UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FLÁVIA SOUZA PROENÇA

**Desenvolvimento de um guia prático para incentivo ao aleitamento materno
exclusivo em unidades de saúde da família do interior de Minas Gerais**

Ribeirão Preto

2019

FLÁVIA SOUZA PROENÇA

**Desenvolvimento de um guia prático para incentivo ao aleitamento materno
exclusivo em unidades de saúde da família do interior de Minas Gerais**

Versão Original

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Carmen Gracinda Silvan Scochi

Ribeirão Preto

2019

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Proença, Flávia Souza

Desenvolvimento de um guia prático para incentivo ao aleitamento materno exclusivo em unidades de saúde da família do interior de Minas Gerais. Ribeirão Preto, 2019.

192 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Área de concentração: Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Carmen Gracinda Silvan Scochi

1. Aleitamento materno. 2. Guia. 3. Atenção primária à saúde. 4. Enfermagem em saúde pública.

PROENÇA, Flávia Souza

Desenvolvimento de um guia prático para incentivo ao aleitamento materno exclusivo em unidades de saúde da família do interior de Minas Gerais

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências, no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

A todos os meus colegas de trabalho da atenção primária que acreditaram no meu trabalho e ajudaram nesta pesquisa, aos meus pais, meu filho e meu esposo pelo carinho e apoio.

Agradecimento Especial

Agradeço de todo coração minha orientadora Professora Doutora Carmen Gracinda Silvan Scochi a quem devo este trabalho. Obrigada por me ensinar e ajudar diante das minhas dificuldades.

Muito obrigada!

Agradecimentos

À **Deus** pelo dom da vida.

Aos meus pais **Valter** e **Maria Aparecida** pelo apoio em todos os momentos da minha vida, por tanto carinho e cuidado comigo.

Ao meu filho **Guilherme** razão da minha vida.

Ao meu esposo **Luís Fernando** pelo incentivo e compreensão.

À minha orientadora professora doutora **Carmen Gracinda Silvan Scochi** que tanto me ajudou e ensinou nessa caminhada. Obrigada por não desistir de mim.

À **Vanessa Ferreira de Lima** doutoranda desta escola pela paciência e auxílio em diversas fases do meu trabalho.

À professora **Miyeko Hayashida** que me ajudou na análise e interpretação dos dados da pesquisa.

À enfermeira obstetra **Alessandra Sarno** pelo conhecimento oferecido ao grupo de trabalho em uma das nossas oficinas.

Ao ex-prefeito da minha cidade **David de Souza Miranda** e o atual **Geraldo Magela da Silva** pelo apoio e dispensa do trabalho para que pudesse realizar esse sonho.

Aos secretários de saúde: **Ednaldo de Jesus Gonçalves**, **Rita de Cássia Cintra Santos** e **Fábio Lucas de Oliveira** pelo apoio e compreensão das minhas ausências.

Heder Prates da Silva pelo carinho e ajuda nesta caminhada.

Damiana Rodrigues pelo ombro amigo em todos os dias de aula.

Meus **colegas e professores** do mestrado.

Vinícius do CEP/EERP pela ajuda e paciência.

Agradeço de maneira especial a todos os profissionais de saúde das duas unidades de saúde da família do município de Jacuí – MG que participaram ativamente do grupo de trabalho durante a pesquisa e também aos demais funcionários que fizeram avaliação do guia. Às mães que participaram das entrevistas e muito contribuíram para meu trabalho

A todos os meus colegas de trabalho da Unidade de Saúde Benedito Nogueira que tanto me apoiaram e cumpriram seus trabalhos nas minhas ausências.

A todos os meus familiares e amigos que torceram por mim.

Muito obrigada a todos!

“O que vale da vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

Cora Coralina

RESUMO

PROENÇA, Flávia Souza. **Desenvolvimento de um guia prático para incentivo ao aleitamento materno exclusivo em unidades de saúde da família do interior de Minas Gerais**. 2019. 193 f. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

O Brasil é reconhecido internacionalmente em políticas de saúde para incentivo ao aleitamento materno, porém na atuação como enfermeira gestora de uma Unidade de Saúde da Família (USF) percebe-se as limitações de conhecimento e habilidades para o manejo adequado da amamentação e a falta de sistematização dessa assistência para atender a recomendação do aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida. O objetivo geral deste estudo é desenvolver e avaliar um guia prático para sistematização da assistência de enfermagem e da equipe de saúde no incentivo e apoio ao AME em crianças até o sexto mês de vida, com acompanhamento das gestantes, do binômio mãe-bebê e da família na atenção básica. Trata-se de pesquisa de intervenção fundamentada no referencial teórico-metodológico da pesquisa-ação, realizada nas duas USF do município de Jacuí-MG, em três etapas: I – elaboração de um diagnóstico situacional sobre a situação do aleitamento materno e assistência recebida, por meio de entrevistas com 17 mães de bebês em seguimento nas duas USF; II – elaboração e aprovação do guia prático de incentivo e apoio ao AME nos primeiros seis meses de vida, com a participação ativa de um grupo de trabalho multiprofissional constituído por nove membros das equipes das duas USF, cujas atividades foram desenvolvidas em seis oficinas de trabalho; III – avaliação final desse guia, por meio da impressão geral dos demais profissionais atuantes nas duas USF (17) e gestor municipal (1), mediante preenchimento de questionário contendo escala de likert em 16 afirmações positivas/favoráveis relativas à conteúdo, organização e uso do guia e duas sobre o desejo de mudar e incluir algo no mesmo. A idade pós-natal média dos bebês foi de 99 dias e mediana 94 dias; a maioria estava em AME (52,9%) e os demais (47,1%) iniciaram o desmame com idade média de 56 dias e mediana de 53, tendo como principal motivo o pouco/diminuição do leite materno (42,1%). Na perspectiva materna, predominou o recebimento de orientações suficientes no pré-natal (94,1%), com obtenção de mais ajuda do enfermeiro (94,1%); não procurar ajuda na USF para amamentar (76,5%); recebimento de orientações sobre os benefícios/vantagens, cuidados com a mama, técnica/como amamentar e livre demanda, no pré-natal (94,1%) e no hospital (88,2%), e sobre dificuldades vivenciadas na amamentação (88,2%), no hospital; sentir-se apoiada/acolhida no pré-natal (88,2%), no hospital e no seguimento nas USF (70,6%). Dentre as ações sugeridas para melhoria dessa assistência destacam-se: mais orientações e ajuda/paciência dos profissionais nas primeiras mamadas (41,2%), no hospital; mais profissionais nos grupos de gestantes (23,5%), no pré-natal; e visitas domiciliares de médicos e/ou enfermeiros nos primeiros dias/semanas após alta hospitalar (52,9%), no seguimento nas USF. Na nota atribuída para a assistência recebida predominou 5 (cinco) seguido de 4 (quatro) no pré-natal (41,2% e 35,3%), hospital (47,0% e 23,5%) e seguimento nas USF (52,9% e 35,3%). O guia prático de incentivo e apoio ao aleitamento materno estruturado e aprovado pelo grupo de trabalho contém duas partes: dúvidas sobre o tema, trabalhadas sob a forma de perguntas e respostas; e ações, periodicidade e responsabilidade de cada membro da equipe multiprofissional no manejo da amamentação nas USF. Na avaliação final do guia, os demais profissionais manifestaram Concordo Fortemente (59,7%) e Concordo (40,3%) para o total de afirmações positivas sobre o conteúdo, organização e uso, predominando Concordo Fortemente em 14 afirmações positivas e Concordo em apenas duas; nenhum participante manifestou que gostaria de mudar e incluir algo no guia. Conclui-se que esta investigação possibilitou o reconhecimento sobre a

situação do aleitamento materno nas duas USF, mobilizou e agregou conhecimento teórico-prático sobre o manejo da amamentação ao grupo de trabalho, tendo como produto técnico a elaboração e aprovação do guia prático, considerado relevante para instrumentalizar e sistematizar a assistência no incentivo e apoio ao aleitamento materno até o sexto mês, no contexto da atenção básica, recomendando-se a sua implantação com capacitação das equipes de saúde da família do município.

Palavras chave: Aleitamento materno. Guia. Atenção primária à saúde. Enfermagem em saúde pública.

ABSTRACT

PROENÇA, Flávia Souza. **Development of an exclusive practical guide to breastfeeding incentive in family healthcare units in the countryside of Minas Gerais.** 2019. 192 sheets. Master Thesis – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Brazil is recognized internationally by healthcare policies on incentives to breastfeeding. However, in the practice as a head nurse of a Family Healthcare Unit (FHU), it is possible to notice the limitations of knowledge and skills to the proper management of breastfeeding and the lack of healthcare systematization to meet the recommendation of maternal exclusive breastfeeding (MEB) until the sixth month of life. The general aim of this study is to develop and evaluate a practical guide to systematize nursing care and the healthcare team in the incentive and support to MEB in infants until six months old, with the follow-up of pregnant women, mother-child binomials, and family in primary care. It is a interventional study, founded on the theoretical-methodological reference of research-action, conducted in two FHU in the town of Jacuí-MG, in three phases: I – development of a situational diagnosis about breastfeeding status and care provided, through interviews with 17 mothers of infants in follow-up at two FHU; II – development and approval of the practical guide to incentive and support to MEB in the first six months of life, with active participation of a multi-professional workgroup composed of nine members from the two FHU teams, whose activities were carried out in six workshops; III – final assessment of the guide through the general impression of other professionals acting in the two FHU (17) and municipal manager (1), using a questionnaire containing likert scale in 16 positive/favorable statements related to content, organization, and use of the guide and two related to the desire of changing or including something else. Infants' post-natal mean age was 99 and median age of 94 days; most was in MEB (52.9%) and the remaining (47.1%) started weaning at the mean age of 56 days and median of 53, having its main reason little/reduced maternal milk (42.1%). In the maternal perspective, we observed the predominance of enough guidance at pre-natal (94.1%), with more help from nurse (94.1%); not seeking for help in the USF to breastfeed (76.5%); receiving guidance on benefits/advantages, breast care, techniques/how to breastfeed and free demand during prenatal (94.1%) and in the hospital (88.2%), and on the difficulties experienced in breastfeeding (88.2%), and in the hospital; feeling supported-welcomed at prenatal (88.2%), in the hospital and in the follow-up in the FHU (70.6%). Among the actions suggested for healthcare improvement: more guidance and professionals' help/patience in the first suckles (41.2%), in the hospital; more professionals in pregnant women groups (23.5%) in prenatal; and home visits of physicians and/or nurses in the first days/weeks after hospital discharge (52.9%), in follow-up in the FHU. In relation to the score attributed to healthcare provided, there was a predominance of 5 (five) followed by 4 (four) in prenatal (41.2% and 35.3%), hospital (47.0% and 23.5%) and followed in the FHU (52.9% and 35.3%). The practical guide of incentive and support to maternal breastfeeding, structured and approved by the workgroup, has two parts: questions on the subject, developed in a question-answer format, and actions, periodicity and responsibility of each member of the multi-professional team in the management of breastfeeding in FHU units. In the final assessment of the guide, other professionals stated Strongly Agree (59.7%) and Agree (40.3%) for the total of positive statements about content, organization, and use, predominating Strongly Agree in 14 positive statements and Agree in only two; none participant stated that he/she would like to change and include something in the guide. We concluded that this investigation enabled the recognition on the situation of maternal breastfeeding in two USF; it mobilized and aggregated theoretical-practical knowledge of breastfeeding management to the workgroup,

having as technical product the development and approval of the practical guide, considering relevant to create an instrument and systematize care in terms of encouragement and support to maternal breastfeeding until the sixth month of life, in the setting of primary care, recommending its implementation with training to family healthcare teams in town.

Keywords: Breast feeding. Guideline. Primary health care. Public health nursing.

RESUMEN

PROENÇA, Flávia Souza. **Desarrollo de un guía práctico para incentivo a lactancia materna exclusiva en unidades de salud de la familia en el interior de Minas Gerais.** 2019.192 hojas. Disertación de Maestría – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Brasil es reconocido internacionalmente por políticas de salud para incentivo a lactancia materna, todavía en la actuación como enfermera gestora de una Unidad de Salud de la Familia (USF) se notan las limitaciones de conocimiento y habilidades para el manejo adecuado del amamantamiento y falta de sistematización de la atención para cumplir la recomendación de lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida. El objetivo general de ese estudio es desarrollar y evaluar un guía práctico para sistematización de la atención de enfermería y del equipo de salud en el incentivo y apoyo a LME en niños hasta el sexto mes de vida, con acompañamiento de las mujeres embarazadas, del binomio madre-niño y de la familia en la atención básica. Se trata de una investigación de intervención fundamentada en el referencial teórico-metodológico de investigación-acción, conducida en dos USF de la ciudad de Jacuí-MG, en tres etapas: I – elaboración de un diagnóstico situacional sobre la situación de la lactancia materna y atención recibida, por medio de entrevistas con 17 madres de niños en seguimiento en las dos USF; II – elaboración y aprobación del guía práctico de incentivo y apoyo a LME en los primeros seis meses de vida, con participación activa de un grupo de trabajo multiprofesional compuesto por nueve miembros de los equipos de las dos USF, cuyas actividades fueron desarrolladas en seis talleres; III – evaluación final del guía, a través de la impresión general de los otros profesionales que actúan en las dos USF (17) y del gestor municipal (1), por medio de cuestionario conteniendo escala de likert en 16 afirmaciones positivas/favorables relativas a contenido, organización y uso del guía y dos sobre el deseo de cambiar o incluir algo en el cuestionario. La edad postnatal media de los niños fue 99 días y la mediana 94 días; la mayoría estaba en LME (52,9%) y los otros (47,1%) empezaron el destete con edad media de 56 días y mediana de 53, siendo como principal motivo el poco/disminución de leche materna (42,1%). En la perspectiva materna, predominó la recepción de orientaciones suficientes en el prenatal (94,1%), con más ayuda del enfermero (94,1%); no buscar ayuda en la USF para amamantar (76,5%); recepción de orientaciones sobre los beneficios/ventajas, cuidados del pecho, técnica/cómo amamantar y libre demanda, en el prenatal (94,1%) y en el hospital (88,2%), y sobre dificultades vividas en la lactancia (88,2%), en el hospital; sentirse apoyada/acogida en el prenatal (88,2%), en el hospital y en acompañamiento en las USF (70,6%). Entre las acciones sugeridas para mejoría de la atención, se destacan: más orientaciones y ayuda/paciencia de los profesionales en las primeras mamadas (41,2%), en el hospital; más profesionales en los grupos de mujeres embarazadas (23,5%), en el prenatal; y visitas domiciliarias de médicos y/o enfermeros en los primeros días/semanas después de alta hospitalaria (52,9%), en el seguimiento en las USF. En la puntuación atribuida a la atención recibida, predominó el 5 (cinco) seguido del 4 (cuatro) en el prenatal (41,2% y 35,3%), hospital (47,0% y 23,5%) y seguimiento en las USF hospital (47,0% y 23,5%). El guía práctico de incentivo y apoyo a lactancia materna estructurado y aprobado por el grupo de trabajo contiene dos partes: dudas sobre el tema, trabajados bajo la forma de preguntas y respuestas, y acciones: periodicidad y responsabilidad de cada miembro del equipo multiprofesional en el manejo de la lactancia en las USF. En la evaluación final del guía, los otros profesionales manifestaron Totalmente de Acuerdo (59,7%) y de Acuerdo (40,3%) para el total de afirmaciones positivas sobre el contenido, organización y uso, predominando Totalmente de Acuerdo en 14 afirmaciones positivas y de Acuerdo en apenas dos; ningún

participante manifestó que le gustaría cambiar o incluir algo en el guía. Se concluyó que esta investigación posibilitó el reconocimiento sobre la situación de la lactancia materna en dos USF, movilizó y agregó conocimiento teórico-práctico acerca del manejo de la lactancia al grupo de trabajo, tomando como producto técnico la elaboración y aprobación del guía práctico, considerando relevante para instrumentalizar y sistematizar la atención en el incentivo y apoyo a la lactancia materna hasta el sexto mes, en el contexto de la atención básica, recomendándose su implantación con entrenamiento de los equipos de salud de la familia de la ciudad.

Palabras-clave: Lactancia materna. Guía. Atención primaria de salud. Enfermería en salud pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Anatomia da mama.....	160
Figura 2 – Técnica correta da amamentação.....	163
Figura 3 – Tipos de mamilos.....	165
Figura 4 – Estímulos mamilares.....	165
Figura 5 – Mamas normal e ingurgitada.....	166
Figura 6 – Mama ingurgitada.....	167
Figura 7 – Ordenha manual.....	168
Figura 8 – Fissura mamilar.....	169
Figura 9 – Mama com mastite.....	169
Figura 10 – Coleta de leite materno para armazenamento.....	174
Figuras 11 e 12 – Higienização oral com gaze e escova dental infantil.....	175
Figura 13 – Frênulo da língua.....	176

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese do desenvolvimento das oficinas de trabalho para confecção do guia prático de incentivo ao aleitamento materno nas USF. Município de Jacuí – MG, dezembro de 2018 a março de 2019.....	82
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das 17 mães entrevistadas segundo variáveis sociodemográficas. Unidades de Saúde da Família do município de Jacuí – MG, 2018....	71
Tabela 2 - Distribuição das 17 mães entrevistadas segundo variáveis obstétricas e neonatais. Unidades de Saúde da Família do município de Jacuí – MG, 2018.....	73
Tabela 3 - Distribuição das 17 mães entrevistadas nas Unidades de Saúde da Família segundo variáveis relacionada ao aleitamento materno. Município de Jacuí – MG, 2018.....	75
Tabela 4 - Distribuição das avaliações feitas pelas 17 mães entrevistadas sobre a assistência relativa ao aleitamento materno recebida no hospital e unidades de saúde da família (pré-natal e seguimento). Município de Jacuí – MG, 2018.....	77
Tabela 5 - Caracterização dos profissionais participantes da avaliação do guia prático. Unidades de Saúde da Família do município de Jacuí – MG, 2019.....	88
Tabela 6 - Afirmativas avaliativas sobre o guia prático de incentivo ao aleitamento materno segundo a impressão geral dos profissionais das USF. Município de Jacuí – MG, 2019.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GPECCA	Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
DNCR	Departamento Nacional da Criança
CPMI	Coordenação de Proteção de Saúde Materno Infantil
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
CORSAMI	Coordenação Saúde Materno Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PIB	Produto Interno Bruto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial de Saúde

IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
DAPE	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Kcal	Quilocaloria
RN	Recém-Nascido

SUMÁRIO

<i>1 Introdução</i>	23
<i>2 Revisão da literatura</i>	35
2.1 As vantagens do aleitamento materno	36
2.2 A amamentação na perspectiva da nutriz e auto eficácia da mulher na amamentação	39
2.3 A assistência no incentivo ao aleitamento materno	45
<i>3 Justificativa</i>	52
<i>4 Objetivos</i>	55
4.1 Objetivo geral.....	56
4.2 Objetivos específicos	56
<i>5 Material e método</i>	57
5.1 Tipo de estudo	58
5.2 Local	64
5.3 Participantes do estudo	66
5.4 Procedimentos e técnicas de coleta de dados	67
5.5 Análises dos dados.....	69
5.6 Aspectos Éticos	69
<i>6 Resultados</i>	70
<i>7 Discussão</i>	91
<i>8 Conclusão</i>	112
<i>Referências</i>	116
<i>Apêndices</i>	133
<i>Anexos</i>	191

Apresentação

Atuar como enfermeira na atenção primária me fez um mundo diferente na enfermagem. Me fez olhar os usuários do serviço público de saúde de maneira especial, além da doença. E o atrativo pela saúde da criança sempre foi forte na minha profissão. E atuando junto com outros profissionais das unidades de saúde da família pude perceber uma grande dificuldade em abordar o tema aleitamento materno desde o pré-natal até o seguimento da criança na atenção básica.

Havia um desencontro de opiniões e saberes sobre o tema o que prejudicava a assistência para a mãe e o bebê. Diante disso e percebendo um grande número de crianças em desmame precoce antes dos seis meses de idade, decidi estudar sobre o assunto e junto com as equipes de saúde da família do meu município desenvolver um guia prático para colaborar com todos que atuam nas unidades com objetivo de ensina-los e construir juntos uma nova rotina de assistência para esta população, incentivando o aleitamento materno exclusivo e diminuindo o desmame precoce dessas crianças.

Todo profissional de saúde sabe da importância do aleitamento materno para a criança, porém nem todos conseguem abordar isso de maneira adequada. E é aí que o guia pode ajudar na compreensão de diversas dúvidas a respeito do tema e na sistematização do cuidado multiprofissional de proteção, apoio e incentivo ao aleitamento materno, ajudando as mulheres desde o pré-natal e a mães e famílias após o parto e durante o acompanhamento da criança nas unidades de saúde da família.

Entendendo a construção e desenvolvimento deste estudo como um processo coletivo, a partir daqui modifico o tempo verbal do texto da primeira pessoa do singular para o impessoal.

1 Introdução

O incentivo ao aleitamento materno tem se constituído em aliado importante na redução da morbimortalidade infantil e na infância, integrando as ações básicas e integrais na saúde da criança e da mulher, operacionalizadas em ações estratégicas, programas e políticas de saúde.

O Brasil tem trajetória reconhecida internacionalmente de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, a qual está sintetizada a seguir.

O primeiro registro de política ligada ao aleitamento materno é a Constituição Brasileira de 1934, a qual preconiza, consolidada com as leis trabalhistas, que lactantes possam amamentar em estabelecimentos laborais, sem que ocorram prejuízos para as empresas e para as crianças (BRASIL, 1934).

Durante o Estado Novo (1937 a 1945) foi criado o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, cujas atividades eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. A partir da década de 40 do século passado, a gestão dessas atividades foi delegada ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro 1940, o qual passou a coordenar a assistência materno-infantil no país até 1969, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil (BRASIL, 2011a).

