a qualidade da coleta dos mesmos. Todo material será mantido em segredo e não aparecerá seu nome ou imagem em nenhum impresso ou meio digital e em nenhuma publicação. O mesmo será destruído após análise e discussão dos dados

Você não terá nenhum gasto com a pesquisa e não haverá remuneração para sua participação na mesma. Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa sem prejuízos para você.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora o endereço é Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Departamento de Enfermagem; Av. Robert Koch, 60 / Londrina-Pr; fone: comercial - (43) 3371-2249; fone: residencial – (43) 3321-3531. Se desejar maiores esclarecimentos, poderá se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – Av. Robert Koch, 60 – fone: (43)3371-2490.

_____

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza

ENFERMEIRA / DOCENTE DA UEL

Eu, _____ aceito participar da pesquisa "Situação do Aleitamento Materno em Londrina-Pr". Estou ciente de que a pesquisadora aplicará uma entrevista gravada e filmada em um grupo com pessoas integrantes do Comitê de Aleitamento Materno de Londrina, e que as informações serão mantidas em segredo e não serei identificado. Estou ciente que minha participação é voluntária e caso eu decida que não deva mais participar, em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o meu consentimento. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a interessada.

_____

Assinatura do entrevistado

Data: ____/____/_____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

CONVITE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Situação do Aleitamento Materno em Londrina-Pr", da pesquisadora Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza.

O objetivo geral deste trabalho é descrever e analisar a situação do aleitamento materno no município de Londrina – PR, no contexto da atenção primária à saúde.

Sua participação será na forma de entrevista individual. Essa entrevista será gravada pela autora para garantir a fidedignindade dos dados no momento de análise e a qualidade da coleta dos mesmos. Todo material será mantido em segredo e não aparecerá seu nome ou imagem em nenhum impresso ou meio digital e em nenhuma publicação. O mesmo será destruído após análise e discussão dos dados

Você não terá nenhum gasto com a pesquisa e não haverá remuneração para sua participação na mesma. Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa sem prejuízos para você.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora o endereço é Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Departamento de Enfermagem; Av. Robert Koch, 60 / Londrina-Pr; fone: comercial - (43) 3371-2249; fone: residencial – (43) 3321-3531. Se desejar maiores esclarecimentos, poderá se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – Av. Robert Koch, 60 – fone: (43)3371-2490.

_____

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza

ENFERMEIRA / DOCENTE DA UEL

Eu, _____ aceito participar da pesquisa "Situação do Aleitamento Materno em Londrina-Pr". Estou ciente de que a pesquisadora aplicará uma entrevista gravada, e que as informações serão mantidas em segredo e não serei identificado. Estou ciente que minha participação é voluntária e caso eu decida que não deva mais participar, em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o meu consentimento. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a interessada.

_____

Assinatura do entrevistado

Data: ____/____/_____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

CONVITE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Situação do Aleitamento Materno em Londrina-Pr", da pesquisadora Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza.

O objetivo geral deste trabalho é descrever e analisar a situação do aleitamento materno no município de Londrina – PR, no contexto da atenção primária à saúde.

Sua participação será na forma de entrevista individual. Essa entrevista será gravada pela autora para garantir a fidedignindade dos dados no momento de análise e a qualidade da coleta dos mesmos. Todo material será mantido em segredo e não aparecerá seu nome ou imagem em nenhum impresso ou meio digital e em nenhuma publicação. O mesmo será destruído após análise e discussão dos dados

Você não terá nenhum gasto com a pesquisa e não haverá remuneração para sua participação na mesma. Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa sem prejuízos para você.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora o endereço é Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Departamento de Enfermagem; Av. Robert Koch, 60 / Londrina-Pr; fone: comercial - (43) 3371-2249; fone: residencial – (43) 3321-3531. Se desejar maiores esclarecimentos, poderá se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – Av. Robert Koch, 60 – fone: (43)3371-2490.