Com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, foi instituído o Ministério da Saúde, em 1953, que incorporou e assumiu as ações até então de responsabilidade do DNCr, o qual foi extinto em 1969 e, no ano subsequente, foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) vinculada à Secretaria de Assistência Médica, com a atribuição de planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, infância e adolescência (BRASIL, 2011a), incluindo o incentivo ao aleitamento materno, dentre as ações assistenciais.

Cabe assinalar ainda, que em 1966, o governo instituiu com a Portaria nº 58.826 o período de licença-maternidade de 12 semanas, em adesão a Convenção de Proteção à Maternidade (BRASIL, 1966).

Em 1972, o Ministério da Saúde iniciou a Política Nacional de Saúde e a área materno-infantil foi oficialmente regulamentada no Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), criado no ano de 1975, cujo propósito era contribuir para a redução da

morbimortalidade da mulher e da criança, sendo que o incentivo ao aleitamento materno passou a ser uma das prioridades. O PNSMI compreendia seis subprogramas: Assistência Materna, Assistência à Criança e ao Adolescente, Expansão da Assistência Materno-Infantil, Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Educação para a Saúde, e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2011a).

Em 1976, a CPMI passou a denominar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), que se tornou o órgão responsável pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente, no nível central, vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Posteriormente, em 1990, a DINSAMI passou a ser denominada Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), que tinha como competência a normatização da assistência à saúde da mulher e da criança, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo era garantir as condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano. Tal assistência compreendia ações de caráter promocional, preventivo, recuperador e reabilitador desses grupos. Em 1996, a CORSAMI foi extinta, dando lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, subordinadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto de gestão da atenção à saúde, desde o início da década de 1980, o Brasil tem incluído em sua agenda de prioridades em saúde a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sendo que essa linha de cuidado ficou sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Essa Área Técnica elaborou as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de zero a nove anos e apoia a sua implementação nos estados e municípios, dispondo de coordenadores nesses níveis com a responsabilidade de implementar localmente as estratégias propostas (SOUZA; ESPÍRITO SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Destaca-se ainda, a adesão ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, divulgado na 34ª Assembleia Mundial de Saúde no ano seguinte. A Resolução 33.32 de maio de 1980 foi a primeira resolução brasileira a abordar as restrições para o uso do leite artificial, em franca expansão à época, sendo precursora das demais atualizações e adequações legais (BRASIL, 2014b). O Brasil foi pioneiro em adotar o Código na sua totalidade.

Em 1981, foi lançado oficialmente o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição e com apoio do Fundo da Nações Unidas para Infância (UNICEF), uma estratégia de intervenção vinculada às causas identificadas como obstáculos ao aleitamento materno que englobavam campanhas de comunicação de massa e treinamento de profissionais (LEÃO *et al.*, 1989). Souza, Espírito Santo e Giugliani (2010, p. 34) relatam que

O PNIAM recebeu destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do marketing de leites artificiais.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), elaborado em 1983 pelo Ministério da Saúde, por meio da DINSAMI, teve como objetivo melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, o PAISMC desmembrou-se em dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2011a). As ações básicas do PAISC visaram na integralidade da assistência prestada nos serviços de saúde, contemplando a criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento e perseguindo o objetivo mais amplo de reduzir a morbimortalidade na faixa de zero a cinco anos de idade. Dentre os cinco objetivos específicos, destaca-se promover o aleitamento materno e orientar a alimentação no 1º ano de vida (BRASIL, 1934).

Outra iniciativa a destacar refere-se à criação dos Bancos de Leite Humano que surgiram no país em 1943, inicialmente com o único objetivo de obter leite humano, sem a preocupação de resgatar a lactação das mães dos receptores estimulando o aleitamento materno. Todavia, em 1985, o Ministério da Saúde investiu na criação de um novo modelo de bancos de leite, criando a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, cujo objetivo principal era assistir aos prematuros, os de baixo peso e os lactentes internados em unidades hospitalares, oferecendo-lhes leite materno como uma tentativa de diminuir o desmame precoce, assegurar a qualidade higiênica e sanitária além de uma estratégia para a diminuição da mortalidade infantil (CRONIC *et al.*, 2011).

No ano de 1988, a nova Constituição Federal veio contribuir para o incentivo ao aleitamento em duas vertentes: ao assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado,

subsidiando a implementação do SUS e permitindo incrementar a atenção básica, a ambulatorial especializada e a hospitalar voltadas para o incentivo ao aleitamento materno; e também assegurou o direito de licença de 120 dias à gestante, sem prejuízo de seu emprego ou salário (FIGUEIREDO; MATTAR; ABRAÃO, 2012).

Em 1990, o Brasil assinou a Declaração de Inocenti em Florença, na qual estabeleceu que as mulheres deveriam estar orientadas e ter respaldo de legislação que lhe permitissem amamentar seus filhos exclusivamente dos quatro aos seis meses de vida, podendo ampliar para dois anos, associando com alimentação complementar (FIGUEIREDO; MATTAR; ABRAÃO, 2012).

A Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) foi aprovada em 1992 por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, substituindo as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes na Resolução de 1988 (FLACKING *et al.*, 2006).

Em 1991, o UNICEF e a Organização Mundial de Saúde (OMS) idealizaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), consolidada no ano seguinte. Essa iniciativa visa promover, proteger e apoiar a amamentação para diminuir os índices de mortalidade infantil e de desmame precoce, que continuavam altos na população brasileira. Para ser um hospital credenciado é necessário assegurar o uso dos Dez Passos para o Sucesso na Amamentação, implantar o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno e elaborar uma legislação de proteção ao direito da mulher trabalhadora implementando-a com êxito. Esse foi o passo principal para a próxima política pública que iria mudar ainda mais o panorama do aleitamento materno no país (FLACKING *et al.*, 2006). A média da duração do aleitamento materno, que era de apenas 2,5 meses em 1975, passou a ser de 5,5 meses em 1989 e de 7 meses em 1996, mostrando uma efetividade da iniciativa (CARNEIRO, 2000).

Também em 1992 surge a Semana Mundial da Amamentação como uma das estratégias de mobilização dos profissionais de saúde e comunidade pela importância da manutenção do aleitamento natural. Essa iniciativa de âmbito nacional atinge todos os municípios anualmente, que durante essa semana desenvolvem atividades para a comunidade local na tentativa de estimular o aleitamento materno como prática biológica e benéfica para o binômio mãe-bebê (GONÇALVES *et al.*, 2006).

Em 1993, a Resolução nº 18 de 1983 foi revisada e atualizada, levando à publicação da Portaria nº 1016, do Ministério da Saúde, referente às normas básicas para o funcionamento do alojamento conjunto, a qual estabeleceu sua obrigatoriedade nas

maternidades próprias, contratadas e conveniadas ao extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. O alojamento conjunto é um facilitador para a amamentação, pois o binômio mãe-bebê permanece 24 horas por dia no mesmo ambiente hospitalar (GORDIS, 1996).

Em 1996, inicialmente no estado do Ceará, surge o projeto “Carteiro Amigo da Amamentação”, uma parceria entre sistema de saúde e empresa de correios e telégrafos apoiados pelos carteiros, divulgando informações de casa em casa para gestantes e nutrízes, com entrega de material educativo e enfoque nos Dez Passos para o sucesso na amamentação. Em julho de 1999, esse projeto se amplia para o Nordeste e, em 2002, para todo o Brasil, devido à melhora na permanência do aleitamento materno exclusivo – AME (GIUGLIANI, 2000).

Quanto a gestão das ações no Ministério da Saúde, em 1998, as coordenações foram substituídas pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. No mesmo ano, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi extinto, e suas ações incorporadas pela Área Técnica de Saúde da Criança, que passou a se denominar Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (BRASIL, 2011a).

Uma das iniciativas de maior impacto na valorização da mulher, no processo do amamentar, decorreu do programa de treinamento “Aconselhamento em Amamentação”, dirigido a profissionais que assistem a mulher nesse período, idealizado em 1995 pelo UNICEF e pela OMS, e implementado no Brasil em 1999. O curso ainda é ministrado em todos os estados, sendo precursor na capacitação dos profissionais de saúde no uso de habilidades de comunicação interpessoais, como “ouvir e aprender” e “desenvolver confiança e apoio” que podem ter impacto na melhoria da assistência em amamentação, ajudando as mães a superarem dificuldades (LEITE; SILVA, 2002).

No mesmo ano, surgiu a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação na cidade do Rio de Janeiro, dando a oportunidade para profissionais desenvolverem técnicas no manejo e apoio à nutriz, bem como para essas mulheres serem atendidas de forma digna no nível primário de atenção, evitando o desmame precoce. Essa iniciativa é parte da política da IHAC cuja expansão embasou os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica à Saúde (SANTORO JUNIOR; MARTINEZ, 2007).

Em 2000 surgiu oficialmente outra estratégia fundamental, o método mãe-canguru, denominado Método Canguru, e normatizado a partir da Portaria nº 693 do Ministério da

Saúde, que define a Norma de Orientação para Implantação do Método Canguru, destinado a promover a Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2013a).

Em 2005, o governo brasileiro lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com o desafio de assumir a conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, apresentando linhas de cuidado integral, dentre elas a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno, com base em três pilares garantidos por proteção legal e mobilização social: estímulo ao aleitamento materno nas unidades de saúde da família (USF), na sala de parto e maternidade e após a alta hospitalar (BRASIL, 2004).

Em 2006, estabeleceu-se o Pacto pela Saúde, cujos compromissos e metas também incluíam o AME como padrão ouro no combate à mortalidade infantil e neonatal por causas evitáveis. Este Pacto ratifica todos os compromissos e metas formulados na Declaração do Milênio e na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

Em 2008, a Portaria nº 11.770 cria o Programa Empresa Cidadã, que prorroga por 60 dias a licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 2008), possibilitando que o AME seja prolongado.

Um dos desdobramentos das metas a serem atingidas nos pactos realizados na área materno-infantil foi a Rede Amamenta Brasil, criada em 2008 por meio da Portaria nº 2.799, diante da necessidade de a amamentação ser compreendida pelos profissionais e pela sociedade como um processo não apenas biológico, mas também social e cultural, e da necessidade de se estabelecer uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica. Esta rede incluiu as diretrizes e práticas da alimentação complementar saudável para lactentes até dois anos de idade (BRASIL, 2011c). Em 2012, essa rede foi somada a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil que integra também a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (BRASIL, 2012), cuja integração de ações resultou na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, instituída pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, tendo como objetivo qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, com o aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde da atenção básica (BRASIL, 2013b); essa estratégia continua em implantação em vários municípios pelo Brasil.

Sintetizando as diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que vêm sendo implementadas no país, Souza, Espírito Santo e Giugliani (2010) consideram que a Política Nacional de Aleitamento Materno está organizada em seis braços estratégicos: **1)** Na Atenção Básica, o incentivo ao aleitamento materno feito por intermédio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Rede Amamenta Brasil), que viabiliza a “revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais. Tem como pilares de sustentação os tutores, profissionais com experiência em aleitamento materno preparados para utilizarem referenciais da educação crítico reflexiva no ensino e aprendizagem do aleitamento materno em oficinas com duração de 40 horas. Os tutores são responsáveis por coordenar oficinas junto às equipes da atenção básica de saúde para a discussão da prática do aleitamento materno no contexto do processo de trabalho das UBS, além de acompanhar e auxiliar as equipes na implementação das ações pactuadas em prol da amamentação e no monitoramento dos índices de aleitamento materno da população atendida”. **2)** Na atenção hospitalar, destacam duas iniciativas que têm contribuído para aumentar os índices de aleitamento materno. A IHAC tem por objetivo resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso por meio de mudanças nas rotinas das maternidades para o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. E o Método Canguru que constitui um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido de baixo peso, que além de promover maior apego entre mãe e filho, influencia positivamente as taxas de aleitamento materno nesse segmento populacional. **3)** Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a maior e mais complexa do mundo, que além de coletar, processar e distribuir leite humano, também presta assistência às lactantes cujos filhos estão hospitalizados ou têm dificuldades com a amamentação. **4)** Proteção legal ao aleitamento materno, por meio da adoção do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, estabelecimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (1988), a partir da qual criou-se a Lei 11.625 (2006), que regulamenta a promoção comercial e dá orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até três anos. Ainda, a licença maternidade que era de quatro meses, foi ampliada para seis meses em 2008. Mais recentemente, está sendo estimulada a criação de Salas de Apoio à Amamentação nas empresas que possibilitam à mulher trabalhadora coletar seu leite e armazená-lo com segurança durante a jornada de trabalho, para que seja oferecido ao bebê

durante sua ausência. **5)** Ações de mobilização social como a Semana Mundial de Amamentação, com a participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade, o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, com o objetivo de aumentar o volume de leite humano doado no país, bem como o Projeto Carteiro Amigo, com participação dos carteiros que incentiva o aleitamento materno em inúmeros municípios e engajamento do Corpo de Bombeiros Militares responsável pela busca do leite humano nas residências das doadoras. **6)** Monitoramento das ações e práticas de amamentação, mediante inquéritos nacionais, no dia da campanha nacional de vacinação contra poliomielite (primeiro em 1999 e segundo em 2008), e também de outras pesquisas de âmbito nacional passaram a investigar as práticas de aleitamento materno como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada a cada 10 anos.

Outra estratégia lançada em 2011 foi a Rede Cegonha, tendo como objetivo principal a redução da mortalidade materna e neonatal. Suas ações se estendiam desde o pré-natal até acompanhamento da criança durante seus 24 meses de vida, incluindo a avaliação e orientação de seu crescimento e desenvolvimento, calendário de vacinas, promoção e incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2011b).

Em 2014, foi lançada a Portaria nº 1.153 que redefine os critérios de habilitação da IHAC, incluindo o Cuidado Amigo da Mulher, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS (BRASIL, 2014a).

Em 2015, a Portaria nº 1.130, de 05 de agosto, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) na esfera do SUS, com o objetivo de

... promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015b, Art. 2º).

Está estruturada em sete eixos estratégicos

“... com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças” (BRASIL, 2015b, Art. 6º).

O segundo eixo estratégico da PNAISC refere-se ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, incluindo as seguintes ações estratégicas: a IHAC; a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; a Ação de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta; a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a implementação da NBCAL e a Mobilização social em aleitamento materno (BRASIL, 2015b, Art. 8º).

Em 03 de novembro de 2015, durante a 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, foi assinado o Decreto nº 8.552, de regulamentação da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), prevista na Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, consagrado como um momento histórico para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. Inclui um conjunto de normas que regulam a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a crianças de zero a três anos de idade, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras, com o objetivo de assegurar o uso apropriado desses produtos de modo a não interferir na prática do aleitamento materno, configurando-se como importante instrumento para o controle da publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que concorrem com a amamentação (BRASIL, 2015c).

No que se refere a gestão das linhas de ação relacionadas ao aleitamento materno, a partir da revogação dos Decretos nº 8.065/2013 e nº 8.490/2015, o governo federal, por intermédio do Decreto nº 8.901 de 10 de novembro de 2016, modifica a estrutura regimental do Ministério da Saúde, que dentre seus seis órgãos específicos singulares inclui a Secretaria de Atenção à Saúde, à qual se vincula o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Dentre as competências do DAPE, inclui a coordenação do processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde em oito segmentos, os quais destaca-se quatro com aderência ao tema em foco neste projeto: criança e aleitamento materno; bancos de leite materno; saúde da mulher e Rede Cegonha no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

Em 2017, divulga-se documento que traz contribuições para a formulação e pactuação da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno que *“visa reforçar, adequar, ampliar e integrar intervenções e estratégias relacionadas ao aleitamento materno com vistas à sua consolidação como uma política de Estado, que induza e acelere a adesão à prática da amamentação e sua manutenção por tempo desejável, como preconizado pela OMS, Unicef e Ministério da Saúde”*, isto é, AME até os seis meses e manutenção do aleitamento materno até dois anos ou mais de vida (BRASIL, 2017, p. 22). Destaca-se a diretriz articuladora desta Política ao integrar todos os programas, estratégias e

iniciativas que estão sendo operacionalizados no país, com a expectativa de que a sua pactuação interfederação e intersetorial possa alavancar os avanços necessários à expansão da prática da amamentação.

É por essa trajetória nacional que o Brasil é referência mundial em amamentação, cujo impacto aumentou o índice de aleitamento materno a partir de 2006, pois pesquisas da década de 1970, mostraram que as crianças brasileiras eram amamentadas em média dois meses e meio, e em 2006-2007, essa média subiu para um ano e dois meses; a prevalência do AME até o sexto mês de vida (41%) é o dobro das taxas registradas nos Estados Unidos da América, Reino Unido e China (BRASIL, 2017).

A II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, incluindo 34.366 crianças menores de um ano que compareceram à segunda fase da campanha de multivacinação de 2008, em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal, mostrou ainda, que 67,7% das crianças iniciaram a amamentação na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luís/MA; a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0%, havendo grande variabilidade entre as regiões, sendo 27,1% em Cuiabá/MT e 56,1% em Belém/PA; a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno de 341,6 dias (11,2 meses). Da comparação com os dados coletados na pesquisa anterior, constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008, com aumentos mais expressivos nas regiões Sudeste, Norte e Centro Oeste. A comparação do percentual de crianças entre nove e 12 meses amamentadas, também mostrou aumento, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008. Verificou-se ainda, redução expressiva do uso de chupeta, de 57,7% para 42,6%, respectivamente em 1999 e 2008 (BRASIL, 2009a).

A ascensão dos indicadores nacionais é resultado das estratégias e políticas nacionais de incentivo ao aleitamento materno como: IHAC, Estratégia Mãe Canguru, aumento da cobertura dos Bancos de Leite Humano, implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e também a licença maternidade remunerada de quatro para seis meses, sendo de forma opcional pelas empresas (ROLLINS *et al.*, 2016).

Por outro lado, estudo mais recente atualiza a análise da tendência desses indicadores de aleitamento materno no Brasil nas últimas três décadas, com a incorporação de dados recentes provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde, portanto, utilizando dados secundários de quatro inquéritos nacionais (1986, 1996, 2006 e 2013). A tendência ascendente até 2006 (aumentou de 2,9% em 1986 para 37,1% em 2006) não se confirmou em 2013, pois houve

relativa estabilização com prevalência de 36,6% do AME em menores de seis meses. O aleitamento materno (proporção de crianças nascidas nos últimos dois anos que foram amamentadas alguma vez nas últimas 24 horas) e o aleitamento materno continuado ao primeiro ano de vida (proporção de crianças entre 12 a 14 meses de vida amamentadas a época da entrevista) também tiveram tendência ascendente até 2006 (aumentou respectivamente de 37,4% e 25,5% em 1986 para 56,3% e 47,2% em 2006) e, após, relativa estabilização com prevalência de 52,1% e 45,4%, respectivamente, em 2013. Diferentemente, o indicador aleitamento materno continuado aos dois anos de vida (proporção de crianças entre 21 a 23 meses de vida amamentadas a época da entrevista) teve comportamento distinto, pois a prevalência permaneceu relativamente estável, em torno de 25% entre 1986 e 2006, e aumentou para 31,8% em 2013. Consideram-se esses resultados um sinal de alerta, urgindo a avaliação e revisão das políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, fortalecendo aquelas existentes e propondo novas estratégias para retomar a tendência ascendente dos indicadores (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Neste contexto, nas últimas décadas, o desmame precoce e o uso indiscriminado de substitutos do leite materno tem se constituído em preocupação cada vez mais frequente entre os profissionais de saúde, permanecendo o desafio de incrementar a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês.

Como enfermeira de uma USF tenho vivenciado o desmame precoce e as dificuldades da manutenção do AME e, muitas vezes, o despreparo da equipe para lidar com o complexo processo do aleitamento materno. Motivada em implementar melhorias na assistência de enfermagem nesse processo, o presente estudo tem como foco a sensibilização e treinamento da equipe no incentivo ao aleitamento materno da clientela materno infantil da nossa área de cobertura.

2 Revisão da literatura

Para contextualizar nosso objeto de estudo descreve-se a seguir, as vantagens do aleitamento materno, a perspectiva da nutriz nesse processo, os aspectos relacionados a assistência no incentivo ao aleitamento materno e dificuldades na amamentação.

2.1 As vantagens do aleitamento materno

As vantagens nutritivas do aleitamento materno são bem conhecidas por seus componentes em sua composição.

O leite materno contém aproximadamente 70 kcal/100ml, sendo que os lipídios promovem 51% da energia total do leite, carboidratos fornecem 43% e proteínas 6%. Assim sendo, na amamentação o bebê recebe uma dieta rica de lipídios, no qual seu metabolismo utiliza-o como principal fonte de energia (CURY, 2009). As concentrações de lipídios se modificam tanto que em relação à dieta materna, bem como ao longo da mamada, importante para que bebê esteja saciado. Os ácidos graxos são essenciais para o metabolismo cerebral, como também para o transporte de vitaminas e hormônios lipossolúveis (ANCONA LOPEZ; JUZWIAK, 2003). A lactose é o principal carboidrato encontrado no leite materno. Além do papel nutricional, a lactose auxilia a absorção de cálcio e ferro e promove a colonização intestinal com *lactobacillus bifidus* que auxilia na redução do pH intestinal, evitando o crescimento de enterobactérias e infecções intestinais (LAMOUNIER; VIEIRA; GOUVÊA, 2001).

Em relação às vitaminas, o leite materno apresenta as vitaminas A e do complexo B, que podem variar de acordo com a ingestão materna (SILVA; MURA, 2010).

A composição do leite humano é considerada completa para nutrir uma criança até sexto mês de vida (BRASIL, 2015a). É de fácil digestão por ter como principal proteína a lactalbumina enquanto o leite de vaca possui caseína de difícil digestão para os humanos (BRASIL, 2009b).

Tendo uma nutrição adequada, o leite materno evita infecções intestinais que podem acometer a criança. Já os benefícios, em longo prazo, têm indicado que a alimentação com leite materno está associada a menor risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, obesidade e doença cardiovascular, entre outros (TADDEI *et al.*, 2011).

As fórmulas infantis podem trazer grandes danos a criança, como infecções gastrointestinais e por ter que serem preparadas, ou seja, não vem prontas para consumo,

podem ter riscos de contaminações durante esse preparo. Crianças alimentadas com leite materno exclusivo, ao serem comparadas com crianças desmamadas, apresentam 14 vezes menor risco de morrer por diarreia no primeiro ano de vida. E crianças menores de dois meses de idade, o risco entre as desmamadas é 23 vezes maior quando comparadas às amamentadas (HUFFMAN *et al.*, 1991).

A amamentação exclusiva protege as crianças pequenas de terem casos mais graves de infecção respiratória. Estudo de caso-controle realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, analisou que crianças não amamentadas apresentaram risco 17 vezes maior de serem internadas por pneumonia do que as que recebiam apenas leite materno exclusivo (CURY, 2009).

A amamentação pode diminuir risco de doenças crônicas, como as autoimunes, celíaca, de Crohn, colite ulcerativa, linfoma, diabetes mellitus e alergia alimentar (CASAGRANDE *et al.*, 2008).

Há diferenças de crianças quanto ao crescimento físico e ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional relacionadas ao aleitamento materno ou outro alimento (VANDENPLAS *et al.*, 2011). A imunidade fica fortalecida e há uma melhora no sistema digestivo e gastrointestinal da criança que se alimenta com leite materno (SILVA *et al.*, 2008).

Uma amamentação eficaz previne também a morte de muitas crianças menores de cinco anos (VICTORA *et al.*, 2016).

Outros fatores importantes também se incluem ao ato de amamentar, como: diminuir as malformações da dentição, estimular e exercitar o processo de fala e proporcionar apoio emocional ao RN (SPYRIDES *et al.*, 2005).

O bebê quando suga o seio materno exercita a musculatura da face de maneira eficaz para desenvolvimento oral e facial, o que não acontece quando bebê suga o bico de mamadeira. Ainda auxilia na correção do retrognatismo mandibular, o qual é corrigido com nascimento dos primeiros dentes e a amamentação é um aliado importante para essa correção (LANFREDI, 2018).

Segundo King (2001) e Cury (2009), o estabelecimento do vínculo mãe filho é uma das vantagens do aleitamento materno por permitir a união entre mãe e bebê, construindo assim um elo precoce e forte que influenciará positivamente no desenvolvimento e no relacionamento da criança na sociedade.

Com relação aos laços afetivos mãe e filho, a mulher que amamenta não está dando somente leite materno, está vivenciando um momento único em que poderá fazer aflorar sensações prazerosas que irão influenciar sobremaneira na afetividade da mãe e do filho (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Quanto as vantagens para a mãe nutriz há evidências de que a prática da amamentação diminui os riscos de câncer de mama, de certos cânceres ovarianos, algumas fraturas ósseas e de morte por artrite reumatoide, além de contribuir para maior amenorreia pós-parto (BRASIL, 2012). Victora *et al.* (2016) também reforçam que uma amamentação eficaz evita o câncer de mama em grande número de mulheres.

Na perspectiva da família, as vantagens da amamentação estão relacionadas com o custo, a praticidade e o estímulo ao vínculo mãe-bebê. Para o Estado, a principal vantagem do aleitamento materno é seu baixo custo, comparado com a alimentação da criança com fórmulas infantis ou com outros tipos de leite (BRASIL, 2012). Estima-se que complementar a alimentação da lactante é aproximadamente 75% e 21% menor que o custo da alimentação do bebê com fórmulas e leite de vaca, respectivamente, considerando-se esta medida econômica tanto para a família como para o Estado (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Segundo Victora *et al.* (2016), nos países menos desenvolvidos a prática da amamentação é diminuída. O custo de uma alimentação artificial pode custar de 10% a 80% do salário mínimo, dependendo da necessidade da criança, sendo que em países mais desenvolvidos esse valor é de aproximadamente 2% do salário mínimo (WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION, 2003).

A amamentação é considerada uma intervenção eficaz e incontestável para diminuição da mortalidade infantil (DARMSTADT *et al.*, 2005). Quanto menor a criança maior o risco de morte. A mortalidade por doenças infecciosas é bem maior em crianças menores de dois anos que não receberam aleitamento materno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Fundamentada em revisão sistemática da literatura que mostrou que o AME por seis meses traz benefícios para a mãe e o seu filho, sem prejudicar o crescimento da criança, desde 2001 a OMS passou a recomendar a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Nesse contexto, a Assembleia Mundial da Saúde, em 2012, propôs uma meta para aumentar em 50% a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

2.2 A amamentação na perspectiva da nutriz e auto eficácia da mulher na amamentação

Em metanálise com 22 estudos epidemiológicos brasileiros, indexados nas bases de dados Bireme, Scielo e Pubmed, publicados no período de janeiro 2000 a dezembro de 2015, Pereira-Santos *et al.* (2017) constataram que os principais fatores de exposição relacionados ao recém-nascido responsáveis pelo aumento da ocorrência de interrupção do AME foram: baixo peso ao nascer (OR= 1,17; IC95%: 1,05-1,29), sexo feminino (OR= 1,09; IC95%: 1,04-1,13) e uso de chupeta (OR= 2,29; IC95%: 1,68- 2,91). Os fatores de exposição relacionados à mãe que contribuíram significativamente para ocorrência de interrupção do AME foram: idade materna inferior a vinte anos (OR= 1,22; IC95%: 1,12-1,33), baixa escolaridade (OR=1,28; CI 95%: 1,11-1,45), primiparidade (OR= 1,17; IC95%: 1,02-1,32), trabalho materno no puerpério (OR= 1,26; IC95%: 1,11-1,41) e baixa renda familiar (OR= 1,22; IC95%: 1,08-1,37). Os autores concluem que a maioria desses fatores poderiam ser modificados por meio de políticas públicas de acompanhamento adequado durante todo o pré-natal, com ações de promoção do AME.

No estudo transversal e quantitativo de Queluz *et al.* (2012), realizado com 275 crianças menores de 6 meses de idade, residentes em um município do interior paulista, que compareceram à segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a poliomielite, no ano de 2009, a análise multivariada apontou que as mães que trabalham fora sem licença-maternidade tiveram três vezes mais chance de desmamarem precocemente seus filhos.

Os profissionais de saúde devem identificar junto com a lactante suas necessidades, dúvidas, crenças e mitos, identificando fatores relevantes que poderão influenciar na amamentação (SPYRIDES *et al.*, 2005), para além dos fatores apontados anteriormente.

A figura do leite “fraco” é uma das principais causas da complementação citadas pelas mães. A aparência aguada do leite materno, principalmente do colostro, faz com que a mãe interprete esse leite como insuficiente para seu bebê. Muitas mães têm desejo de oferecer leite de vaca devido sua aparência, achando que será mais forte para seu filho (BOSI; MACHADO, 2005). É importante também lembrar que mesmo com leite maduro o primeiro leite nas mamadas é de cor mais clara e que na mesma mama, após alguns minutos de sucção, o leite já é mais amarelado ou branco e mais rico em gorduras. Diante disso a importância de orientar as mães a oferecer uma mama para o bebê até esvaziá-la e depois, oferecer a outra mama para que ele consiga sugar o leite mais rico em gorduras (BRASIL, 2015a).

Forster *et al.* (2007) identificaram que o fator cultural é importante para a mulher, sendo que pode favorecer o oferecimento de outros leites ou líquidos para bebês; muitas mães são influenciadas por avós, outros parentes que acreditam que o leite materno é “fraco”.

Ainda, devido ao choro forte e incessante do bebê e o pensamento de fome, a mãe entende que tem pouco leite e que há necessidade de introduzir outro tipo de alimento, substituindo o leite materno (McCANN; BENDER, 2006).

Um bebê saudável mama em torno de oito a doze vezes por dia e muitas mães interpretam isso como “leite fraco” e “pouco leite”, que pode até levar ao desmame precoce. O “leite fraco” é uma crença, culturalmente repassada de geração para geração, decorrente da coloração do primeiro leite (leite maduro anterior), semelhante a água de coco, por apresentar menos gordura que o leite maduro posterior liberado com a sucção do bebê. Ainda, a insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente seu bebê, muitas vezes reforçadas por pessoas próximas, faz com que o choro e as mamadas frequentes do bebê (comuns em bebês pequenos) sejam interpretados como fome. O leite insuficiente ou “pouco leite” só pode ser mensurado de acordo com o ganho de peso do bebê, com seu desenvolvimento e com mensuração do volume de leite por meio de ordenhas. Destaca-se que o “leite fraco” e o leite insuficiente são importantes causas alegadas pelas mães para a interrupção precoce do aleitamento materno (BRASIL, 2015a).

O estado emocional, o meio em que a mãe está vivendo, interfere muito em sua produção e ejeção de leite, ou seja, se a mãe estiver estressada, ansiosa, com problemas familiares, sentindo dor na amamentação, esse processo ficará prejudicado, devido à dificuldade de liberação da ocitocina, um dos principais hormônios responsável pela produção de leite (BRASIL, 2009b). Com relação a dor, destaca-se a importância da posição do bebê que deve ser corrigida fazendo a “pega correta”, ou seja, com a boca aberta capaz de abocanhar grande parte da aréola, que deve estar flexível ou macia, e nesse momento, a mãe não deve sentir dor (BRASIL, 2009b; 2015).

A amamentação, segundo o “senso comum”, é considerada uma prática natural e de fácil execução, basta a mãe “oferecer o peito, o leite sai e o bebê mama” (NAKANO, 2003). Porém, os RN em seus primeiros dias de vida podem ter dificuldade para sugar por não estarem acostumados com aquela situação (VAUCHER; DURMAN, 2005). Eis então que surge o mito de o bebê não querer pegar peito, como um dos motivos referidos para a complementação precoce.

A mulher tem também a imagem de que amamentar pode deixar seus seios flácidos, muda sua aparência e isso pode interferir no desejo de amamentar. A imagem que a gestante tem do seu corpo também pode interferir na sua visão durante o aleitamento materno, de modo que quando essa percepção é negativa, aleitar causa flacidez na mama, aumenta os mamilos, tornando-os feios, podendo essas crenças contribuir para o insucesso da lactação (CURY, 2009). Na fala das mães, o cotidiano interfere muito, algumas acreditam que quanto mais tempo amamentar mais os seios ficam flácidos (ALVES, 2003).

Em estudo bibliográfico na abordagem qualitativa, Marques, Cotta e Priore (2011) identificaram os vários mitos e crenças relacionados ao aleitamento materno, dentre os quais "os seios caem com a lactação", "amamentação: dever materno" e "aleitamento materno: expressão do amor da mãe para com seu filho".

Segundo Gusman (2005) tanto a família, os profissionais de saúde e a sociedade, quanto a mulher, cobram da lactante a responsabilidade pela escolha correta da alimentação do filho e não lhe conferem o direito de errar. Perante a sociedade, o aleitamento materno mostra-se como um fator importante que reafirma o dever e a responsabilidade da mãe-nutriz (NAKANO, 2003).

Algumas práticas durante o trabalho de parto e logo após o nascimento podem facilitar o início da amamentação. Estudos discutem que experiências estressantes de parto estão associadas à menor sucesso na amamentação e atraso no início do processo de lactação. O contato pele a pele leva a eventos hormonais importantes para a relação mãe-bebê. O toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago e isto, por sua vez, faz com que a mãe libere ocitocina, hormônio responsável, entre outras ações, pela saída e ejeção do leite. Esse hormônio faz com que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê. Ainda, a ocitocina reduz a ansiedade materna, aumentando sua tranquilidade (MERCER *et al.*, 2007).

Para o sucesso da amamentação é preciso olhar para basicamente três fatores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte a amamentação (UNICEF, 2008).

O tempo que dura as mamadas não é relevante, pois muitos bebês mamam 90% do que precisam em apenas quatro minutos. O horário também não é considerado, pois a criança deve ser alimentada em livre demanda. As pesagens do bebê nas consultas e a avaliação do seu desenvolvimento é um excelente modo de verificação se o leite da mãe está sendo suficiente ou não (UNICEF, 2012).

No estudo de Campos *et al.* (2015) as mulheres sem vínculo empregatício foram as que mais ofereceram outro tipo de leite antes dos seis meses, o que difere de outras investigações nas quais o fato da mulher não trabalhar conferiu fator positivo e facilitador ao sucesso da amamentação. Assim, levanta-se a hipótese de que as mulheres sem vínculo empregatício, bem como as primíparas, possivelmente inexperientes, sejam menos informadas e mais suscetíveis à influência do meio, portanto, mais propensas a acreditar que a oferta de outro leite é necessária ou não interfere no AME.

No estudo de Gonçalves *et al.* (2006) verificou-se a crença de que o uso de chá e água é essencial para a criança se hidratar, devido ao clima quente. Para essas mães, o leite materno “não mata a sede” do bebê.

Por outro lado, a indicação de pediatras a oferecer outro tipo de líquido para criança faz com que mães, principalmente as menos experientes, acreditem nessa necessidade, muitas vezes por estar passando pelo momento de medo e dúvidas (GIUGLIANI, 2010).

O comportamento pode ser influenciado não apenas pelo conhecimento intelectual, mas por crenças e culturas presentes na realidade em que a mulher está inserida. Portanto, o conhecimento nem sempre é garantia da prática adequada do aleitamento.

Há muitos riscos da introdução de líquidos e alimentos à dieta da criança menor de seis meses, dentre os quais incluem: redução da ingestão de leite materno e seus benefícios, dificuldade em estabelecer aleitamento materno eficaz e redução da confiança materna, reforçando a crença negativa de que leite materno é insuficiente (POPKIN *et al.*, 1990). O oferecimento precoce de alimentos complementares leva a maior ocorrência de anemia, doenças infecciosas, gastrointestinais e respiratórias, e comprometimento do crescimento da criança. Além disso, pode causar na mãe ingurgitamento mamário, mastite, retorno mais rápido da fertilidade, vínculo entre mãe e bebê prejudicado e efeitos financeiros devido alto custo de fórmulas infantis (MERCER *et al.*, 2007).

A estabilidade conjugal dos pais é apontada como uma influência positiva para o AME, pois, a mulher tendo apoio do seu companheiro se sente mais segura ao amamentar.

Sabendo disso, os profissionais podem pensar em estratégias para promover o AME utilizando de orientações, favorecendo um ambiente acolhedor, no qual as mulheres, os companheiros e familiares possam expor suas crenças, dúvidas e sentimentos e receber importante apoio dos profissionais de saúde na atenção básica incentivando o aleitamento materno (SANTOS *et al.*, 2006).

O aleitamento materno está associado ao amadurecimento biológico e emocional da mãe. Por isso as mulheres com maior idade e com maior número de gestação estão mais propensas a amamentar e por um período de tempo mais prolongado (BARBIERI *et al.*, 2015).

A condição financeira da mãe é outro fator importante na amamentação, pois vendo-se na necessidade de ajudar na renda da família, muitas mães deixam seus filhos para trabalhar, comprometendo assim o AME; a mãe passa ser também dona de casa e trabalhadora, diminuindo assim o acompanhamento dos filhos (HENRY *et al.*, 2010). Ainda, grande parcela delas não trabalha formalmente e assim, não tem direitos trabalhistas como licença maternidade, 13º salário e férias remuneradas, interferindo na amamentação exclusiva (VIANNA *et al.*, 2007).

Outro fator que influencia no ato de amamentar é a auto eficácia na amamentação, que seria a confiança materna na habilidade para amamentar, essa confiança vem através de experiências vividas e um suporte pessoal. Pode ser analisado por profissionais que identificam as dificuldades e os riscos para desmame precoce, podendo assim realizar ações que modifiquem esse quadro (KOOLS; THIJS; DEVRIES, 2005).

Segundo o construto da auto eficácia, a mãe precisa acreditar que poderá amamentar e que esse comportamento é necessário, sentindo-se de capaz de executar o ato (BANDURA, 1977). Com isso a auto eficácia na amamentação está relacionada ao entendimento da mulher sobre tal ação e tendo confiança de que conseguirá amamentar de maneira eficaz usando suas habilidades (DENNIS, 1999).

Pesquisadores desenvolveram e validaram uma escala que é capaz de avaliar o nível da auto eficácia da mulher chamada *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES). Este instrumento pode ajudar profissionais de saúde a identificar o risco de desmame precoce (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011; ORIÁ; XIMENES, 2010; DENNIS, 2006). Analisando a BSES, Blyth *et al.* (2002) constataram que mulheres com alto índice de auto eficácia, amamentam por um período maior de tempo.

Jager *et al.* (2013) afirmam que se a auto eficácia da mulher for elevada, maior a chance da intenção de amamentar e a duração do aleitamento materno.

O auxílio à amamentação no pós-parto pode interferir significativamente na decisão da mulher em amamentar, aumentando sua autoestima e confiança (KU; CHOW, 2010).

Sabe-se que a mulher passa por muita ansiedade, estresse, dor durante o parto, o que pode prejudicar a produção do leite materno, fazendo com que ela tenha uma visão de leite

insuficiente, diminuindo com isso sua confiança e assim o índice de auto eficácia para amamentar (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006; ORIA, 2008).

Diante das dificuldades para se alcançar um índice mais elevado de AME percebe-se a importância de indagar a percepção das gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o aleitamento materno, levando sempre em consideração aspectos sociais, culturais, econômicos e pessoais para que a partir desses se possa cuidar tanto da mãe como do filho (BRASIL, 2009b).

Mesmo tendo relatos de mães que afirmam terem recebido informações sobre aleitamento materno no pré-natal há sinais de que essas não são suficientes para atingir índices desejados de AME o que reforça a necessidade de trabalhar com a equipe da ESF para que possam conscientizar essas mães sobre a importância de amamentar e estimular suas habilidades e confiança em realizar essa ação (FROTA *et al.*, 2009).

Mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por maior tempo, ainda mais as que tem certo conhecimento sobre o aleitamento materno e sua importância (SILVEIRA, 2009). Muitas vezes a carência de informação para essas gestantes se dá pela falta de capacitação do profissional que acompanha a mulher, demonstrando deficiência na qualidade assistência (BRASIL, 2011d).

Mesmo na ESF cuja equipe multiprofissional tem atuação com foco no aleitamento materno, evidenciam-se lacunas na temática, pois muitas vezes as informações sobre aleitamento e introdução de outros alimentos após seis meses de idade são escassas o que pode prejudicar a saúde da criança (SCHINCAGLIA *et al.*, 2015).

Todas as mães, adultas ou adolescentes, possuem variáveis relacionadas à duração da amamentação, a clareza acerca do pouco leite. Portanto, o suporte profissional e pessoal somados a experiências vividas constroem a confiança de cada mãe em amamentar, e a intenção de amamentar bem como a confiança da mãe interferem fortemente na amamentação (KOOLS; THIJS; DEVRIES, 2005; KRONBORG; VAETH, 2004).

Dennis (2006; 1999) afirma que a amamentação é influenciada por quatro processos: decisão da mãe em amamentar ou não; quantidade de esforço consumido; pensamentos auto incentivadores ou autodestrutivos; e emocional frente às dificuldades na amamentação. A auto eficácia pode ser desenvolvida a partir de quatro fontes de informação: experiência pessoal, experiências de outras pessoas, persuasão verbal e estado psicológico e afetivo.

Quanto maior nível de auto eficácia, maior tempo de amamentação (DENNIS, 2006; BLYTH *et al.*, 2002).

Estudos afirmam que mães primíparas têm mais chance de desmame precoce, o qual ocorre entre quatro e seis meses (BEZERRA *et al.*, 2012).

Há relatos que mães que possuem baixos níveis de confiança no pré-natal têm mais chance de cessar o aleitamento materno ainda no primeiro mês de vida (ORIÁ; XIMENES, 2010).

Alguns fatores de risco para a auto eficácia são: escolaridade das gestantes (inferior a oito anos de estudo), primeira gestação e nascimento em hospitais que não são credenciados com a IHAC.

O suporte eficiente nos primeiros dias de amamentação como auxiliar na “pega” adequada e posição mais confortável para amamentar, é fundamental para prolongar o AME (DA VANZO; STARBIRD; LEIBOWITZ, 1990).

Mesmo o processo de amamentar sendo considerado fisiológico e natural, muitas mulheres necessitam mais do que informações, é preciso que elas acreditem nesse processo e vivenciem com prazer essa fase, com condições sociais e familiares que tragam sucesso para amamentação (FROTA *et al.*, 2009).

A mulher precisa ser encorajada a amamentar, sendo a amamentação um comportamento aprendido e exercitado, os profissionais de saúde devem estar preparados para estimular essas mulheres com intuito de manter níveis elevados de aleitamento materno (BONILHA *et al.*, 2010).

A auto eficácia pode ser influenciada pelo tipo de parto, sendo que tanto a cesárea quanto o parto vaginal são considerados positivos para amamentação. Cada nascimento ocorre de maneiras diferentes e com isso somente a experiência prévia isolada não deve ser um fator de proteção ao aleitamento materno (BRASILEIRO *et al.*, 2010).

O risco de desmame pode ocorrer no primeiro mês em casos de cesariana eletiva, reforçando a evidência de que o tipo de parto pode influenciar na amamentação (BOCCOLINI *et al.*, 2011).

Diferente das variáveis não modificáveis como: grau de instrução da mãe, condições socioeconômicas, entre outras, a confiança materna é uma variável modificável e seu estudo permite que profissionais de saúde identifiquem maiores riscos para desmame precoce e implementem ações para reverter esse quadro (ORIÁ *et al.*, 2009).

2.3 A assistência no incentivo ao aleitamento materno

Segundo a OMS, para que o início do aleitamento materno seja eficaz o apoio à mulher deve ocorrer desde o pré-natal até pós-parto e com isso os profissionais de saúde devem estar preparados para fornecer informações apropriadas e também ter habilidades práticas para auxiliar no aleitamento materno. Há alguns fatores considerados de risco quando abordado o tema aleitamento materno como a idade jovem da mãe, a inserção no mercado de trabalho, o uso de bebidas alcoólicas, entre outros.