_____

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza

ENFERMEIRA / DOCENTE DA UEL

Eu, _____ aceito participar da pesquisa "Situação do Aleitamento Materno em Londrina-Pr". Estou ciente de que a pesquisadora aplicará uma entrevista gravada, e que as informações serão mantidas em segredo e não serei identificado. Estou ciente que minha participação é voluntária e caso eu decida que não deva mais participar, em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o meu consentimento. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a interessada.

_____

Assinatura do entrevistado

Data: ____/____/_____

Anexos

ANEXO A

TERMO DE COMPROMISSO, ASSINADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

TERMO DE COMPROMISSO

A **II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno** integra as ações da área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde de 2008 e pretende verificar a situação atual da amamentação e da alimentação complementar em crianças menores de um ano, fornecendo subsídios para a avaliação e o planejamento das políticas de aleitamento materno no país.

A pesquisa será realizada em todas as Capitais Brasileiras e Distrito Federal, bem como em outros municípios, segundo a definição das Secretarias Estaduais de Saúde. O Projeto prevê a participação de todas as esferas de governo, com as seguintes atribuições:

Ministério da Saúde: realizar as Oficinas de Capacitação para todos os Estados; disponibilizar material para a realização da pesquisa nas capitais (questionários e manuais); disponibilizar aplicativo web para a digitação dos questionários; disponibilizar acesso aos Coordenadores Estaduais e Municipais para obtenção dos relatórios no aplicativo web; analisar o conjunto dos dados.

Secretarias Estaduais de Saúde: apoiar a realização da pesquisa nas capitais; definir estratégia/critérios para o envolvimento de outros municípios; capacitar outros municípios além da capital.

Municípios: realizar a pesquisa na segunda etapa da Campanha de vacinação de 2008; digitar os questionários (agosto/setembro).

O banco de dados gerado no processo de digitação dos questionários será disponibilizado aos estados e municípios participantes. O estado terá acesso às informações dos municípios de sua área de abrangência. O município acessará as informações digitadas em sua localidade.

Eu, representante do município **Londrina**, Estado **Paraná**, declaro interesse em participar da Pesquisa e autorizo a inclusão dos dados coletados neste município em um Banco de Dados do Ministério da Saúde, bem como a divulgação dos resultados obtidos.

Data: **18/07/2008**
Nome do representante: **Marlene Zucoli**
Cargo: **Diretora Superintendente da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina**
Assinatura: _____

Marlene Zucoli
Diretora Superintendente
AMS/TRA

W:\USUARIOS\Márcia\Termo_de_Compromisso.doc

ANEXO B

PORTARIA Nº 2.799, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2008

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, a Rede Amamenta Brasil.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida em 2008, definidos pela Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, entre os quais estabelece a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que estabelece como princípios da Atenção Básica a universalidade, a acessibilidade, a integralidade, o vínculo, a responsabilização, a equidade, a humanização, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 8 de março de 2004, que visa monitorar o cumprimento das ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial o quarto Objetivo, cuja meta é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 e 2015;

Considerando a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher -PNDS/2006, que revela que os índices de aleitamento materno no Brasil estão bem abaixo do recomendado;

Considerando ser o aleitamento materno importante estratégia de vínculo entre mãe e filho e de proteção e promoção da saúde da criança e da mãe, cujo sucesso tem implicação direta na redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando a existência da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Rede de Bancos de Leite Humano como marcos importantes da promoção do aleitamento materno com foco na atenção hospitalar; e

Considerando a necessidade de fomentar as ações de promoção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil.

Parágrafo único. A Rede Amamenta Brasil se constitui numa estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde.

Art. 2º A Rede Amamenta Brasil será formada pelo conjunto das unidades básicas de saúde que cumprirem os critérios de inclusão definidos no Caderno de Tutores a ser publicados pela Rede.

Art. 3º A Rede Amamenta Brasil será desenvolvida de forma articulada com a Rede de Bancos de Leite Humano, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal e com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e contará com a participação de um representante de cada uma dessas instituições.

Art. 4º A Rede, ora instituída, será coordenada, em âmbito nacional, pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em conjunto com o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, e, em âmbito estadual e municipal, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

§ 1º À coordenação nacional compete dar apoio técnico aos Estados e Municípios na consecução da Rede, acompanhar as atividades das Redes Estaduais e certificar as Unidades Básicas de Saúde que cumprirem os critérios de inclusão, de acordo com critérios definidos em ato específico a ser editado.