As ações de incentivo, promoção e apoio ao aleitamento materno devem ocorrer no conjunto das ações dos profissionais, durante o pré-natal, pré-parto e nascimento, assim como nas imunizações, no teste do pezinho e no retorno para consulta de puerpério. É essencial que a equipe de saúde faça o acolhimento de mães e bebês, esteja disponível para escuta e esclarecimento de dúvidas e aflições, incentive a troca de experiências e faça, sempre que necessário, uma avaliação singular de cada caso (OLIVEIRA; GOMES, 2009).

O trabalho em equipe, o aperfeiçoamento individual em habilidades múltiplas no contexto interdisciplinar e a cooperação entre profissionais são fundamentais para a fluidez do serviço de saúde. Ao mesmo tempo em que os profissionais de saúde influenciam positivamente as mulheres que amamentam, podem ser uma fonte de suporte negativo. O nível de conhecimento dos profissionais sobre amamentação não se traduz a favor da prática com seus próprios familiares. Embora o profissional desempenhe um papel importante no estímulo inicial à amamentação, essa não é uma influência única, deve-se levar em consideração os estímulos externos (família, sociedade, entre outros) (BROW; RAYNOR; LEE, 2011).

O profissional deve compartilhar seu conhecimento com toda família e levar em consideração as dúvidas dos mesmos (CAMINHA *et al.*, 2011), visto que é comum mulheres afirmarem receber pouca ou nenhuma informação sobre aleitamento materno por profissionais de saúde, principalmente pelo médico (WATKINS; DODGSON, 2010).

A amamentação na primeira hora de vida deve ser estimulada e incentivada pelos profissionais que devem acreditar nesse ato de amamentar. Além disso, os profissionais precisam estar capacitados para apoiar essa nutriz (MANZINI; PARADA; JULIANI, 2002).

O envolvimento de uma equipe multidisciplinar na implementação do apoio ao aleitamento materno pode ser mais eficaz do que uma abordagem especialista. O aconselhamento profissional é útil para reforçar a autoestima e a confiança na capacidade de amamentar (HODDINOTT; PILL; CHALMERS, 2007).

Barclay *et al.* (2012) consideram que o profissional de saúde não é o único a influenciar na amamentação, pois a família, amigos e a comunidade podem conferir maior número de sujeitos e com isso exercer maior domínio sobre as decisões da mulher. Não obstante, o profissional deve amparar e oferecer suporte à nutriz para superar os obstáculos, incentivando e apoiando à iniciativa, considerando o **construção** de conhecimentos, valores culturais e as tradições familiares que podem estar aliadas ao cultivo do desinteresse e o desestímulo, e que por vezes, resultam em pressão exercida sobre a lactante em relação à forma de alimentar a criança (BROW; RAYNOR; LEE, 2011).

Instituições como a OMS e o UNICEF preconizam que, para que essa abordagem seja feita de uma maneira efetiva, é necessário fazer aconselhamento como: escutar, compreender e oferecer ajuda às mães que estão amamentando, promover sua autoconfiança e autoestima e prepará-las para a tomada de decisões uma vez que as mães sofrem várias influências sobre a decisão de amamentar, como falta de conhecimento, motivação e a facilidade do uso de fórmulas infantis. Porém, muitas vezes, mesmo com o preparo dos profissionais, falta tempo para que essa abordagem seja feita durante o atendimento. Seria importante, aumentar o número de profissionais envolvidos para aprimorar o tempo e oferecer recursos materiais para facilitar o manejo da amamentação (BROW; RAYNOR; LEE, 2011).

Em uma pesquisa realizada na sala de parto de um hospital, destacou-se que a maioria dos profissionais envolvidos tinha conhecimento a respeito dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, integrantes da IHAC, e considerava importante a amamentação na sala de parto pelos benefícios trazidos para o binômio, principalmente a formação de vínculo e apego entre eles (MANZINI; PARADA; JULIANI, 2002). Mas diante das dificuldades maternas enfrentadas no início da amamentação, o profissional de saúde deve ter além de conhecimento, habilidades para acolher essa mãe. É importante a capacitação periódica do profissional de saúde para atuar em todas as suas dimensões do “ser mulher” (CAMINHA *et al.*, 2011).

O que se observa rotineiramente nos serviços de saúde é o trabalho isolado dos profissionais, cada um desenvolve sua função de forma separada e sem interação com os demais membros da equipe de saúde. Muitas vezes a falta de uma abordagem padronizada, coordenação e cooperação entre os profissionais é problema persistente que atrapalha a confiança das mulheres em relação à amamentação. As mães procuram o profissional para solucionar os seus problemas relacionados ao aleitamento, mas este geralmente impõe tantas

normas e regras que não contemplam sua realidade e isso acaba resultando em medo e insegurança na nutriz.

Estudos demonstram que a efetividade da IHAC vem mudando a prática de amamentação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992).

Ações conjuntas desde o pré-natal até pós-parto vêm melhorando a qualidade da assistência à mulher que amamenta.

As principais estratégias para incentivar o aleitamento materno consistem em: acompanhamento do pré-natal sistemático, implantação do alojamento conjunto e seguimento da mãe e da criança após a alta da maternidade (REA, 2003).

Oliveira e Gomes (2009), em estudo realizado em uma USF, constataram falhas na rede de atenção. As gestantes citaram que “*não havia diálogo, só mediam a barriga e escutavam coração do bebê*”. As nutrizes referiram que “*distribuíam um papelzinho, porém não explicavam nada, pediam para eu ler, não falaram como dar a mama para criança, como sei se está cheia, porque chora tanto para mamar*”. Muitas mães perguntaram porque não foram feitas visitas domiciliares para orientações de amamentação, pois com isso não teriam desistido de amamentar, talvez.

Não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Deve ser recebida em um ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio de um profissional habilitado para ajudá-la sempre (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004).

Preocupados com o incentivo ao AME nos primeiros seis meses de vida, na atenção básica, motivou-se realizar o presente estudo, esperando contribuir com mudanças qualitativas na assistência à gestante, ao binômio mãe-bebê e à família nesse processo.

Quando ainda no pré-natal a mulher decide por amamentar é o momento ideal para as orientações, para que essa mãe possa prosseguir amamentando (SILVA; SILVA; MATHIAS, 2008).

As UBS têm pontos positivos na orientação quanto ao aleitamento materno por já estarem inseridas na comunidade, na qual os profissionais conhecem os mitos apresentados pelas mulheres devido ao vínculo já estabelecido, principalmente pelos agentes comunitários de saúde, permitindo maiores chances de sucesso em educação permanente (CALDEIRA *et al.*, 2007).

O agente comunitário de saúde e toda comunidade leiga precisam participar dos processos de aconselhamentos com o objetivo de aumentar o tempo de amamentação, juntamente com outros profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

As UBS possuem um papel importante na promoção e proteção ao aleitamento materno, na qual os profissionais devem garantir à mulher, gestante ou puérpera uma atenção de qualidade, com acolhimento, escuta, respondendo suas dúvidas, respeitando suas crenças, medos, com objetivo de tornar a amamentação em um ato de prazer (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Há uma vasta necessidade de sensibilizar os profissionais da área da atenção primária para realizarem atividades de educação permanente, abordando esse tema a fim de aumentar seus conhecimentos e, conseqüentemente, melhorar as ações desenvolvidas e a duração do aleitamento materno (FONSECA-MACHADO *et al.*, 2012).

Entende-se que as ações de prevenção e promoção do aleitamento materno devem ser desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, e se esse suporte não for feito nas UBS há um grande risco de iniciar problemas para mãe, como o ingurgitamento mamário, fissuras nos mamilos, dificuldade de “pega”, lembrando que isso tudo favorecerá o choro forte do bebê, levando a mãe a pensar que seu leite é pouco ou “fraco”, podendo influenciar sua decisão de amamentar, aumentando assim o risco do desmame precoce (OLIMPIO; KOCHINSKI; RAVAZZANI, 2010). A afirmação de leite fraco sinaliza um pedido de socorro e toda equipe deve estar preparada para ajudá-la (RAMOS; ALMEIDA, 2003). Ainda, a prática do aleitamento materno não é algo fácil, pois envolve preocupação, insegurança, ansiedade, angústia, cansaço e sobrecarga emocional (QUEIROZ, 2008).

A saúde psicológica da nutriz também deve sempre ser levada em consideração, pois isso pode influenciar radicalmente na amamentação (VITOLO *et al.*, 2007).

Um fator importante e que ajuda a prolongar a amamentação é o estímulo ao aleitamento materno ainda na sala de parto, até seis horas após o parto, pois favorece o vínculo mãe e bebê, sendo a lactação iniciada ainda na maternidade, onde o alojamento conjunto é considerado protetor do AME (CARRASCOZA *et al.*, 2011).

Há também influências de pessoas próximas como sogras, mãe e irmãs que relatam suas experiências às vezes não exitosas, gerando dúvidas, inseguranças e facilitando o desmame precoce. Sem contar com influência para ofertar outros tipos de alimentos no período que seria de amamentação exclusiva (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

A falta de experiência ou experiência ruim na amamentação anterior pode interferir no processo, dificultando esse elo e favorecendo o desmame precoce (REZENDE *et al.*, 2002).

É muito importante que a equipe da USF tenha um bom acolhimento dessa mãe e bebê, que esteja preparada para escutar, esclarecer dúvidas, incentivar troca de experiências com outras mães e para avaliar cada caso e suas particularidades (OLIVEIRA; GOMES, 2009).

Na ESF, o papel do agente comunitário de saúde é de grande importância para facilitar o processo de conscientização, orientação para essas mães e nutrizes, pois por meio das visitas domiciliares é possível identificar problemas e dúvidas sobre a prática do aleitamento materno durante pré-natal, parto e pós-parto.

É papel do profissional de saúde ofertar informações precisas que ajude essa mãe de forma solidária e integral, respeitando seus saberes, limites, crenças, história de vida de maneira individualizada, com objetivo de superar medos, inseguranças e dificuldades na prática da amamentação (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

A promoção do aleitamento materno deve se estender a toda família da mulher, em especial seu companheiro, para que se obtenha impacto positivo nessa prática (BRASIL, 2009b).

Destaca-se ainda, como fator que contribui com o aumento no índice de aleitamento materno, o monitoramento da lei que regula a comercialização de alimentos para lactentes, dentre as ações de promoção e proteção ao aleitamento materno implantadas nas diversas unidades de saúde (VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

Com a melhoria na amamentação em países de baixa ou média renda muitas mortes de crianças poderão ser evitadas e em países de alta renda contribuirá para o capital social e na prevenção de doenças nas mães e crianças (VICTORA *et al.*, 2016; HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015).

Finalmente, cabe assinalar que apesar dos esforços para o aumento da prática do aleitamento ao longo dos últimos trinta anos, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão abaixo do recomendado. Entre os principais obstáculos encontrados no país, Souza, Espírito Santo e Giugliani (2010) citam: a) Dimensões continentais do país, com importantes diferenças regionais; b) Dificuldade de sensibilização, pois apesar da mobilização social já realizada existe ainda dificuldade para mobilizar alguns profissionais quanto à importância da promoção do aleitamento materno, incluindo gestores e

profissionais de saúde devido, entre outros, à inadequação dos currículos da graduação e dos programas de residência médica. Essa dificuldade também é encontrada na população em geral devido à manutenção da “cultura da mamadeira”, a qual resulta em grande parte do processo histórico de evolução e da pressão das indústrias; c) Escassez de recursos humanos qualificados; d) Rápido abandono do aleitamento materno após a licença maternidade, ou mesmo antes dela. Investigações mostram que, no Brasil, as mulheres que trabalham amamentam menos do que aquelas que estão em licença maternidade (65,9% e 91,4%, respectivamente). As autoras apontam que esses obstáculos colocam em evidência a necessidade de o Brasil investir em novas estratégias de incentivo à amamentação para que os seus indicadores atinjam patamares mais elevados.

O aleitamento materno, apesar de suas vantagens e das ações e estratégias governamentais para seu incentivo, permanece como um tema discutido com frequência em todos os níveis de assistência à saúde, havendo lacunas no cuidado a gestante, a mulher nutriz e ao lactente que podem contribuir com o desmame precoce.

Dentre os fatores que contribuem com o desmame, tem-se particular interesse com a falta de capacitação da equipe multiprofissional da atenção básica e de sistematização dessa assistência em USF do interior de Minas Gerais, onde a pesquisadora atua como enfermeira de USF.

No atendimento a clientela materno-infantil da área de cobertura, tem-se observado que a introdução de outros alimentos é uma prática comum entre mães que deveriam estar oferecendo somente leite materno para seus filhos.

Percebe-se no cotidiano do trabalho que há uma grande falta de informação para essas mulheres que precisam de ajuda, apoio, acolhimento nesse momento delicado de suas vidas. Muitas são mães jovens e com pouca experiência. E sendo assim, qualquer dificuldade durante a amamentação passa ser motivo para introdução de outros leites e alimentos.

A parte cultural também tem grande influência nesse momento, no qual as mães fragilizadas e, muitas das vezes, desesperadas por verem seus filhos chorando não pensam em outra coisa senão que o leite não está sustentando. E na maioria das vezes não é isso que ocorre. Os conselhos de familiares têm grande influência para essas mães nesse período de desespero, e muitas acabam introduzem prematuramente outros leites e alimentos.

Como responsável pela equipe de enfermagem, percebe-se ainda, que há um grande despreparo da equipe multiprofissional, pois ao se deparar com situações complicadas não conseguem resolver ou se resolvem, não o fazem de maneira correta pelo simples fato de não ter informações e habilidades suficientes. Por exemplo, percebe-se que acaba sendo mais fácil para o médico prescrever uma fórmula para criança que não está ganhando peso adequado do que verificar se mãe tem leite, observar uma mãe, checar se a mãe tem informação sobre amamentação e vontade de amamentar. Enfim, muitas das vezes, o “prático” não é o melhor para criança e nem para mãe. Talvez uma boa escuta, informação correta, diálogo, no qual mais se ouve essa mãe, seja o ponto de partida para se ter uma amamentação tranquila.

Percebe-se também, nos relatos das mulheres no pré-natal, o medo de amamentar, medo de não sustentar o filho, um despreparo total, e com isso sentiu-se a necessidade de iniciar essa informação, essa conversa ainda no momento do pré-natal, formando um vínculo

maior com essa mulher para que passe a ter confiança nos profissionais, e possa esclarecer suas dúvidas e orientá-la melhor, atentando para a particularidade e vivência de cada uma.

Por esses e outros motivos, constata-se nessa vivência profissional como enfermeira de USF que há um despreparo enorme da equipe multidisciplinar na atenção básica em relação a amamentação, pois os profissionais que atuam dentro das maternidades parecem estar mais preparados para abordar essa temática, todavia, considera-se que o período mais crítico relatado pelas mães para continuar amamentando é quando vão para casa e se sentem sozinhas. Daí a importância dos profissionais da atenção primária em acolher e mostrar para essa mãe que estão preparados e vão ajuda-la sempre.

Sendo assim, vislumbra-se a necessidade de capacitar melhor toda essa equipe multiprofissional na atenção básica para que se possa trabalhar em uma mesma linha de cuidado, incentivando sempre o aleitamento materno, capacitando todos para que o trabalho tenha sucesso desde pré-natal até o seguimento dessa mulher e seu filho.

Atualmente há grande diversidade de referências bibliográficas, materiais didático-instrucionais e cursos de treinamentos focados na proteção, apoio e incentivo ao aleitamento materno, todavia, sente-se a necessidade de construir um guia prático que sistematize essa assistência no local de trabalho – USF do município de Jacuí – MG, com a participação ativa da equipe interdisciplinar, mediante o uso de uma abordagem metodológica em que ao mesmo tempo esses profissionais vão se capacitando e desenvolvendo habilidades para o manejo do aleitamento materno.

Assim, justifica-se o presente estudo que a partir de dados locais e das lacunas evidenciadas nessa assistência na atenção primária, poderá contribuir com a sistematização e melhoria do cuidado a gestante, ao binômio mãe-bebê e a família no processo da amamentação e, futuramente, possibilitar uma redução do desmame precoce por causas evitáveis.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Desenvolver e avaliar um guia prático para sistematização da assistência de enfermagem e da equipe de saúde no incentivo e apoio ao AME em crianças até o sexto mês de vida, com acompanhamento das gestantes, do binômio mãe-bebê e da família na atenção básica.

4.2 Objetivos específicos

- Conhecer a situação do aleitamento materno e assistência recebida, na perspectiva de mães de bebês em seguimento nas USF de um município do estado de Minas Gerais.
- Elaborar um guia prático de incentivo e apoio ao AME até o sexto mês de vida com a participação ativa de membros da equipe multiprofissional das USF.
- Avaliar esse guia prático quanto a impressão geral da equipe multiprofissional de saúde da família relacionada à conteúdo, organização e uso.

5 Material e método

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de intervenção fundamentada no referencial teórico-metodológico da pesquisa-ação, que seguirá as fases propostas por Thiollent (2011).

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social, com base empírica, realizada por meio de uma ação ou resolução de um problema coletivo, no qual os participantes da pesquisa e o pesquisador estão envolvidos de maneira cooperativa e participativa. Portanto, constitui em pesquisa de cunho participativo, com ações planejadas para que os resultados possam contribuir para a melhoria das ações na prática profissional dos participantes da pesquisa (THIOLLENT, 2011), no caso a sistematização da assistência multiprofissional dirigida ao incentivo e apoio ao AME nos primeiros seis meses de vida, na atenção básica em USF.

Neste método a pesquisadora se apresenta como um mediador e facilitador dos conhecimentos científicos e na formação de sujeitos ativos na prática. Assim, os sujeitos são ativos na construção do conhecimento a partir de um problema da realidade na qual os mesmos estão inseridos (FRANCO, 2005). No contexto deste estudo, o problema que se coloca é a insuficiente sistematização de um conjunto de ações na atenção básica em USF focadas no incentivo e apoio ao AME e, conseqüentemente, redução futura do desmame precoce de lactentes na área de cobertura, a partir do conhecimento da realidade.

Algumas fases são propostas por Thiollent (2011) para o planejamento e a execução da pesquisa, as quais são flexíveis, porém deve-se respeitar o ponto de início e a chegada para que o método seja válido e garantido o desenvolvimento da pesquisa-ação. As fases apresentadas pelo autor estão descritas a seguir, acrescidas da condução nesta pesquisa.

1) **Fase Exploratória:** consiste em conhecer o campo de pesquisa, as características dos participantes e suas expectativas referentes à pesquisa, além de realizar o diagnóstico da realidade. Com base no levantamento de todas as informações iniciais, são estabelecidos pelos participantes e pesquisadores, os objetivos da pesquisa relacionados a problemas prioritários, cenário de observação, atores e tipo de ação centrados no processo de investigação (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: Considerando a atuação da pesquisadora como enfermeira de uma USF de Jacuí – Minas Gerais (MG), esta fase exploratória já fora iniciada informalmente com o reconhecimento do campo e das equipes que lá atuam. Assim, conforme citado anteriormente (item justificativa) tem-se observado a falta de capacitação dessas equipes multiprofissionais e

de sistematização da assistência à gestante, binômio mãe-filho e família no incentivo e apoio ao AME. A experiência como enfermeira no acompanhamento dessas mulheres desde o pré-natal, puerpério e puericultura dos lactentes, mostra as dificuldades encontradas pela clientela e equipe no manejo e incentivo ao AME, ocorrendo muitas vezes o desmame precoce. Assim, estabeleceu-se como prioridade no cenário desta pesquisa-ação a sistematização da assistência multiprofissional nessas USF com foco na promoção, proteção e incentivo ao AME até os seis meses de vida. Para complementar o reconhecimento do campo de pesquisa, foi investigada a perspectiva das puérperas em seguimento nas duas USF, com coleta de dados relativos a vivência e prevalência do aleitamento materno, assistência recebida com foco na amamentação, necessidades e dificuldades sentidas nesse processo, satisfação com o cuidado multidisciplinar recebido e sugestões para a sua melhoria

Definição do tema de pesquisa: reporta-se à definição do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados. Participantes e pesquisadores realizam, em conjunto, a concretização do tema e seu desdobramento em problemas. O tema, geralmente, é definido devido à urgência do problema encontrado na situação, devendo ser preciso, sem ambiguidades, tanto empírica quanto conceitual; neste momento escolhe-se, também, o marco referencial que norteará a pesquisa (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: A temática da pesquisa, antes empírica, passou a ser sistematizada e desenvolvida como pesquisa, articulada ao quadro teórico tendo como eixo a assistência integral e humanizada a gestante, binômio mãe-filho e família no contexto da ESF, com foco no incentivo e apoio ao AME até os seis meses. A concretização e o desdobramento temático ocorreram no desenvolvimento das demais fases da pesquisa-ação, em especial nas oficinas de trabalho.

2) **Apresentação dos problemas:** define-se uma problemática que dá sentido ao tema escolhido, isto é, discute-se a relevância científica e técnica do tema pesquisado diante da análise e delimitação da situação inicial do problema; delineia-se a situação final, em função de critérios de desejabilidade e de factibilidade; identifica-se todos os problemas a serem solucionados; planeja-se as ações correspondentes; executa-se e avalia-se as ações previstas (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: Conforme apontado, o problema principal está relacionado a falta de adequada sistematização da assistência multiprofissional dirigida à promoção, proteção e incentivo ao AME até os seis meses de vida, articulado aos problemas correlatos como o desconhecimento e as práticas desarticuladas da equipe e carentes de evidências recentes

acerca do manejo da amamentação, bem como a falta de informações e de apoio a clientela para continuidade do AME. Isto foi problematizado com um grupo de trabalho constituído por membros da equipe das duas USF, que teve participação ativa na elaboração do guia prático.

Lugar da Teoria: o projeto da pesquisa-ação deve se articular ao referencial teórico adaptado à área de pesquisa, com vistas a garantir o rigor científico e direcionamento da pesquisa. Deve-se utilizar uma linguagem acessível e compreensível por todos (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: O quadro teórico tem como eixo a assistência integral e humanizada a gestante, binômio mãe-filho e família no contexto da ESF, com foco no incentivo e apoio ao AME até os seis meses, em consonância com as políticas públicas de saúde e evidências para o adequado manejo do aleitamento materno. O uso desse modelo teórico tem sido utilizado em estudos na temática, apontando que quanto maior o nível de auto eficácia, maior o tempo de amamentação (DENNIS, 2006; BLYTH *et al.*, 2002).

A teorização foi desenvolvida junto aos participantes do grupo de trabalho, em linguagem acessível, com uso de aspectos legais, artigos científicos, manuais técnicos, dentre outras fontes secundárias, de maneira a proporcionar uma reflexão sobre a vivência e realidade estudada em comparação com a literatura, e garantir direcionamento teórico adequado da pesquisa.

3) **Definição das hipóteses:** são suposições formuladas pelo pesquisador para um possível problema em nível observacional. A hipótese deve ser clara e concisa. Por meio delas, o pesquisador organiza sua investigação, identificando as informações necessárias, evitando a dispersão, focalizando determinados segmentos do cenário de observação e selecionando os dados (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: A hipótese é que as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional das duas USF de Jacuí – MG estão desarticuladas e carentes e evidências recentes para a promoção, proteção e apoio ao AME. Espera-se que abordagem teórico-metodológica utilizada possibilite ter um diagnóstico situacional da assistência com dados locais sobre a prevalência do aleitamento materno, a perspectiva da clientela assistida (necessidades, dificuldades, satisfação e sugestões) e a vivência da equipe multiprofissional; contribua com a transferência de evidências para a prática e também viabilize a participação ativa dos profissionais na teorização e construção coletiva do guia prático sobre o manejo do aleitamento materno desde o pré-natal até o acompanhamento em puericultura até o sexto mês, adaptado ao contexto real das USF.

4) **Seminários:** São constituídos grupos responsáveis pela condução da investigação e pelo conjunto de atividades. A função do seminário é examinar, discutir e decidir acerca do processo de investigação, além de coordenar as atividades dos grupos “satélites” (de estudos especializados), grupos de observação, informantes e consultores. No Seminário centraliza-se todas as informações coletadas e discute-se as interpretações, elaboram-se diretrizes de pesquisa e de ação, a serem testadas na prática desses atores, e assim, o material é produzido a partir do conjunto de informações processadas, registrando-se em atas todas as reuniões e informações (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: Foi estruturado um grupo de trabalho especializado e realizadas oficinas com os profissionais das duas USF que tiveram participação ativa no desenvolvimento das atividades para construção do guia prático para o manejo do aleitamento materno.

5) **Delimitação do Campo de Observação, Amostragem e Representatividade Qualitativa:** A delimitação do campo de observação aplicada ao tema da pesquisa pode ser concentrada ou espalhada. Caso o tamanho do campo seja grande, institui-se a amostragem e representatividade. Na pesquisa-ação há controversas na delimitação da amostragem para a observação de uma parte do conjunto da população. Em uma das posições, exclui-se a amostragem e trabalha-se com o conjunto da população para exercer um efeito conscientizador e de mobilização em torno de uma ação coletiva; quando não possível, devido ao tamanho da população, trabalha-se com a exaustividade. Em outra posição, recomenda-se o uso da amostragem, com um pequeno número de unidades, que representa, estatisticamente, o conjunto da população, realizando-se para tal cálculo da confiabilidade com uso de regras estatísticas. A terceira posição valoriza critérios de representatividade qualitativa, denominadas “amostras intencionais”, nas quais selecionam-se intencionalmente os sujeitos/participantes com base na relevância que apresentada em determinado assunto (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: Desenvolvida em etapas com participantes específicos, conforme descrito posteriormente no item 5.3 – Participantes do estudo.

6) **Coleta de dados:** tem-se como principais técnicas utilizadas a entrevista (coletiva e individual), o questionário, a observação participante, o diário de campo, a história de vida e as técnicas de grupo. Todas as informações coletadas são levadas aos Seminários e as pessoas são treinadas para realizar a coleta de dados eficiente e estar atentas a toda e qualquer informação importante para o andamento da pesquisa (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: As técnicas e os instrumentos de coleta de dados estão detalhados no item 5.4 – Procedimentos e técnicas de coleta de dados.

7) **Aprendizagem:** está associada ao processo de investigação que produz conhecimento e pela circulação de informações entre os participantes. Pesquisadores e participantes trocam experiências nos Seminários, os quais também podem contar com a contribuição de especialistas técnicos no assunto (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: No processo de desenvolvimento dos seminários ou oficinas, os participantes do grupo de trabalho aprenderam sobre a abordagem teórico-metodológica e as evidências recentes relativas ao manejo do aleitamento materno que instrumentalizaram a criação do guia prático. Em uma das oficinas de trabalho houve a participação de uma enfermeira, expert no manejo do aleitamento materno.

8) **Interação entre saberes formal e informal:** refere-se à relação entre os saberes dos técnicos e pesquisadores e os saberes dos participantes da pesquisa. A produção do conhecimento é maior quanto melhor a interação entre esses saberes (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: O grupo de trabalho constituído por membros de todas as categorias profissionais atuantes nas duas USF e com diferentes experiências no manejo do aleitamento materno, além da pesquisadora que fez buscas bibliográficas e leituras de artigos e outras produções na temática. A partir da troca de saberes e vivências que ocorreram nos seminários ou oficinas, apoio de leituras de artigos selecionados e outros materiais disponibilizados, bem como a discussão com a expert no tema, houve a criação de uma produção técnica – o guia prático.

9) **Plano de ação:** consiste na definição dos atores e unidades de intervenção da pesquisa e relação entre eles, identificação de lideranças, definição de objetivos e estratégias de avaliação, continuidade da ação, participação da população, incorporação das sugestões e avaliação dos resultados (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: O fato de a pesquisadora atuar como enfermeira em uma das USF facilitou na identificação de lideranças que foram convidadas a integrar voluntariamente o grupo de trabalho. Devido potencial conflito decorrente da relação de poder, o convite aos integrantes da equipe de enfermagem (enfermeira, técnicas e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) foi feito por um auxiliar de pesquisa para não inibir a recusa na participação nesse grupo de trabalho. Em conjunto com esses atores foram desenvolvidas as teorizações e todas as ações planejadas. Esta pesquisa findou com a criação e avaliação do guia prático, mas espera-se que os participantes do grupo, incluindo a pesquisadora, sejam

agentes multiplicadores das evidências, ações e divisão técnica do trabalho entre as categorias profissionais das equipes das USF, no pré-natal, seguimento no primeiro mês após o nascimento e na puericultura até o sexto mês.

10) **Divulgação externa:** deve-se dar feedback da informação e dos resultados aos participantes, em meio compatível com a compreensão dos mesmos, e, posteriormente, apresenta-los no formato de dissertação e divulga-los em eventos técnico-científicos e publicações (THIOLLENT, 2011).

Pesquisa: Por se tratar de uma pesquisa-ação, a cada momento os resultados parciais e o final (guia criado) foram compartilhados com os atores ou grupo de trabalho. Ainda, o guia prático construído coletivamente foi também disponibilizado ao grupo para apreciação final, na semana que antecedeu a última oficina de trabalho, na qual se fez uma avaliação grupal do mesmo e complementado com as manifestações/sugestões emitidas, se consideradas pertinentes pela maioria dos participantes do grupo de trabalho. Essa versão final do guia ficou disponível nas duas USF e foi entregue ao secretário municipal de saúde, para avaliação final na última etapa do estudo. Como esta pesquisa vincula-se ao trabalho de conclusão do mestrado profissional da pesquisadora, foi também aqui apresentada no formato de dissertação e, posteriormente, se dará a divulgação dos resultados em evento técnico-científico e publicação de artigo em periódico indexado.

Contemplando esta abordagem metodológica escolhida e os objetivos específicos, o estudo foi realizado em três etapas, descritas a seguir.

A **primeira** constou da elaboração de um diagnóstico situacional sobre a situação do aleitamento materno nas áreas de abrangência das duas USF, na perspectiva das mães de bebês até seis meses de vida cadastrados e em seguimento nessas unidades, incluindo dados de identificação, sócio-demográficos, gestacionais e parto, condições de nascimento, prevalência do aleitamento materno, assistência recebida com foco na amamentação, necessidades e dificuldades sentidas nesse processo, satisfação com a assistência recebida e sugestões para a sua melhoria (Apêndice 1).

Na **segunda** etapa, com base nos dados coletados na etapa anterior, em evidências científicas, nas produções técnicas disponíveis no país e na experiência profissional, foi desenvolvido o guia prático de incentivo ao AME nos primeiros seis meses de vida, com a participação ativa de um grupo de trabalho constituído por membros das equipes de saúde das duas USF, voluntários neste estudo. O guia contém diretrizes teóricas e práticas que instrumentalizam e sistematizam o manejo do aleitamento materno pela equipe multidisciplinar

dessas USF na assistência a gestantes, puérperas, mulheres/nutrizes, lactentes e família. As atividades foram desenvolvidas em oficinas e seguiu a proposta de Thiollent (2011).

A **terceira** etapa constou da avaliação final desse guia prático de incentivo e apoio ao aleitamento materno, após aprovação coletiva do grupo anterior em oficina de trabalho, por meio da impressão geral dos profissionais atuantes nas duas USF e do gestor municipal sobre o conteúdo, a organização e o potencial uso do guia (Apêndice 2).

5.2 Local

O estudo foi realizado em duas USF do município de Jacuí – MG, localizado no Sudoeste de Minas Gerais, em meio a Montanhas do Circuito Cafeeiro, com densidade de 19,4 habitantes/km, área de 409.738 km², população de 7.426 habitantes, com bioma do tipo cerrado e mata atlântica, IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,75 e PIB (Produto Interno Bruto) de R\$ 47.636,00, perfazendo PIB per capita de R\$ 6.051,00 (PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUÍ, 2015). As principais fontes de economia do município são café, leite e indústrias de confecções de jeans.

A USF I atende 3.786 pessoas, sendo cadastradas 1.306 famílias, com cerca de 40 a 50 nascidos vivos por ano. Disponibiliza atendimento médico em clínica geral, diariamente, oito horas por dia; consulta com pediatra uma vez ao mês, ou conforme necessidade, agendada na central de regulação do município; atendimento com médico ginecologista (demanda agendada e espontânea), duas vezes na semana; e com médico psiquiatra, duas vezes ao mês.

A USF II atende 3.640 pessoas, sendo cadastradas 1.280 famílias, com cerca de 30 a 40 nascidos vivos por ano. De maneira semelhante a anterior, esta USF disponibiliza atendimento médico em clínica geral, diariamente, oito horas por dia; consulta com pediatra, uma vez ao mês, ou conforme necessidade, agendada na central de regulação do município; atendimento com médico ginecologista, duas vezes na semana; e com médico psiquiatra (demanda agendada e espontânea), duas vezes ao mês.

As equipes locais são compostas por duas enfermeiras, três técnicas em enfermagem, 16 agentes comunitários de saúde, duas dentistas e duas técnicas em saúde bucal, duas vacinadoras e uma nutricionista. Conta também com a colaboração do NASF, composto por: uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga que, diariamente, atendem adultos, crianças, idosos e portadores de transtornos mentais, sendo em grupo ou individual e em domicílio os acamados e/ou com dificuldade de locomoção significativa.

As duas USF têm cobertura de 100% da população urbana e rural do município. Realizam atendimento na unidade e em domicílio, como curativos, administração de medicamentos intramuscular e subcutâneo conforme prescrição médica, visitas domiciliares diariamente ou conforme solicitação do paciente, grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes, tabagistas, adolescentes, saúde mental e terceira idade. Esses grupos abrangem diferentes temas como: alimentação saudável, atividades físicas, gestação mês a mês, orientação quanto a amamentação, cuidados com recém-nascido, entre outros temas para gestantes. No grupo tabagismo há acompanhamento de cada paciente individual e também há distribuição medicamentos para tratamento contra tabaco, troca de experiências de ex-fumantes, entre outros. O atendimento na zona rural é realizado semanalmente, obedecendo uma escala, com rodízio de bairros. Há programas da atenção básica solicitados pelo governo em funcionamento e sistema de informação E-SUS (Sistema de Informação de Atenção Básica). As consultas médicas com o clínico geral são agendadas com programação para hipertensos, diabéticos, crianças e idosos. Também são atendidos clientela de demanda espontânea, diariamente. As consultas de enfermagem são espontâneas, com acolhimento de todos os pacientes que necessitam de consultas. Há uma agenda programada para puericultura, realizada uma vez por semana, com média de 10 atendimentos. Realiza-se ainda, exames como eletrocardiograma, uma vez na semana, visita domiciliar conforme necessidade do paciente, e coleta de exame citopatológico, duas vezes por semana.

O número de nascidos vivos por ano varia de 70 a 90, no município. Como inexistência de maternidade na cidade, as parturientes são encaminhadas para maternidade de referência na cidade vizinha de São Sebastião do Paraíso – MG, cerca de 30 quilômetros de distância, a qual não é credenciada pela IHAC, porém tenta trabalhar mais humanamente possível, com uma equipe capacitada e boa estrutura física.

Na Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso – MG, onde está localizada a maternidade, há uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que é referência para vários municípios da região.

Existe contra referência nesses encaminhamentos sendo que qualquer intercorrência com a mãe ou com o bebê é comunicada por meio da central de regulação de encaminhamentos, inclusive a notificação de alta hospitalar.

A partir de então o binômio mãe e bebê são acolhidos nas USF para cuidados como seguimento na puericultura, teste do pezinho, apoio ao aleitamento materno, cuidados gerais ao recém-nascido e também a puérpera.

As consultas que atendem tanto a mãe quanto o bebê são agendadas com um médico generalista e enfermeiros e, se necessário, encaminha-se ao pediatra do município.

Há na unidade de saúde um ginecologista e obstetra que acompanha o pré-natal, mensalmente, e também existe grupo de gestantes que acontece duas vezes ao mês com diversas palestras, dinâmicas, roda de conversas, alongamentos e relaxamentos, enfim aborda diferentes temas durante todo o pré-natal com diferentes profissionais. Tem-se boa adesão ao grupo, apesar de algumas mulheres se recusarem a participar.

Mesmo com essa organização dos serviços de saúde loco regionais, percebe-se uma insegurança principalmente em relação ao aleitamento materno e parto, pois muitas gestantes relatam medo do parto e de não conseguir cuidar dos bebês. E com isso sentiu-se a necessidade de instrumentalizar os profissionais para trabalhar com essas mulheres, mães e puérperas para diminuir suas ansiedades e favorecer o aumento da auto eficácia dessa mulher, visto que nem todos os profissionais estão capacitados a falar sobre o assunto.

5.3 Participantes do estudo

As amostras são de conveniência.

Para elaboração do diagnóstico situacional sobre o aleitamento materno, foram entrevistadas as mães de bebês de até seis meses de idade cadastradas e que compareceram ao seguimento nas duas USF do município de Jacuí – MG, por um período de 28 dias consecutivos, seguindo roteiro estruturado contendo: dados de identificação, prevalência do aleitamento materno, assistência recebida com foco na amamentação, necessidades e dificuldades sentidas nesse processo, satisfação com a assistência recebida e sugestões para a sua melhoria. **As entrevistas foram feitas pela pesquisadora.** Os critérios de inclusão dessas participantes foram: mães cujos bebês tinham até seis meses de vida e compareceram no atendimento agendado no período de coleta nas duas USF. Obteve-se a participação de 17 mães de bebês em seguimento nas duas USF (12 na USF I e 05 na USF II), na primeira etapa do estudo. Houve a recusa de duas mães em participar do estudo.

Na segunda etapa do estudo, construção do guia prático, participaram do grupo de trabalho membros das equipes das duas USF que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuar na USF há mais de 24 meses, ser indicado pelos demais membros da categoria profissional e não estar de férias ou licença. Participaram desse grupo de trabalho nove profissionais: um médico clínico, um técnico em enfermagem, um agente comunitário de saúde e um dentista, da USF I; e um médico pediatra, um enfermeiro e um agente comunitário

de saúde, da USF II; a terapeuta ocupacional e fonoaudióloga que atuam nas duas unidades. Houve a recusa de um profissional (ginecologista).

A avaliação final do guia prático elaborado, terceira etapa do estudo, foi feita por membros das duas equipes de saúde da família e gestor municipal, que aceitaram participar de maneira voluntária da pesquisa e atenderam ao critério de inclusão de estar na ativa no período de coleta de dados, excluindo-se aqueles do grupo de trabalho e de férias ou em afastamento/licença. Assim, participaram desta terceira etapa 18 membros da equipe multiprofissional: um enfermeiro gestor municipal, um dentista, dois auxiliares de saúde bucal, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde. Não houve recusa dos profissionais. Com a exclusão dos membros do grupo de trabalho que construíram o guia e daqueles que estavam de férias e afastamento/licença à ocasião, participaram desta etapa do estudo a totalidade de membros da equipe multiprofissional das USF do município.

5.4 Procedimentos e técnicas de coleta de dados

Para traçar o diagnóstico situacional sobre o aleitamento materno nas duas USF, primeira etapa, os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais com mães de bebês de até seis meses de idade cadastradas e em seguimento nas unidades, orientadas por roteiro estruturado, adaptado do estudo de Balaminit (2018), contendo dados de identificação, assistência recebida com foco no aleitamento materno, necessidades e dificuldades sentidas nesse processo, satisfação com a assistência recebida e sugestões para a sua melhoria (Apêndice 1). As entrevistas foram realizadas em sala de atendimento reservada para este fim, ou em seus domicílios, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta primeira etapa do estudo foi realizada no período de 27 de setembro de 2018 a 24 de outubro de 2018.

Na segunda etapa, com base nesses dados coletados, em evidências científicas e nas produções técnicas disponíveis no país, foram realizadas seis oficinas multiprofissionais para problematização e construção participativa do guia prático sistematizando as ações de enfermagem e da equipe de saúde no incentivo e apoio ao AME nos primeiros seis meses de vida. As oficinas de trabalho, coordenadas pela pesquisadora e participação ativa de nove membros da equipe de saúde das duas USF, foram realizadas uma vez por semana, ou quinzenalmente, no período de 21 de dezembro de 2018 a 28 de março de 2019, durante

expediente de trabalho dos participantes, com duração máxima de 90 minutos, após consentimento livre e informado dos membros da equipe de saúde.

A descrição de cada oficina foi realizada pela coordenadora da pesquisa, com ajuda de um auxiliar de pesquisa previamente treinado. Os encontros foram registrados em ata por um auxiliar de pesquisa, com a descrição das discussões ocorridas e decisões do grupo de trabalho. O cronograma com as datas, os horários e os locais dos encontros foram definidos pelos participantes ao final de cada oficina. Em atenção as características da pesquisa-ação, a quantidade de encontros foi pré-definida pela pesquisadora com foco no desenvolvimento de um guia prático para sistematização da assistência de enfermagem e da equipe de saúde no incentivo e apoio ao AME em crianças até o sexto mês de vida, com acompanhamento das gestantes, do binômio mãe-bebê e da família na atenção básica.

Uma última oficina multiprofissional foi realizada para avaliação final do guia prático de incentivo e apoio ao aleitamento materno no pré-natal, primeiro mês após nascimento e seguimento até o sexto mês de vida, por todo grupo de trabalho, introduzindo-se as sugestões na versão final. Na terceira etapa, o guia prático final, chancelado nessa oficina, foi disponibilizado para todos os membros da equipe multiprofissional das duas USF, do NASF e gestor municipal de saúde, junto com um questionário contendo dados de identificação e a impressão geral do participante sobre o conteúdo, a organização e o uso do guia, com escala de Likert (Apêndice 2). Este instrumento foi adaptado do estudo de Nazario (2017). Essa terceira etapa foi realizada no período de 15 de fevereiro a 27 de março de 2019.

A escala de Likert é constituída por determinado número de proposições e os participantes escolhem uma das possibilidades de resposta de acordo com sua opinião e grau de adesão a um conjunto de afirmações que expressam algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto (PASQUALI, 1997). No presente estudo, a impressão geral sobre o guia foi estruturada em 16 afirmações positivas ou favoráveis e o participante escolhia uma dentre as opções estabelecidas (Discordo fortemente, Discordo, Concordo, Concordo fortemente e Não sei) e, se julgasse pertinente, registrava observações/sugestões em espaço reservado para tal; ainda, incluiu dois itens para registro do desejo de mudar e incluir algo no guia (Apêndice 2). 16 afirmações positivas/favoráveis relativas à conteúdo, organização e uso do guia e duas sobre o desejo de mudar e incluir algo no mesmo

5.5 Análises dos dados

Para a análise dos dados relativos ao aleitamento materno e assistência recebida manifestos pela clientela (gestante, mães nutrizes e lactentes) e complementados por levantamento de prontuários, foi utilizada estatística descritiva.

Todo o material resultante das oficinas multiprofissionais, registrados em atas, e as deliberações e conteúdos relativos as práticas a serem implementadas foram incorporados no guia prático de incentivo e apoio ao AME, com as evidências (fundamentação teórica) e ações de cada categoria profissional da equipe de saúde dirigidas a gestantes, puérperas, mães nutrizes, lactentes e família.

Para a avaliação final do guia prático, foi utilizada escala de Likert seguindo uma ordenação numérica de um a cinco, sendo um discordo plenamente e cinco concordo plenamente (Apêndice 2).

5.6 Aspectos Éticos

Inicialmente foi solicitada autorização do Secretário de Saúde do município de Jacuí – MG (Anexo 1), onde foi realizada a pesquisa. A seguir, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, atendendo aos aspectos previstos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, sendo aprovado com parecer nº 2.899.166 (Anexo 2).