§ 2º À coordenação estadual compete dar apoio técnico aos Municípios na consecução da Rede e acompanhar as atividades das Redes Municipais.

§ 3º À coordenação municipal compete dar apoio técnico às Unidades Básicas de Saúde para sua inclusão na Rede, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno das unidades básicas de saúde certificadas.

Art. 5º Para fins de monitoramento e avaliação dos indicadores de aleitamento materno, nas unidades básicas de saúde, pela Rede Amamenta Brasil, será utilizado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.

Art. 6º O Regimento Interno, para o funcionamento articulado da Rede Amamenta Brasil, será publicado em portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde, no prazo de 30 dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

DOU-225 PG-124 SEÇ-1 DE 19.11.08

ANEXO C

INSTRUMENTO DA II PESQUISA NACIONAL DE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO / DAPES / SAS/MS - ICICT/FIOCRUZ
II PESQUISA NACIONAL DE PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO – 2008

☞N°____ ____ ____ ____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)	☐ RECUSA
01-DATA:____/____/____ 02-ENTREVISTADOR:_____ 03-MUNICÍPIO:_____ 04-UF: ___	
05-LOCAL DE VACINAÇÃO:_____ 06-ÁREA 1☐ Urbana 2☐ Rural	
07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____ ☐ Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)	
08- SEXO DA CRIANÇA:	1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino
09- QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA?	1 ☐ Mãe 2 ☐ Pai 3 ☐ Outro ou nenhum parentesco
10-A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não

- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)

11-TOMOU LEITE DE PEITO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q. 13) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/ Q .13)
12-QUANTAS VEZES?	____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 ☐ Não sabe
13-TOMOU ÁGUA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
14-TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
15-TOMOU OUTRO LEITE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/Q.17) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 17)
16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	
1 ☐ Só durante o dia? 2 ☐ Só à noite? 3 ☐ De dia e de noite? 9 ☐ Não Sabe	
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q.26) 9 ☐ Não Sabe (PASSE P/ Q.26)
20-QUANTAS VEZES? 1 ☐ 1 vez 2 ☐ 2 vezes 3 ☐ 3 vezes ou mais 9 ☐ Não Sabe	
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa) 1 ☐ Igual à da família? 2 ☐ Preparada só para a criança? 3 ☐ Industrializada (de potinho)? 9 ☐ Não Sabe ☞Q.21 ___ ___ ___ (Código para Digitação)	
22-ESSA COMIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa) 1 ☐ Em pedaços? 2 ☐ Amassada? 3 ☐ Passada pela peneira? 4 ☐ Liquidificada? 9 ☐ Não Sabe ☞Q.22 ___ ___ ___ ___ (Código para Digitação)	
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: "- *DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA*":

27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
28-TOMOU REFRIGERANTE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
29-TOMOU CAFÉ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
33-USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
34-USOU CHUPETA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____(Anote o nome) 9 □ Não Sabe

36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____(Anote o nome)

998 □ Nasceu em casa 9 □ Não Sabe

☞ Q.36 □ HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)

37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO? 1□ Normal 2 □ Fórceps 3□ Cesárea 9 □Não Sabe

38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO? 1 □ Sim 2 □ Não 9 □ Não Sabe

39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS?
(Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)
1 □ Sim
2 □ Não (PASSE P/ Q.43)

40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 □ Sim, inteira 2 □ Sim, algumas partes 3 □ Não leu
[Outros acompanhantes]: 9 □ Não é a mãe (PASSE P/ Q.41)

ENTREVISTADOR, VEJA OS GRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42)

41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?

PARA MENINA (página 46 E 47) 1 □ Sim 2 □ Não | PARA MENINO (página 56 E 57) 1 □ Sim 2 □ Não

42-NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?