Ainda em atenção às recomendações da legislação pertinente, foram utilizados os seguintes TCLE: para mães de bebês em seguimento nas USF (Apêndice 3), participantes da primeira etapa do estudo; para os profissionais das equipes voluntários que participaram do grupo de trabalho responsável pela construção e avaliação coletiva do guia prático (Apêndice 4), na segunda etapa; para os demais profissionais de saúde atuantes nas duas USF e NAFS do município para avaliação do guia prático (Apêndice 5), na terceira etapa do estudo. Todos foram esclarecidos dos objetivos do estudo, respeitando o desejo de participar e informando a possibilidade de desistência e a ausência de prejuízos na assistência ou punição de membro da equipe, diante da recusa na participação, bem como assinaram o TCLE em duas vias, sendo uma via da pesquisadora e outra do participante. Informado a manutenção do sigilo e anonimato dos participantes.

6 Resultados

Na primeira etapa, para elaboração do diagnóstico situacional do aleitamento e assistência recebida, foram entrevistadas 17 mães de bebês com até seis meses de idade, acompanhados nas duas USF, 12 delas na USF I e 05 na USF II. Todas as entrevistas foram realizadas de forma presencial, com duração de 30 a 65 minutos, mediana de 40 e média de 41,3 minutos.

Da análise da Tabela 1 constata-se que a grande maioria vive na zona urbana (15 – 88,2%), com o marido ou companheiro (15 – 88,2%), sendo casada ou em união consensual, e com renda familiar mensal de um a dois salários mínimos (14 – 82,3%). A idade materna variou de 16 e 38 anos, com mediana de 26 e média de 28 anos; predominou mães com ensino fundamental incompleto (06 – 35,3%) e médio completo (06 – 35,3%), do lar (07 – 41,1%) e não trabalha fora do lar (11 – 64,7%). A idade paterna variou de 22 e 51 anos, com mediana de 32 e média de 34 anos; predominou pais com ensino médio completo (07 – 41,1%) com ocupação de lavrador (05 – 29,4%) e pedreiro (03 – 17,6%).

Tabela 1 - Distribuição das 17 mães entrevistadas segundo variáveis sociodemográficas. Unidades de Saúde da Família do município de Jacuí – MG, 2018.

Variáveis	n (%)	Mediana (Min-Max) Média
<i>Zona de domicílio</i>		
Urbana	15 (88,2)	
Rural	02 (11,8)	
<i>Pais residem juntos (estado civil)</i>		
Sim (casada/união consensual)	15 (88,2)	
Não (Solteira/divorciada/viúva)	02 (11,8)	
<i>Idade materna (anos)</i>		26 (16–38) 28
<i>Escolaridade materna</i>		
Fundamental incompleto	06 (35,3)	
Fundamental completo	03 (17,6)	
Médio completo	06 (35,3)	
Superior completo	02 (11,8)	
<i>Ocupação materna</i>		
Do lar/desempregada	07 (41,1)	
Estudante	02 (11,8)	
Costureira	02 (11,8)	
Professora	02 (11,8)	
Outras (4)	04 (23,5)	

- continua -

- conclusão -

Variáveis	n (%)	Mediana (Min-Max) Média
<i>Mãe trabalha fora de casa</i>		
Sim	06 (35,3)	
Não	11 (64,7)	
<i>Idade paterna/marido/companheiro (anos)</i>		32 (22–51) 34
<i>Escolaridade paterna/marido/companheiro</i>		
Fundamental incompleto	02 (11,8)	
Fundamental completo	05 (29,4)	
Médio incompleto	01 (5,9)	
Médio completo	07 (41,1)	
Superior completo	01 (5,9)	
Superior completo	01 (5,9)	
<i>Ocupação paterna/marido/companheiro</i>		
Lavrador	05 (29,4)	
Pedreiro	03 (17,6)	
Atendente	02 (11,8)	
Aposentado	02 (11,8)	
Outras (5)	05 (29,4)	
<i>Renda familiar mensal</i>		
<1 salário mínimo*	01 (5,9)	
1-2 salários mínimos*	14 (82,3)	
3-5 salários mínimos*	02 (11,8)	

* Salário mínimo em 2018 = R\$954,00

Quanto aos dados obstétricos, Tabela 2, predominou primíparas (10 – 58,8%), variando de um a seis gestações, com média de duas gestações; sem história de amamentação anterior (11 – 64,7%); gestação atual única e sem intercorrências (17 – 100%); 10 ou mais consultas de pré-natal (09 – 52,9%); parto cesáreo (10 – 58,8%) e sem intercorrências (17 – 100%). A maioria dos neonatos foi do sexo feminino (09 – 52,9%); nascidos com idade gestacional de 39 a 40 semanas (14 – 82,3%), variando de 37 semanas e 3 dias a 41 semanas e 2 dias, mediana de 40 semanas e 3 dias e média de 39 semanas e 3 dias; Apgar 9 e 10 respectivamente no primeiro e quinto minuto (17 – 100%) e realizou contato pele a pele imediatamente após o nascimento (14 – 82,3%).

Tabela 2 - Distribuição das 17 mães entrevistadas segundo variáveis obstétricas e neonatais. Unidades de Saúde da Família do município de Jacuí – MG, 2018.

Variáveis	n (%)	Mediana (Min-Max) Média
Número de gestações		
Primíparas	10 (58,8)	1 (1–6)
Múltiparas	07 (41,2)	2
História de amamentação anterior		
Sim	06 (35,3)	
Não + Primípara	11 (64,7)	
Gestação atual		
Única	17 (100)	
Número de consultas de pré-natal		
<9	02 (11,8)	10 (7–13)
9	06 (35,3)	10
≥10	09 (52,9)	
Intercorrências na gestação		
Não	17 (100)	
Tipo de parto		
Vaginal	07 (41,2)	
Cesáreo	10 (58,8)	
Intercorrências no parto		
Não	17 (100)	
Sexo do RN		
Feminino	09 (52,9)	
Masculino	08 (47,1)	
Idade gestacional (semanas)		
37-38	02 (11,8)	40s*3d**
39-40	14 (82,3)	(37s3d–41s2d)
≥41	01 (5,9)	39s3d
Apgar no 1º / 5º minuto		
9 / 10	17 (100)	
Contato pele a pele precoce		
Imediatamente após o nascimento	14 (82,3)	
Na 1ª hora de vida	03 (17,6)	

* s= semanas; ** d= dias

No que se refere as variáveis pertinentes ao aleitamento materno, Tabela 3, todos neonatos foram amamentados na primeira hora de vida (17 – 100%); predominou alta hospitalar com dois dias de vida (11 – 64,7%), variando de um a seis dias de vida; peso de 3000 a 3499 gramas (08 – 47,0%), variando de 2700 a 3510 gramas, mediana de 3125 gramas e média de 3338,8g; todos saíram de alta em AME (17 – 100%). A maioria não apresentou intercorrências mamárias (07 – 41,2%), seguida daquelas que apresentaram fissuras (06 – 35,3%) e ingurgitamento (03 – 17,6%); a maioria não precisou de encaminhamento (14 – 82,3%). Durante hospitalização, 08 (47,0%) puérperas sentiram-se seguras para amamentar e outras 08 (47,0%) relataram que as vezes estavam seguras. Todas (100%) manifestaram desejo de amamentar.

Por ocasião da entrevista nas USF, a idade pós-natal dos bebês variou de 13 a 205 dias, com média de 99 dias e mediana 94, predominando idade de 30 a 59 (04 – 23,5%) e 150 dias ou mais de vida (04 – 23,5%); o tipo de alimentação predominante foi o AME (09 – 52,9%), cujos bebês tinham de 13 a 141 dias (média 65,3 dias); a duração mediana do AME foi 55 dias e a média 61 dias.

Das oito (47,1%) mães que não estavam em AME, quatro verbalizaram três motivos, três apontaram dois motivos e uma relatou um motivo para a introdução de outros leites ou alimentação complementar, perfazendo 19 motivos relatados, em especial o pouco/diminuição do leite materno (08 – 42,1%) e a perda ou diminuição de peso do bebê (05 – 26,3%); a idade pós-natal por ocasião da introdução de outros leites ou alimentos variou de 10 a 125 dias, com média de 56 e mediana de 53 dias.

A grande maioria das mães relatou que recebeu orientações suficientes no pré-natal (16 – 94,1%), teve mais ajuda do enfermeiro (16 – 94,1%) e que, após a alta hospitalar, não procurou ajuda na USF para amamentar (13 – 76,5%); daquelas que procuraram, a ajuda foi obtida do enfermeiro e médico (04 – 23,5%).

A maior preocupação ou medo em relação ao aleitamento materno refere-se à produção láctea: ter pouco/insuficiente leite (05 – 29,4%) e não ter leite materno (03 – 17,6%). Predominou entre as entrevistadas sentimentos de amor/carinho (05 – 29,4%) e felicidade/ alegria (05 – 29,4%) em amamentar o bebê.

Tabela 3 - Distribuição das 17 mães entrevistadas nas Unidades de Saúde da Família segundo variáveis relacionada ao aleitamento materno. Município de Jacuí – MG, 2018.

Variáveis	n (%)	Mediana (Min-Max) Média
Hospital		
<i>Amamentação na 1ª hora de vida</i>		
Sim	17 (100)	
<i>Idade pós-natal na alta (dias)</i>		
1	04 (23,5)	2,0 (1–6) 1,9
2	11 (64,7)	
≥3	02 (11,8)	
<i>Peso na alta (gramas)</i>		
<3000	07 (41,2)	3125 (2700–3510) 3338,8
3000-3499	08 (47,0)	
≥3500	02 (11,8)	
<i>Tipo de aleitamento na alta</i>		
Aleitamento materno exclusivo	17 (100)	
<i>Intercorrências mamárias^a</i>		
Nenhuma	07 (41,2)	
Fissuras	06 (35,3)	
Ingurgitamento	03 (17,6)	
Mastite	01 (5,9)	
<i>Sentir-se segura para amamentar</i>		
Sim	08 (47,0)	
Às vezes	08 (47,0)	
Não	01 (5,9)	
<i>Desejo de amamentar</i>		
Sim	17 (100)	
<i>Encaminhamento relacionado ao aleitamento materno</i>		
Não	14 (82,3)	
Sim. Para o pediatra	03 (17,6)	
Unidade básica		
<i>Idade pós-natal na entrevista (dias)</i>		
<30	02 (11,8)	94 (13–205) 99
30-59	04 (23,5)	
60-89	03 (17,6)	
90-119	02 (11,8)	
120-149	02 (11,8)	
≥150	04 (23,5)	
<i>Tipo de alimentação na entrevista</i>		
Aleitamento materno exclusivo	09 (52,9)	
Aleitamento materno + fórmula ou leite fluído	02 (11,8)	

- conclusão -

Variáveis	n (%)	Mediana (Min-Max) Média
Aleitamento materno + fórmula ou leite fluído + alimentação complementar	02 (11,8)	
Fórmula ou leite fluído	02 (11,8)	
Fórmula ou leite fluído + alimentação complementar	02 (11,8)	
<i>Duração do aleitamento materno exclusivo (dias)</i>		55 (9–124) 61
<i>Idade pós-natal da introdução de outros leites e alimentos (dias)</i>		53 (10–125) 56
<i>Motivo da introdução de outros leites e alimentos^b</i>		
Pouco/Diminuição do leite materno	08 (42,1)	
Perda ou Diminuição do ganho de peso do bebê	05 (26,3)	
Choro intenso do bebê	03 (15,8)	
Volta ao trabalho materno	02 (10,5)	
Recusa do peito pelo bebê	01 (5,3)	
<i>Recebimento de orientações suficientes no pré-natal</i>		
Sim	16 (94,1)	
Não	01 (5,9)	
<i>Profissional que mais ajudou no pré-natal</i>		
Enfermeiro	16 (94,1)	
Médico	01 (5,9)	
<i>Após alta hospitalar, procura e obtenção de ajuda na USF</i>		
Não	13 (76,5)	
Sim. Enfermeiro e pediatra	04 (23,5)	
<i>Maior preocupação ou medo em relação ao aleitamento materno</i>		
Ter pouco/insuficiente leite	05 (29,4)	
Não ter leite	03 (17,6)	
Não sustentar o bebê	02 (11,8)	
Ansiedade	02 (11,8)	
Não poder amamentar	01 (5,9)	
Bebê rejeitar o peito	01 (5,9)	
Dor	01 (5,9)	
Tristeza	01 (5,9)	
Nenhuma	01 (5,9)	
<i>Sentimento em amamentar o filho</i>		
Amor/Carinho	05 (29,4)	
Felicidade/Alegria	05 (29,4)	
Prazer/Emocionante	04 (23,5)	
Bom demais/Muito bom/Máximo	04 (23,5)	

^a Das 10 puérperas que tiveram problemas com a mama, cinco relataram duas intercorrências.

^b Das oito mães que não estavam em AME, quatro verbalizaram três motivos, três apontaram dois motivos e uma relatou um motivo para a introdução de outros leites ou alimentação complementar, perfazendo 19 motivos relatados.

No que se refere a assistência ao aleitamento materno, Tabela 4, as mães verbalizaram que receberam orientações sobre os benefícios/vantagens, cuidados com a mama, técnica/como amamentar e livre demanda, tanto no pré-natal (16 – 94,1%) como no hospital (15 – 88,2%), e que se sentiram apoiadas/acolhidas em maior frequência no pré-natal (15 – 88,2%) que no hospital e no seguimento nas USF (12 – 70,6%); durante hospitalização também mencionaram orientações recebidas sobre as dificuldades vivenciadas na amamentação (15 – 88,2%). Dentre as ações sugeridas para melhoria da assistência com foco no aleitamento materno destacam-se: mais orientações e ajuda/paciência dos profissionais nas primeiras mamadas (07 – 41,2%), no hospital; mais profissionais nos encontros/rodas de conversa com equipe multiprofissional (04 – 23,5%), mais palestras educativas/encontros/rodas de conversa (03 – 17,6%) e mais tempo/atenção na consulta médica (03 – 17,6%), no pré-natal; e visitas domiciliares de médicos e/ou enfermeiros nos primeiros dias/semanas após alta hospitalar (09 – 52,9%), no seguimento nas USF. Na nota atribuída para a assistência recebida predominou 5 (cinco) seguido de 4 (quatro) tanto no hospital (08 – 47,0%; 04 – 23,5%) como no pré-natal (07 – 41,2%; 06 – 35,3%) e seguimento nas USF (09 – 52,9%; 06 – 35,3%).

Tabela 4 - Distribuição das avaliações feitas pelas 17 mães entrevistadas sobre a assistência relativa ao aleitamento materno recebida no hospital e unidades de saúde da família (pré-natal e seguimento). Município de Jacuí – MG, 2018.

Avaliações	Hospital n (%)	USF	
		Pré-natal n (%)	Pós-natal n (%)
<i>Orientações sobre aleitamento materno recebidas*</i>			
Benefícios/Vantagens	15 (88,2)	16 (94,1)	
Dificuldades vivenciadas	15 (88,2)		
Cuidados com a mama	15 (88,2)	16 (94,1)	
Técnica/como amamentar	15 (88,2)	16 (94,1)	
Livre demanda	15 (88,2)	16 (94,1)	
<i>Sentir-se apoiada/acolhida</i>			
Sim	12 (70,6)	15 (88,2)	12 (70,6)
Às vezes	05 (29,4)	02 (11,8)	05 (29,4)
<i>Ações que deveriam ser melhoradas*</i>			
Nenhuma	07 (41,2)	08 (47,0)	06 (35,3)
Mais orientações e ajuda/paciência dos profissionais nas primeiras mamadas	07 (41,2)		
Mais conversas/rodas de conversas/palestras educativas/treinamentos sobre amamentação	02 (11,7)	03 (17,6)	01 (5,9)

- continua -

- conclusão -

Avaliações	Hospital n (%)	USF	
		Pré-natal n (%)	Pós-natal n (%)
Mais profissionais nos encontros ou rodas de conversa com equipe multiprofissional	01 (5,9)	04 (23,5)	01 (5,9)
Mais tempo/atenção na consulta médica		03 (17,6)	01 (5,9)
Encontros mais atrativos/chamativos		01 (5,9)	
Visitas domiciliares de médicos e/ou enfermeiros nos primeiros dias/semanas após alta			09 (52,9)
Serviço de dúvidas por telefone			01 (5,9)
Nota (0 a 5) para assistência recebida			
1	01 (5,9)		
2	01 (5,9)	01 (5,9)	01 (5,9)
3	03 (17,6)	03 (17,6)	01 (5,9)
4	04 (23,5)	06 (35,3)	06 (35,3)
5	08 (47,0)	07 (41,2)	09 (52,9)

* As entrevistadas podiam emitir mais que uma resposta (orientações recebidas e ações para melhorar assistência)

Na segunda etapa, construção do guia prático, participaram do grupo de trabalho nove membros da equipe multiprofissional das USF I (4) e II (3), sendo um médico pediatra, um médico generalista, um enfermeiro, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, duas agentes comunitárias de saúde, um dentista e uma técnica em enfermagem, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional que atuam nas duas unidades USF I e USF II.

As seis oficinas de trabalho foram realizadas no período de 21 de dezembro de 2018 a 28 de março de 2019, totalizando sete encontros, pois a sexta oficina teve um encontro complementar com dois profissionais que, por atividades laborais programadas, não puderam comparecer na discussão e avaliação coletiva do guia.

Todas as oficinas foram coordenadas pela pesquisadora e registradas em ata por um auxiliar de pesquisa, cujas anotações subsidiaram a elaboração das atas oficiais de cada oficina, lidas e assinadas por todos participantes e arquivadas pela pesquisadora.

Na dinâmica das oficinas, foram utilizadas diferentes estratégias para motivar e dinamizar a participação mais ativa de todos os participantes nas discussões e decisões acerca do guia como apresentação dialogada com uso de *powerpoint*, rodas de conversa, disponibilização de artigos e materiais técnico-científicos (guias/manuais, cartilhas e informativos) sobre o tema, leitura e discussão de artigos, reflexões e discussões em grupo. Ainda, pelo fato de os membros da equipe multiprofissional não ter o hábito de ler artigos

científicos com regularidade para atualização do conhecimento e redigir a síntese das evidências, o texto do embasamento teórico do guia ficou mais sob a responsabilidade da pesquisadora.

Ao final de cada oficina, fez-se o agendamento do próximo encontro e a pesquisadora entregou um impresso com avaliação da oficina, no qual os participantes assinalaram o que acharam do encontro (ótimo, bom, regular e ruim), cujos resultados foram processados com a ajuda de um representante do grupo voluntário, predominando o conceito ótimo nas avaliações das oficinas, exceto na primeira que a maioria atribuiu conceito bom.

O Quadro 1 sintetiza o desenvolvimento das oficinas de trabalho para elaboração do guia prático de incentivo ao AME nas USF, contendo a data, duração da atividade, número de participantes (excluindo a pesquisadora e auxiliar de pesquisa), objetivo, dinâmica e atividades realizadas, observações e deliberações e conceito atribuído pelos participantes ao avaliar a oficina. O registro detalhado dessas oficinas de trabalho está apresentado no Apêndice 6.

Os participantes das oficinas acataram a sugestão de organizar o conteúdo teórico relativo às dúvidas e dificuldades sobre o aleitamento materno em forma de perguntas e respostas, sendo essas últimas embasadas em literatura, e a inclusão de delegando-se à pesquisadora a responsabilidade por redigir a versão preliminar do guia, a qual passou por revisão técnica de três enfermeiros experts em aleitamento materno. A inclusão de um roteiro de abordagem e detalhamento das ações para que pudesse ficar mais claro o que fazer para o incentivo e apoio ao aleitamento materno durante os atendimentos, desde o pré-natal até o seguimento após o nascimento, foi sugerida e incorporada no guia prático, discriminando-se todas as ações, periodicidade e profissionais responsáveis, agrupados em três momentos: pré-natal, primeiro mês de vida e seguimento até o sexto mês. O grupo de trabalho também optou por elencar no guia algumas ações, embora não fossem específicas do tema aleitamento materno, mas faz parte do atendimento à criança, gestante e puérpera.

Todos os participantes do grupo de trabalho receberam cópia da versão preliminar, quatro dias antes da sexta oficina, para leitura e emissão de sugestões, as quais foram discutidas e aprovadas coletivamente na última oficina de trabalho. Não houve alterações substanciais no conteúdo da versão preliminar do guia, mas foram feitos pequenos ajustes nas ações da equipe de modo a adequar o agendamento das consultas de puericultura nas USF, agendar consulta com o dentista no primeiro semestre de vida e introduzir visita domiciliar

compartilhada com a fonoaudióloga na primeira semana de vida do bebê, sempre que necessário.

Com base nas discussões e sugestões ocorridas a partir da quarta oficina, foram incluídas-novas ações e expandidas as atuações de alguns profissionais, conforme sintetizadas abaixo:

- Inclusão de grupos educativos em sala de espera para mães nos dias de puericultura, realizado pelo médico, enfermeira, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga.
- Expansão da atuação da terapeuta ocupacional com dinâmica de interação entre as mães e equipe, nas atividades programadas no primeiro mês pós-nascimento, em grupos de orientações em sala de espera e visita domiciliar compartilhada com enfermeiros e/ou médico na primeira semana de vida do bebê ou sempre que solicitado pela mãe ou agente comunitário de saúde, visando favorecer o vínculo com equipe; ouvir as mães em suas queixas; ensinar atividades de relaxamento à mãe no período que o bebê esteja dormindo, como por exemplo pintura, bordado, etc. Diante de alguma alteração como choro, tristeza da mãe e auto estima diminuída, receber essa mãe em uma sala reservada para uma conversa na qual possa expressar o que está lhe causando esse desconforto e assim ajudá-la a melhorar. Se necessário, encaminhar para médico evitando uma depressão, entre outras doenças. Na rotina do serviço, a atuação dessa profissional era apenas no grupo de gestantes, quando possível.
- Expansão da atuação da fonoaudióloga com orientações sobre o teste da linguinha, teste da orelhinha, explicando como é feito e sua importância; reforço sobre os benefícios do aleitamento materno para o bebê; incentivo ao não uso de chupetas e mamadeiras, explicando como isso pode ser prejudicial para a criança. Também essa profissional só participava do grupo de gestante, quando possível.
- Implantação da visita domiciliar rotineira da enfermeira e/ou médico, na primeira semana de vida da criança. Essa prática só era realizada pela enfermeira da USF II, conforme solicitação da nutriz.
- Implantação da visita do dentista nos primeiros quinze dias de vida do bebê, também na USF I, pois é realizado rotineiramente na USF II. Já houve diálogo entre a dentista que participou do grupo de trabalho com o dentista da USF I e decidiram fazer essa visita nas duas unidades.