PARA MENINA (página 48 E 49) 1 □ Sim 2 □ Não | PARA MENINO (página 58 E 59) 1 □ Sim 2 □ Não

43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? □□□□ g (Se necessário, anote da Caderneta) 9999 □ Não Sabe

44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)
1 □ Serviço Particular ou Convênio
□ Rede Pública:_____(Anote o nome)
9 □ Não Sabe/Não se aplica

☞ Q.44 →Se REDE PÚBLICA especificar: 2 □ UBS 3 □ PACS/PSF 4 □Outros (Código para Digitação)

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q.49)

45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?
____ Anote em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 □ Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]
999 □ Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]

NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA

46-MAMOU NO PEITO? 1 □ Sim 2 □ Não 9 □ Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE? 1 □ Sim 2 □ Não 9 □ Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA? 1 □ Sim 2 □ Não 9 □ Não Sabe
49-TOMOU CHÁ? 1 □ Sim 2 □ Não 9 □ Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)

50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)

51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO? 1 □ Sim 2 □ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)

52-A SRA. SABE LER E ESCREVER? 1 □ Sim 2 □ Não

53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo) 54-E GRAU? (Assinale abaixo)

0□	1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□	1□ 2□ 3□	1□ INCOMPLETO 2□ COMPLETO
0□ SEM ESCOLARIDADE	1□ ENSINO FUNDAMENTAL	2□ ENSINO MÉDIO	3□ SUPERIOR

☞ Q.53 _____ ☞ Q.54 _____(Código para Digitação)

55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)
1 □ Está trabalhando fora? 2 □ Não está trabalhando fora? 3 □ Está sob Licença Maternidade?

Observações:

ANEXO D

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A PESQUISA NACIONAL

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
RESPEITO PELAS PESSOAS

INSTITUTO DE SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA

Protocolo: 001/08 **2º Parecer**

I. Identificação

Título: Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida.

Pesquisador(es): Sônia Isoyama Venâncio, Maria Mercedes Loureiro Escuder, Maria Cecília Dias Miranda, Jerônimo Gerolin, Elsa Regina Justo Giugliani.

Instituição onde se realizará o campo: Postos de vacinação das capitais brasileiras e de alguns municípios definidos pelas SES, priorizando aqueles com alta taxa de mortalidade infantil.

Instituição responsável: Instituto de Saúde – SES/SP.

Data de entrada no CEPIS: 3/03/08.

II. Parecer:

Acusamos o recebimento do projeto de pesquisa acima mencionado, em que as alterações sugeridas por este Comitê em 10.04.2008, foram acatadas. Desta forma considero o projeto **APROVADO.**

Data: 06.05.2008

SILVIA REGINA DIAS MEDICI SALDIVA
COORDENADOR DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO E

TEXTO UTILIZADO PARA OBTER CONSENTIMENTO VERBAL NA II PESQUISA NACIONAL DE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA
E
FILIPETAS ENTREGUES AOS ENTREVISTADOS

TERMO DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

"Essa pesquisa do Ministério da Saúde tem como objetivo conhecer a alimentação de crianças menores de 1 ano. Sua participação não é obrigatória e seu nome não será divulgado. Em qualquer momento o Sr.(a) poderá interromper a entrevista. Vamos fazer algumas perguntas e anotar informações da Caderneta de Saúde da Criança. A entrevista dura no máximo 5 minutos e não vai atrasar a vacinação da criança. O (A) Sr. (a) concorda em participar da pesquisa?"

FILIPETA ENTREGUE AO ENTREVISTADO APÓS CONSENTIMENTO VERBAL

Se você deseja ter mais informações ou outros esclarecimentos sobre a II Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no 1º Ano de Vida, pode entrar em contato com:
PROF. SARAH NANCY DEGGAU HEGETO DE SOUZA

Coordenadora da Pesquisa em Londrina
Av. Robert Koch, 1000 – Londrina, Pr.
Fone: (43) 3321-3531 / (43) 9994-7833

Agosto/2008

ANEXO F

OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

C.P. /009/09/GES/ AMS/ PML.