- Inclusão de agendamento com dentista no entre o 40º e 45º dia após o parto e no quinto mês de vida, na mesma data da consulta médica para favorecer a vinda da mãe na unidade; a partir haverá acompanhamento do bebê com o dentista se necessário.
- Inclusão de agendamento de consulta médica para a puérpera/nutriz, na mesma data da consulta de puericultura, entre 40º e 45º dias após o parto.
- Implantação de educação permanente sobre o tema aleitamento materno, periodicamente, com todos os profissionais das duas USF para atualização de conhecimentos e práticas por meio de palestras com convidados e discussões grupais. Isso foi sugerido pelo médico clínico em uma das oficinas, que relatou ainda não ter experiência em aleitamento materno, mas que a participação no grupo de trabalho trouxe grande aprendizado e segurança para abordar o tema com as mães.

Quadro 1 – Síntese do desenvolvimento das oficinas de trabalho para confecção do guia prático de incentivo ao aleitamento materno nas USF.

Município de Jacuí – MG, dezembro de 2018 a março de 2019.

Oficina e Data	Duração (min)	Nº participantes	Objetivo	Dinâmica e Atividades	Observações e Recomendações	Avaliação
1ª 21/12/18	80	09 (2 M, 1 E, 1 TE, 2 ACS, 1 F, 1 TO, 1 D)	Conhecer dados locais sobre o aleitamento materno, na perspectiva da clientela assistida.	Apresentação dos participantes Apresentação (<i>powerpoint</i>) dos dados da 1ª etapa (pesquisadora) Roda de conversa sobre os dados e vivências na assistência relacionada ao aleitamento materno	Tarefa para próximo encontro: Sugestões ações que poderiam melhorar essa assistência a gestante, mãe e bebê com foco no incentivo ao aleitamento materno nas USF.	05 Bom 04 Ótimo
2ª 25/01/19	60	08 (2 M, 1 E, 1 TE, 2 ACS, 1 F, 1 D)	Disponibilizar textos/artigos científicos que trouxessem reflexões sobre o tema abordado e que pudessem acrescentar ideias para elaboração do guia. A partir dos mesmos, refletir sobre a prática.	Disponibilizado em 24/01 para todos membros do grupo de trabalho três textos/artigos sobre o tema. Distribuição dos participantes em três subgrupos para releitura e discussão de um dos textos escolhidos. Distribuição de um quadro, para registro individual em papel, respondendo as questões: O que fazem/atuação em relação ao aleitamento materno? Quais as queixas e dificuldades encontradas nessa assistência? O que sugere para melhorar a assistência? Roda de conversa para relato dos subgrupos do conteúdo dos textos lidos e reflexões sobre o que pode ser melhorado na assistência que executam.	Todos participantes demonstraram muito interesse acerca da possibilidade de adequações da prática para melhoria no atendimento no pré-natal, primeiro mês pós nascimento e seguimento até sexto mês de vida. Recomendações: apresentar dados à gestão de saúde para possíveis modificações no processo de trabalho das USF em relação ao atendimento de mães e bebês abrangendo toda equipe multiprofissional; criar grupo de sala de espera para mães em datas de consulta de puericultura, no qual a equipe multiprofissional orientasse os principais aspectos relacionados ao aleitamento materno; melhorar o vínculo da mãe com equipe com melhor acolhimento, mais escuta, pois isso poderá trazer benefícios para aleitamento materno; implantar treinamento e educação continuada dirigido aos agentes comunitários de saúde sobre manejo do aleitamento materno para que possam abordar as puérperas já em domicílio e perceber situações de risco para desmame precoce; detalhar as ações para que pudesse ficar mais claro a abordagem sobre aleitamento durante os atendimentos no pré-natal e no seguimento após o nascimento. Tarefa: completar em casa o preenchimento do quadro recebido com todas as informações possíveis e trazê-lo na próxima oficina.	08 Ótimo Todos demonstraram grande envolvimento com o trabalho e disposição para as próximas oficinas, e afirmaram ter aprendido muito neste encontro

- continua -

- continua -

Oficina e Data	Duração (min)	Nº participantes	Objetivo	Dinâmica e Atividades	Observações e Recomendações	Avaliação
3ª 07/02/19	90	08 (2 M, 1 E, 1 TE, 2 ACS, 1 F, 1 TO)	Ampliar o conhecimento e a aprendizagem do grupo de trabalho sobre o manejo do aleitamento materno.	<p>Apresentação (powerpoint) dialogada e discussão com convidada, expert, tendo como questões disparadoras: Por que porque amamentar é importante? Eu como profissional, acredito na amamentação? Temos argumentos para convencimento da mãe?</p> <p>Discutido sobre mitos e verdades; composição do leite materno e de outros leites – artificial e de vaca fluído; manejo do aleitamento materno (cuidados com a mama no pré-natal, sucção e amamentação, técnica correta para amamentação, uso de bicos e conchas de silicone, ordenha mamária e armazenamento do leite, traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite); auto eficácia da mulher no pré-natal e relacionamento com clientela.</p>	<p>Dicas e ideias de como fazer o grupo com clientela em rodas de conversa; ouvir mais a gestante do que falar; passar segurança para mãe; orientar sobre as dificuldades que virão; ensinar a mãe como distinguir um choro de fome e um choro de dor do bebê por exemplo; discutir temas trazidos pelas gestantes.</p> <p>Recomendações: Melhorar o atendimento no pré-natal, primeiro mês após nascimento e seguimento até sexto mês de vida nas duas USF; trabalhar a auto eficácia da mãe, dentre outras ações discutidas; realizar treinamento e capacitação de toda a equipe sobre o manejo do aleitamento materno para reforçar e aperfeiçoar o que foi aprendido hoje.</p> <p>O grupo valorizou as ideias surgidas para melhorar o processo de trabalho e a relação com as gestantes e nutrízes, e se dispôs a reunir outras vezes para discutir estratégias junto com o gestor para melhorar os grupos de pré-natal e o seguimento desses bebês, ainda mais depois da criação do guia.</p> <p>Os participantes completaram o quadro recebido na oficina anterior e entregaram manuscrito, individualmente, a pesquisadora.</p>	08 Ótimo Todos relataram ter grande proveito nesta atividade com profissional experiente.

- continua -

- continua -

Oficina e Data	Duração (min)	Nº participantes	Objetivo	Dinâmica e Atividades	Observações e Recomendações	Avaliação
4ª 11/02/19	60	08 (1 M, 1 E, 1 TE, 2 ACS, 1 F, 1 TO, 1 D)	Elaborar o guia prático (parte I) – Pré-natal: definição dos principais tópicos a serem incluídos no guia, considerando os assuntos já abordados, as discussões ocorridas em oficinas anteriores e a necessidade de aperfeiçoamento na visão da equipe.	Discussão em dois subgrupos sobre os tópicos relativos ao pré-natal que gostariam de incluir no guia prático, sintetizados em registro em papel. Disponibilizado alguns guias do Ministério da Saúde, cartilhas e informativos sobre o assunto para ajudar os grupos. Os subgrupos apresentaram o conteúdo discutido expondo suas ideias.	Sugestões de tópicos com base nas discussões e nos quadros manuscritos recebidos de cada participante: fisiologia da produção de leite; importância do aleitamento materno; tipos de aleitamento materno; composição do leite materno; cuidados com as mamas (fissuras, ingurgitamento e mastite); técnica de amamentação (pega correta); mitos e verdades sobre amamentação; quando e como introduzir alimentação no desmame em bebês menores de seis meses; como prevenir desmame precoce; como retirar leite e armazenar para retorno da mãe ao trabalho; fatores que influenciam na produção de leite materno; o que fazer quando o bebê apresenta dificuldade de sugar; ações da terapia ocupacional que podem auxiliar no pré-natal em relação a amamentação; contraindicações ao leite materno; relação da amamentação com desenvolvimento harmônico da musculatura orofacial e dos maxilares; alterações ou distúrbios faciais decorrentes do uso de mamadeira ou chupeta; importância do teste da linguinha em relação ao aleitamento materno; como promover o aleitamento materno para bebês com má formações orofaciais; relação entre otite e a posição do bebê durante a amamentação; importância da família e da comunidade no processo de amamentação. Recomendações: ampliar as ações da fonoaudióloga e terapeuta ocupacional para além dos grupos de pré-natal, incluindo uma visita domiciliar para as mães após o parto para auxiliar no que precisarem, incentivando o aleitamento materno, e acompanhamento da criança, quando necessário; incrementar os grupos de gestantes com implantação de rodas de conversas para o aprendizado das mães em relação à amamentação e com a participação de vários profissionais, o que favorecerá o vínculo entre a mulher e a equipe (médico generalista manifestou interesse em participar desta atividade); tomar os grupos de gestante mais interativos para estimular o comparecimento nas consultas e reduzir faltas; estimular a participação dos pais também nos grupos de gestantes, melhorando a aproximação da família e das unidades de saúde; realizar, após o término do guia, um treinamento com toda equipe em relação ao tema. Tarefa: cada profissional deverá ler sobre os tópicos pertinentes a sua profissão e a pesquisadora sobre os mesmos, e trazer para discussão na sexta oficina.	07 Ótimo 01 Bom A participação no grupo de trabalho tem possibilitado aprendizado sobre aleitamento materno.

- continua -

- continua -

Oficina e Data	Duração (min)	Nº participantes	Objetivo	Dinâmica e Atividades	Observações e Recomendações	Avaliação
5ª 12/02/19	55	07 (1 M, 1 E, 1 TE, 2 ACS, 1 TO, 1 D) M e F deixaram apontamentos no dia anterior por não poder participar na data agendada	Elaborar o guia prático (parte II e III) – Primeiro mês após o parto e Seguimento do bebê até sexto mês; definição dos principais tópicos a serem incluídos no guia, considerando os assuntos já abordados, as discussões ocorridas em oficinas anteriores e a necessidade de aperfeiçoamento na visão da equipe.	Discussão em dois subgrupos sobre os tópicos relativos ao primeiro mês após o parto e seguimento do bebê até sexto mês, que gostariam de incluir no guia prático, sintetizados em registro em papel. Disponibilizado alguns guias/manuais do Ministério da Saúde, cartilhas e informativos sobre o assunto para ajudar os grupos. Cada grupo apresentou o conteúdo discutido expondo suas ideias.	Sugestões de tópicos com base nas discussões e nos quadros manuscritos recebidos de cada participante: o que fazer quando o bebê apresenta dificuldade de sugar; quando e como introduzir alimentação no desmame em bebês menores de seis meses; como prevenir desmame precoce; como retirar leite e armazenar para retorno da mãe ao trabalho; como fazer higienização oral em bebês; qual a importância do teste da linguinha em relação ao aleitamento materno; qual a relação entre otite e a posição do bebê durante a amamentação; quais as alterações ou distúrbios faciais decorrentes do uso de mamadeira ou chupeta; como promover o aleitamento materno para bebês com má formação orofaciais; qual a importância da família e da comunidade no processo de amamentação; importância das consultas de puericultura para criança; como favorecer o vínculo mãe e filho após o parto. Recomendações: agendar consulta médica para a puérpera/nutriz, na mesma data da consulta de puericultura, entre 40º 45º dias após o parto; agendar consultas do bebê com dentista, na mesma data da consulta médica, favorecendo a vinda da mãe na unidade; maior participação do dentista no grupo de gestantes para explicar a necessidade do acompanhamento odontológico desde o pré-natal; implantar rodas de conversa nas consultas de puericultura com o médico ou enfermeiro, aumentando o vínculo com mães, abrindo espaço para diálogo e auxiliando no aleitamento materno e em outros assuntos; incluir a participação da nutricionista nas rodas de conversas a partir dos quatro meses, ocasião em que muitas mães voltam ao trabalho e precisam de informações sobre alimentação saúdável para seus bebês; implementar orientações mais precisas para mães e que todos os profissionais fossem capacitados para ensinar as mães a retirar, armazenar e oferecer esse leite de maneira adequada para os bebês; realizar educação continuada com os agentes de saúde. Tarefa: os membros do grupo se propuseram a ler sobre os tópicos de acordo com cada categoria e trazer para discussão no próximo encontro.	07 Ótimo

- continua -

- conclusão -

Oficina e Data	Duração (min)	Nº participantes	Objetivo	Dinâmica e Atividades	Observações e Recomendações	Avaliação
6ª 27/03/19	40	07 (1 M, 1 E, 1 TE, 2 ACS, 1 TO, 1 D)	Avaliar coletivamente o guia prático confeccionado.	Disponibilizado cópia do guia a todos participantes do grupo de trabalho, quatro dias antes, para leitura e sugestões. Discussão entre todos os participantes, sendo que cada profissional expôs seus pontos de vista em relação a construção do guia de uma forma geral e também sobre o conteúdo e organização do mesmo, conforme discutido nas oficinas anteriores.	Decisão: Mantidos todos os tópicos, perguntas e conteúdo das respostas e as ações de responsabilidade de cada categoria da equipe profissional. Elogiado a escrita do guia, com informações adequadas, incluindo as dúvidas que surgiram nas oficinas anteriores e no dia a dia referente a aleitamento materno. No processo de desenvolvimento do guia se aprendeu a ler e pensar sobre o assunto e a perceber falhas na assistência; esclareceu dúvidas; ajudou se sentir mais confiante em falar com as gestantes/mães. Recomendações: adequar agendamento das consultas de puericultura nas USF, considerando a idade da criança, profissional responsável e as recomendações do Ministério da Saúde; implantar agendamento de consulta com dentista no primeiro semestre de vida; introduzir visita domiciliar com fonoaudióloga na primeira semana de vida do bebê, sempre que necessário. Na segunda reunião com os dois profissionais, não houve mudança em relação a primeira versão do guia.	07 Ótimo Todos os profissionais afirmaram terem sido de grande importância todas as oficinas, nas quais aprenderam bastante sobre o tema e já estavam incorporando mudanças nas suas práticas.
28/03/19		02 (1M, 1F)				

M= médico, E= enfermeiro, TE= técnico em enfermagem, ACS= agente comunitário de saúde, F= fonoaudióloga, TO= terapeuta ocupacional, D= dentista

Fonte: Dados da pesquisa

No processo de desenvolvimento da segunda etapa, ficou evidente o interesse e a motivação dos participantes nas oficinas, todos trouxeram vivências e sugestões para melhoria da assistência, participando ativamente das discussões, e alguns trouxeram artigos para embasar aprimorar o texto, em especial a médica pediatra, a dentista e a fonoaudióloga. Possibilitou ainda, aquisição de conhecimentos e habilidades para o manejo da amamentação na atenção básica, e esses profissionais relataram que já incorporaram mudanças em suas práticas e recomendaram a implantação do guia com capacitação das duas equipes de saúde da família do município.

Destaca-se que a capacitação da equipe sobre o manejo da amamentação teve anuência de todas as categorias nos grupos de discussão para aprender mais sobre o tema e ter mais segurança para atuar junto às gestantes e mães durante a assistência, especialmente reforçada pelo médico generalista, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O produto final das oficinas, guia prático de incentivo ao aleitamento materno nas USF do município de Jacuí – MG, está estruturado em duas partes: a primeira, versa sobre algumas dúvidas sobre o tema, trabalhadas sob a forma de perguntas, cujas respostas estão fundamentadas em evidências científicas; a segunda, contém as ações, periodicidade e responsabilidade da equipe multiprofissional no manejo da amamentação no pré-natal, primeiro mês após nascimento e seguimento até o sexto mês nas USF do município (Apêndice 7).

Como pesquisadora e coordenadora das oficinas de trabalho, percebeu-se grande envolvimento de todos profissionais nas atividades; os avanços na maneira de pensar, ler e fazer buscas de evidências para trazê-las para o atendimento no dia a dia; a contribuição desta pesquisa para a prática assistencial dirigida ao incentivo e apoio ao aleitamento materno nas USF. A cada oficina uma descoberta para um ou mais participantes, um ajuste que poderá ser feito assistência, um plano de ações para incentivo e apoio ao aleitamento materno foi construído junto com o guia prático, favorecendo futuramente uma melhor atenção para mães e bebês atendidos nas unidades.

No que se refere a avaliação do guia prático, terceira etapa, foi realizada pela totalidade de profissionais das duas USF (17) que atenderam aos critérios de inclusão e pelo gestor municipal (1), predominando a categoria de agente comunitário de saúde (12 – 66,7%), cuja caracterização está apresentada na Tabela 5; um enfermeiro ocupa o cargo de secretário municipal de saúde e o outro é contratado na função de técnico de enfermagem. A maioria dos participantes atua na USF II (08 – 44,4%), tem até 37 anos (10 – 55,6%), é casado (15 – 83,3%) e concluiu o ensino médio completo (11 – 61,1%); todos informaram não experiência profissional no manejo do aleitamento materno.

Tabela 5 - Caracterização dos profissionais participantes da avaliação do guia prático. Unidades de Saúde da Família do município de Jacuí – MG, 2019.

Variáveis	n (%)	Mediana (Min–Max)
<i>Local de trabalho</i>		
USF I	08 (44,4)	
USF II	09 (50,0)	
Secretaria Municipal da Saúde	01 (5,6)	
<i>Idade (anos)</i>		
≤ 37	10 (55,6)	37 (28–56)
≥ 38	08 (44,4)	
<i>Estado civil</i>		
Casado	15 (83,3)	
Solteiro	02 (11,1)	
Divorciado	01 (5,6)	
<i>Escolaridade</i>		
Ensino fundamental completo	01 (5,6)	
Ensino médio completo	11 (61,1)	
Ensino superior incompleto	02 (11,1)	
Ensino superior completo	04 (22,2)	
<i>Categoria profissional</i>		
Agente comunitário de saúde	12 (66,7)	
Enfermeiro (gestor municipal)	02 (11,1)	
Técnico em enfermagem	01 (5,6)	
Dentista	01 (5,6)	
<i>Cargo/função na unidade</i>		
Agente comunitário de saúde	12 (66,7)	
Gestor municipal	01 (5,6)	
Técnico em enfermagem	02 (11,1)	
Dentista	01 (5,6)	
<i>Experiência profissional em aleitamento materno</i>		
Não	18 (100)	

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 6 mostra a impressão geral da equipe multiprofissional e gestor municipal sobre o conteúdo, organização e potencial uso do guia. No conjunto de todas as afirmações positivas na avaliação do guia, 59,7% obteve-se manifestação de Concordo Fortemente e 40,3%, Concordo.

A maioria dos participantes manifestou Concordo Fortemente que o guia favorece o aprendizado na temática (11 – 61,1%), estimula a aprendizagem (12 – 66,7%), permite o aprendizado baseado na experiência prévia do profissional (12 – 66,7%), organizará o processo de trabalho de acordo com esse tema (10 – 55,6%), tem indicação de uso como ferramenta

educacional (14 – 77,8%), apresenta objetivos claramente definidos (12 – 66,7%) e coerentes (11 – 61,1%), apresenta conteúdo coerente com o público alvo (10 – 55,6%) e organizado logicamente (11 – 61,1%), as informações lá contidas são claras e precisas (10 – 55,6%) e auxiliam no processo de trabalho (13 – 72,2%), contém textos de fácil leitura (10 – 55,6%), está redigido com uso correto da gramática (12 – 66,7%) e trará uma melhora no atendimento do público alvo (12 – 66,7%). Predominou a manifestação Concordo em duas afirmações: as informações contidas no guia são suficientes aos profissionais (11 – 61,1%) e recomenda o guia prático para outras USF, ou instituições de saúde que aborda esse tema no processo de trabalho (12 – 66,7%).

Tabela 6 - Afirmativas avaliativas sobre o guia prático de incentivo ao aleitamento materno segundo a impressão geral dos profissionais das USF. Município de Jacuí – MG, 2019.

Afirmativas sobre o guia prático	Concordo n (%)	Concordo fortemente n (%)
1. A apresentação do guia prático favorece o aprendizado da temática.	07 (38,9)	11 (61,1)
2. As informações contidas auxiliam no processo de trabalho.	05 (27,8)	13 (72,2)
3. O guia prático tem indicação de uso como ferramenta educacional.	04 (22,2)	14 (77,8)
4. Você recomenda o guia prático para outras USF, ou instituições de saúde que aborda esse tema no processo de trabalho.	11 (61,1)	07 (38,9)
5. Os objetivos do guia prático estão claramente definidos.	06 (33,3)	12 (66,7)
6. O guia prático tem coerência com os objetivos a que se propõe.	07 (38,9)	11 (61,1)
7. O conteúdo é coerente com o público alvo.	08 (44,4)	10 (55,6)
8. As informações são claras e precisas.	08 (44,4)	10 (55,6)
9. As informações são suficientes aos profissionais.	12 (66,7)	06 (33,3)
10. Conteúdo apresenta organização lógica.	07 (38,9)	11 (61,1)
11. Os textos são de fácil leitura.	08 (44,4)	10 (55,6)
12. Uso correto da gramática.	06 (33,3)	12 (66,7)

- continua -

- conclusão -

Afirmações sobre o guia prático	Concordo n (%)	Concordo fortemente n (%)
13. O guia prático estimula aprendizagem.	06 (33,3)	12 (66,7)
14. O guia prático permite o aprendizado baseado na experiência prévia do profissional	07 (38,9)	11 (61,1)
15. O guia prático organizará o processo de trabalho de acordo com esse tema.	08 (44,4)	10 (55,6)
16. O guia prático trará uma melhora no atendimento do público alvo.	06 (33,3)	12 (66,7)
TOTAL	116 (40,3)	172 (59,7)

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação a alterações no guia prático, nenhum participante manifestou o desejo de mudar e ou incluir alguma coisa no mesmo.