Informamos, para fins de realização da pesquisa: "**A SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR: O CONTEXTO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO PERÍODO 2002 - 2008",** na Autarquia de Saúde da Prefeitura Municipal de Londrina, pela aluna Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza do Programa de Pós – Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Usp, para o desenvolvimento de Tese de Doutorado. Será orientada pela Drª. Débora Falleiros de Mello; e que, por tratar -se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96. Desta forma, sua execução nesta Autarquia será autorizada após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, e planejamento prévio com a unidade de serviço envolvida.

Londrina, 18 de março de 2009.

Rosaria Mestre Marques Okabayashi
Coord. de Educação Permanente/ Estágio/
Pesquisa da Gerência de Educação em Saúde
DGTES/AMS//PML

ANEXO G

DECRETO Nº 245 DE 19 DE ABRIL DE 1995
INSTITUI O COMITÊ DE ALEITAMENTO MATERNO DE LONDRINA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
ESTADO DO PARANÁ

DECRETO Nº 245, DE 19 DE ABRIL DE 1.995.

SÚMULA:- Institui o Comitê de Estímulo ao Aleitamento Materno de Londrina (CALMA).

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE LONDRINA, ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando a importância do Leite Materno para o crescimento e desenvolvimento da criança;

Considerando a importância do Aleitamento Materno na redução da mortalidade infantil;

Considerando a necessidade de aumentar os índices de aleitamento materno no Município de Londrina;

Considerando a necessidade de integrar as ações de estímulo ao aleitamento materno no Município de Londrina;

D E C R E T A :

Art. 1º - Fica instituído o Comitê de Estímulo ao Aleitamento Materno de Londrina (CALMA), integrado por representantes das seguintes instituições de saúde:

- Hospital São Francisco de Tamarana.
- Hospital Mater Dei.
- Conselho Londrinense de Assistência a Mulher (CLAM).
- Banco de Leite/Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.
- Hospital Evangélico de Londrina.
- Santa Casa de Londrina.

- Maternidade Municipal Lucilla Ballalai.
- Departamento de Pediatria/Associação Médica de Londrina.
- Departamento de Serviços de Saúde do Município de Londrina.
- Departamento de Vigilância à Saúde do Município de Londrina.
- Coordenadoria Especial da Mulher.
- Secretaria de Educação.
- Departamento de Enfermagem e Nutrição/CESULON.
- Departamentos de Enfermagem, Fisioterapia, Materno Infantil e Saúde Comunitária do Centro de Ciências da Saúde/UEL.

Art. 2º - A Comissão ora constituída será presidida pelo representante da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 3º - Compete ao CALMA designar grupos de trabalhos para organizar os planos de ação.

Art. 4º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Londrina, 19 de abril de 1.995.

Luiz Eduardo Cheida
PREFEITO DO MUNICÍPIO

Alice Cardamone Diniz
SECRETÁRIA GERAL

Sílvio Fernandes da Silva
SECRETÁRIO DE SAÚDE

ANEXO H

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA A PESQUISA EM LONDRINA
PARECER PF 079/09 — Nº. CAAE 0076.0.268.153-09
FOLHA DE ROSTO – NO. 256278

Universidade Estadual de Londrina
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer PF 079/09 **Nº CAAE Nº 0076.0.268.153-09** **FOLHA DE ROSTO Nº 256278**	Londrina, 18 de novembro de 2009

PESQUISADORA: **SARAH NANCY DEGGAU HEGETO DE SOUZA**
CCS/ Depto. de Enfermagem

Prezada Senhora:

O "**Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná**" (Registro CONEP 268)– de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"A SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR – O CONTEXTO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NO PERÍODO 2002-2008"

Situação do Projeto: **APROVADO**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Ester M.O. Dalla Costa
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL

Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), km 380 - Fone (043) 371-4000 PABX - Fax 328-4440 - Caixa Postal 6.001 - CEP 86051-990 – Internet http://www.uel.br
Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 60 - Vila Operária – Fone (043) 381-2000 PABX – Fax 337-4041 e 337-7495 - Caixa Postal 791 - CEP 86038-440
LONDRINA - PARANÁ - BRASIL

Form. Código 11.764 – Formato A4 (210x297mm)