7 Discussão

Incentivar e melhorar a assistência em unidades de saúde da família é um grande desafio. Cabe considerar que toda transmissão de conhecimento deve fazer parte de um processo que favoreça a compreensão e apropriação de ideias (MOREIRA; BERNARDO; CATUNDA, 2015).

O delineamento utilizado no estudo permitiu o alcance dos objetivos estabelecidos articulados às três etapas operacionais desenvolvidas.

A amamentação é um tipo de alimentação que está relacionada a padrões culturais de uma comunidade. Com isso é importante sempre buscar novos estudos que auxiliem em ações pertinentes a uma realidade local (CALDEIRA *et al.*, 2007). É nesse contexto que se buscou ter um diagnóstico situacional sobre aleitamento materno em um município do interior de Minas Gerais, na perspectiva de mães de bebês de até seis meses de vida, para que a partir daí possa ser traçado ações conjuntas com a equipe que favoreçam a melhoria da assistência no incentivo e apoio ao aleitamento materno, na atenção primária.

Apesar da limitação na primeira etapa deste estudo, decorrente do reduzido tamanho amostral, os dados sociodemográficos das entrevistadas são característicos de clientela do SUS cadastrada e acompanhada na estratégia de saúde da família, no interior de Minas Gerais, predominando estado civil casada ou união consensual, ambos os cônjuges com pouca escolaridade, máximo ensino médio, ocupação materna do lar ou desempregada e baixa renda familiar.

O tipo de parto que predominou entre as entrevistadas foi o parto cesáreo (58,8%), apesar de todas terem relatado ausência de intercorrências na gestação e no parto. Isto é reflexo do contexto nacional, pois o Brasil é o segundo país do mundo com maiores taxas de cesáreas, 55,6% em 2015, superado apenas pela República Dominicana com 58,1% (BOERMA *et al.*, 2018). Segundo a OMS, no Brasil 54,4% das cesáreas são realizadas em gravidez consideradas de baixo risco e em mulheres com bom nível educacional (FEREY; PELEGRI, 2018).

Estudo mostra que, apesar das mulheres terem o desejo de ter um parto vaginal, ainda é considerado alto o número de cesarianas realizadas (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018), muito acima dos 15% recomendados pela OMS.

O estudo multicêntrico, Nacer no Brasil, realizado com uma coorte de base hospitalar nacional com 23.940 puérperas, assistidas no período de 2011 a 2012, apontou que aproximadamente 66% delas desejavam a via vaginal no início da gestação e, após o

aconselhamento no pré-natal, 63,2% consideravam o parto vaginal mais seguro para gestação sem complicações, porém 51,5% tiveram parto cesáreo, em especial aquelas assistidas no setor privado. Dentre os motivos referidos pelas mulheres para suas preferências iniciais pelo parto vaginal, destacam-se percepções positivas como ser o parto mais natural, mais fisiológico e, principalmente, com recuperação mais rápida (68,5%). Entre as mulheres que preferiram a cesárea, as principais razões para essa preferência referem-se a percepções negativas sobre o parto vaginal, como o medo da dor do parto (46,6%) e também a questões como o medo de não conseguir ter o parto, as críticas à forma “desumana” na condução do parto e o medo de não conseguir atendimento (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Com relação à prática de amamentar o recém-nascido na primeira hora, foi relatada por todas as entrevistadas, portanto, acima da proporção de 67,7% verificada na II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, incluindo 34.366 crianças menores de um ano que compareceram à segunda fase da campanha de multivacinação de 2008, em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal, na qual a variabilidade foi de 58,5% em Salvador – BA a 83,5% em São Luís – MA (BRASIL, 2009a).

O AME foi a prática alimentar de todos os neonatos por ocasião da alta hospitalar (100%) e predominante por ocasião da coleta dos dados (52,9%), quando os lactentes estavam com idade pós-natal variando de 13 a 205 dias, média de 99 dias e mediana 94 dias. Nesses nove bebês que estavam em AME, a idade variou de 13 a 141 dias, com média de 65,3 dias.

De acordo com a pesquisa nacional citada, a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0%, variando de 27,1% em Cuiabá – MT a 56,1% em Belém – PA e de 37,0% (Nordeste) a 45,9% (Norte) por região (BRASIL, 2009a). Apesar das diferenças metodológicas, indicador semelhante ao encontrado neste estudo foi verificado em Florianópolis – SC (52,4%), a segunda maior prevalência do AME no país.

Ainda, resultados do estudo multicêntrico (BRASIL, 2009a) mostraram que a duração mediana do AME em menores de seis meses foi 54,11 dias, variando de 0,742 em Belém – MT a 88,85 dias em Belém – PA, sendo que São Paulo – SP (54,83 dias) e a região Sudeste (55,02 dias) obtiveram duração semelhante a encontrada no município no presente estudo (55 dias).

A partir da reanálise das bases de dados de sete pesquisas nacionais realizadas no período de 1975 a 2008, incluindo os dados citados, com o objetivo de documentar a tendência secular da amamentação no Brasil, Venancio, Saldiva e Monteiro (2013) estimaram que se mantiver um aumento de 1,5 ponto percentual/ano na prevalência do AME em menores

de seis meses, o Brasil demoraria seis anos para atingir valores razoáveis de prevalência do AME, permanecendo importantes desafios no sentido de acelerar o ritmo de crescimento da amamentação exclusiva, rumo ao alcance das recomendações. Segundo a OMS, prevalência de AME em menores de seis meses acima de 50,0% caracterizaria um país com panorama satisfatório em relação à amamentação (VENANCIO *et al.*, 2010).

A análise desses indicadores de aleitamento materno no Brasil nas últimas três décadas, com dados secundários de quatro inquéritos nacionais (1986, 1996, 2006 e 2013), mostrou que a tendência ascendente até 2006 (aumentou de 2,9% em 1986 para 37,1% em 2006) não se confirmou em 2013, pois houve relativa estabilização com prevalência do AME de 36,6% em menores de seis meses. Pela primeira vez na série histórica, não houve ganhos reais da prevalência, com queda mais preocupante do AME entre crianças de três a cinco meses de vida. Tal alerta sinaliza a necessidade de avaliação e revisão das políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, fortalecendo aquelas existentes e propondo novas estratégias para retomar a tendência ascendente dos indicadores (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Estudo transversal com 1.029 mães de crianças menores de seis meses assistidas em unidades básicas de saúde do Município do Rio de Janeiro – RJ, encontrou prevalência do AME de 58,1% e que essa prática diminuiu 17% a cada mês de vida do bebê (PEREIRA *et al.*, 2010).

Embora neste estudo com clientela assistida na ESF caracterize um panorama satisfatório, permanece o desafio de alcançar a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses (BRASIL, 2015a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), pois entre os nove bebês que estavam em AME, a idade máxima foi 141 dias, e nos demais (8) o início do desmame ocorreu entre o 10º e 125º dia de vida, com idade média de 56 dias.

O principal motivo relatado pelas mães para a introdução de outros leites ou alimentação complementar é o pouco/diminuição do leite materno (42,1%), constituindo-se também na principal causa de preocupação ou medo em relação a amamentação (29,4%). Corroborando com essa representação tem-se o choro intenso do bebê manifesto também pelas mães (15,8%). Nessa direção, McCann e Bender (2006) apontam que o choro forte e incessante do bebê e o pensamento materno de fome corroboram para a compreensão da mãe que tem pouco leite e que há necessidade de introduzir outro tipo de alimento em substituição ao leite materno.

Aponta-se que relatos de “leite fraco” e leite insuficiente constituem causas importantes alegadas pelas mães para o desmame precoce (BRASIL, 2015a). Deficiência na quantidade de leite materno tem sido apontada por mães em estudos qualitativos, bem como dimensionada com variabilidade desde o “leite secou” até o leite insuficiente, respectivamente nas proporções de 28,7% (VOLPINI; MOURA, 2005) e 21,6% (OTENIO *et al.*, 2007), dentre os motivos de desmame precoce citados pelas mães, portanto, aquém daquela aqui encontrada, tendo como limitação esta comparação as diferenças nos delineamentos das pesquisas.

Para obter sucesso na amamentação vários fatores devem ser levados em conta tanto relacionados à mãe, quanto ao bebê, como por exemplo a personalidade da mãe, o ambiente de convivência da mãe, as condições socioeconômicas, a idade, a escolaridade, o trabalho, a falta de informação sobre aleitamento materno, o tipo de parto, dentre outros (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Considerar também que a mulher que passa por muita ansiedade, estresse e dor durante o parto, pode ter sua produção láctea comprometida, fazendo com que ela tenha uma visão de leite insuficiente, diminuindo com isso sua confiança e assim o índice de auto eficácia para amamentar (MONTEIRO, 2008; ORIA, 2008).

Outro motivo verbalizado pelas entrevistadas para a introdução de outros leites ou alimentos refere-se a volta ao trabalho (10,5%), cuja frequência assemelha-se às encontradas por Otenio *et al.* (2007) e por Volpini e Moura (2005), respectivamente 13,5% e 13,3%. Tal motivo deve se constituir em preocupação, especialmente se não estiver assegurado o direito a licença-maternidade, pois Queluz *et al.* (2012), em estudo transversal com 275 crianças menores de 6 meses de idade, residentes em um município do interior paulista, que compareceram à campanha nacional de vacinação em 2009, constataram que as mães que trabalham fora de casa sem licença-maternidade, mães que não trabalham fora, adolescentes e crianças que fazem uso de chupeta constituem categorias associadas à maior chance para o desmame precoce. A análise multivariada apontou que as mães que trabalham fora sem licença-maternidade tiveram três vezes mais chance de desmamarem precocemente seus filhos.

Destaca-se ainda, os resultados da investigação realizada por Volpato *et al.* (2009), na qual 41% das mães que trabalham retornam às atividades para ajudar na renda da família e cerca de 81% dessas mães desconhecem as leis que amparam os direitos relativos a proteção do aleitamento materno.

Assim, no guia prático construído na segunda etapa deste estudo, tais aspectos relacionados a proteção e manejo do aleitamento materno devem ser contemplados, como também a prevenção e intervenção adequada nas intercorrências mamárias, pois entre as entrevistadas 35,3% relataram a presença de fissuras e 17,6% o ingurgitamento.

No estudo realizado em Pelotas com 951 mães, 37% delas apresentaram problemas mamários, sendo o trauma mamilar o mais frequente (SILVA *et al.*, 2008). Outra investigação realizada em Feira de Santana – BA verificou que uma das principais dificuldades para amamentar nas primeiras horas após o parto foi o ingurgitamento mamário, apontado por 55,4% das nutrízes entrevistadas (OLIVEIRA; PATEL; FONSECA, 2004).

As primíparas merecem atenção especial porque têm maior predisposição para ter problemas mamários, em especial a fissura (COSTA *et al.*, 2013).

Barbosa *et al.* (2015) trazem o humor e a qualidade do sono como fatores importantes que influenciam na dor e na duração do tempo de amamentação, e que essas intercorrências, como ingurgitamento e fissuras acontecem devido à falta de informações durante o pré-natal, recomendando que as orientações sejam iniciadas o quanto antes e incentivadas durante toda gestação e principalmente após o parto.

Prevenir e tratar adequadamente essas intercorrências mamárias deve ser preocupação dos profissionais que tanto nos hospitais como nas unidades básicas de saúde e nos NSF, pois, conforme apontam Barreto, Silva e Christoffel (2009), podem ser causas de desmame precoce, decorrente de falha na pega.

As crenças e a cultura devem ser consideradas na amamentação, no entanto, o apoio e um bom aconselhamento fazem toda a diferença para evitar um desmame precoce (ISHAK *et al.*, 2014). Diante disso, para fazer um bom aconselhamento é necessário ter conhecimento sobre o assunto, daí a necessidade de capacitação de todos os profissionais que trabalham com amamentação, aspecto presente nas discussões do grupo de trabalho que desenvolveu o guia prático na segunda etapa do estudo.

A perda ou diminuição de peso do bebê também foi citada (26,3%) dentre os motivos para a introdução de outros leites ou alimentos. Alimentos complementares antes dos seis meses podem ser indicados em casos especiais, em especial se a criança não está crescendo satisfatoriamente com o AME, todavia, recomenda-se cautela ao comparar o crescimento dos lactentes em amamentação exclusiva com padrões internacionais (curvas do NCHS), pois os mesmos são baseados predominantemente em crianças não amamentadas, além dos resultados de estudos que mostram que o crescimento de crianças amamentadas saudáveis, entre três e

nove meses de idade aproximadamente, é frequentemente inferior ao de crianças desmamadas. Portanto, o uso acrítico desses atuais padrões de crescimento pode levar à complementação desnecessária de lactentes saudáveis (GIUGLIANI, 2010).

Acresça-se ainda, a existência de relatos de experiências malsucedidas de profissionais que não apoiam o aleitamento, pois apesar de terem conhecimento sobre seus benefícios, indicam o uso de fórmulas infantis (BRAIMOH; DAVIES, 2014).

Os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com a amamentação com intuito de diagnosticar nessas mães um risco de desmame precoce, para agir auxiliando neste aspecto, respeitando a individualidade de cada mãe (BRIERE *et al.*, 2014).

Ressalta-se que a mulher deve ser orientada, incentivada e também respeitada em suas decisões e opiniões quanto ao desejo de amamentar (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006). Embora todas as entrevistadas neste estudo tenham manifestado desejo de amamentar e a maioria delas relatou ter recebido orientações suficientes no pré-natal (94,1%), apenas parte delas se sentiram seguras para amamentar no hospital (47,0%) no hospital.

Estudos apontam que a renda, escolaridade, estado civil não variam muito em puérperas, mas o que é muito variável é a confiança materna que interfere fortemente na amamentação e pode ser influenciada pelo apoio de profissionais capacitados (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011). A informação é fundamental para aumentar a autoconfiança da gestante e da puérpera, contribuindo com a superação das adversidades vivenciadas no ciclo grávido-puerperal (BARRETO; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009). Há relatos de que quanto maior a confiança da mulher, mais longo é o tempo de amamentação (ZUBARAN; FORESTI, 2011).

A auto eficácia está relacionada com a confiança e a opinião do indivíduo em realizar uma tarefa, neste caso, a amamentação. A mãe precisa se sentir capacitada para realizar a ação de amamentar (BANDURA, 1977).

Um instrumento eficaz para avaliar essa auto eficácia da mãe é a Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES), uma escala que aponta onde está a dificuldade da mãe em amamentar, auxiliando a abordagem profissional e prevenindo com isso o desmame precoce (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011). (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011; ORIÁ; XIMENES, 2010; DENNIS, 2006). Estudos constataam que mulheres com auto eficácia elevada têm maior chance de manifestar desejo de amamentar e maior duração da amamentação (JAGER *et al.*, 2013; BLYTH *et al.*, 2002).

A avaliação da auto eficácia deve ser feita o quanto antes com a mulher, em especial logo após o parto, pois possibilitará a identificação das dificuldades de cada mulher para os profissionais de saúde que deverá intervir, evitando assim, o desmame precoce (WILHELM *et al.*, 2010).

As mulheres devem ter apoio durante todo período de gestação, ouvindo suas dúvidas e queixas, para que possam ter mais conhecimento e confiança em alimentar seus filhos. É de responsabilidade dos profissionais de saúde realizar esse atendimento, administrando uma assistência de qualidade a essas mulheres (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Daí não é suficiente que os profissionais da atenção básica e serviços hospitalares tenham conhecimentos básicos e habilidade para o manejo clínico do aleitamento materno, mas também que adquiram competência para se comunicar com eficiência com a clientela por meio do uso da técnica do aconselhamento em amamentação, conforme recomendado pela OMS/Unicef e pelo Ministério da Saúde, compreendendo que:

Aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas. Em outras palavras, o aconselhamento, por meio do diálogo, ajuda a mulher a tomar decisões, além de desenvolver sua confiança no profissional (BRASIL, 2009b, p. 26).

Tais aspectos estão em consonância com as necessidades e as ações sugeridas pelas entrevistadas para a melhoria da assistência, destacando-se a solicitação de mais orientações e ajuda/paciência dos profissionais nas primeiras mamadas, no hospital (41,2%) e de visitas domiciliares de médicos e/ou enfermeiros nos primeiros dias/semanas após alta (52,9%). Ainda nessa direção, cabe citar o estudo realizado na Suécia por Thet *et al.* (2016), o qual aponta que as mães têm conhecimento sobre amamentação, porém o apoio do profissional é de extrema importância após a alta hospitalar, sendo primordial nas primeiras semanas de vida, para se evitar a introdução de outro alimento que não seja o leite materno.

Queiroz (2008) afirma também que o sucesso da amamentação se dá pela atuação de toda equipe desde o pré-natal e no puerpério, e que o momento adequado para orientar mãe e avaliar o bebê quanto à amamentação é no pós-parto, ocasião em que pode ser feito ajustes e intervenções para manter o AME.

Barreto, Silva e Christoffel (2009) entrevistaram 50 puérperas de uma maternidade no município do Rio de Janeiro, com o objetivo de conhecer a visão delas em relação ao cuidado prestado pelos profissionais de saúde quanto à prática da amamentação. Os autores

verificaram que 58% das puérperas não foram orientadas quanto à prática da amamentação, 38% verbalizaram falta de orientação prestada por algum profissional e 42% sentiram dificuldade para amamentar. Esses resultados reforçam que a prática da amamentação deve ser uma das principais ações de profissionais de saúde desde o pré-natal até o puerpério para o manejo adequado e apoio à mulher, recém-nascido e família nos diferentes cenários assistenciais e prevenção do desmame precoce.

Volpini e Moura (2005), em estudo transversal com 385 crianças menores de dois anos vacinadas em campanha nacional de 2001, no distrito noroeste da cidade de Campinas – SP, verificaram que a maioria das mães referiu não ter recebido orientações sobre amamentação no pré-natal (58,2%), no local do parto (61,8%) e nem nas consultas de puericultura (70,2%). Das 94 orientadas sobre amamentação no pré-natal, predominou o médico como responsável pela orientação (70,2%) seguido pelo pessoal da enfermagem (37,2%); na rede básica a proporção de orientadas no pré-natal foi semelhante pela enfermagem (44,8%) pelo médico (43,7%). No acompanhamento das crianças na puericultura, apenas 29,8% das mães receberam orientação sobre amamentação, 46,3% delas nos serviços públicos, 34,3% nos serviços privados e 25,4% na rede básica; destacaram-se como principais fontes dessas orientações na rede básica os médicos (44,8%) e o pessoal de enfermagem (38,6%).

Diferentemente, no presente estudo, a grande maioria das entrevistadas manifestou o recebimento de informações suficientes no pré-natal nas USF (94,1%), tendo como principal fonte de ajuda o enfermeiro (94,1%). Cabe contextualizar as diferenças metodológicas em relação ao estudo anterior, em especial as características das amostras, pois aqui a totalidade é de clientela acompanhada na ESF. Ainda, mesmo que em frequência reduzida, houve sugestão de mais tempo e/ou atenção na consulta médica no pré-natal (17,6%) e seguimento pós-natal (5,9%).

Outras sugestões emitidas pelas entrevistadas também vão em direção aos aspectos apontados anteriormente, como a participação de mais profissionais nos encontros ou rodas de conversa com equipe multiprofissional (5,9% no hospital, 23,5% no pré-natal e 5,9% no seguimento na USF) e mais conversas/rodas de conversas/ palestras educativas/treinamentos sobre amamentação (11,7% no hospital, 17,6% no pré-natal e 5,9% no seguimento na USF). Sendo assim, entende-se que a auto eficácia da mulher deve ser avaliada desde o pré-natal, ocasião em que as orientações e o incentivo podem ser decisivos para encorajar essa mãe a praticar a amamentação, e deve ser dimensionada continuamente no seguimento nas primeiras

semanas até os seis meses, na atenção básica, para apoio à mãe e família a fim de reduzir o desmame precoce e obter maior sucesso na promoção da amamentação exclusiva.

Com relação às notas atribuídas pelas mães para a assistência recebida com foco no aleitamento materno, embora tenha predominado 5 e 4 tanto no seguimento pós-natal na USF (88,2%), como no hospital (80,5%) e no pré-natal (76,5%), chama a atenção as entrevistadas atribuírem notas de 1 a 3 para a assistência recebida no hospital e notas 2 e 3 para o no pré-natal e seguimento pós-natal na USF.

Cabe contextualizar que o hospital de referência para os partos do município não é credenciado na IHAC e nem as ações até então implantadas nas USF estavam direcionadas às diretrizes da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, aspecto a ser discutido com as equipes e o gestor municipal, a partir da implantação do guia prático de incentivo e apoio ao aleitamento materno desenvolvido na segunda etapa do estudo.

Rito (2009), em avaliação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação na rede básica de saúde da cidade do Rio de Janeiro, constatou que várias unidades adotam práticas de apoio à amamentação e que essa rede apresenta nível intermediário de implantação dessa iniciativa.

Alves, Oliveira e Moraes (2013), em estudo transversal com dados coletados em 2003 e 2006 nas campanhas de vacinação em Barra Mansa – RJ, constataram que a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação contribuiu para a prática do AME (aumentou em 19,0%) em menores de seis meses e para orientação de gestantes e mães quando implementada na rede primária de saúde.

Este diagnóstico situacional do aleitamento materno no âmbito do município, apesar da limitação do tamanho amostral, subsidiou o desenvolvimento da **segunda etapa** desta investigação, na qual foi desenvolvido o guia prático, fundamentado no referencial metodológico de Thiollent (2011), em evidências científicas e na experiência do grupo de trabalho das USF pertinentes a temática do aleitamento materno. As seis oficinas de trabalho com a participação do coordenador/pesquisador, nove integrantes das equipes de saúde da família, com representantes de todas as categorias profissionais, e um observador que auxiliou na elaboração das atas, foram suficientes para elaboração do guia prático.

A incerteza de como esse processo seria realizado era perturbadora, mas ao mesmo tempo a vontade de fazer e todo esforço para que tudo desse certo prevalecia. Após a composição do grupo de trabalho as coisas foram se tornando mais fácil e a pesquisadora sentiu uma união, uma expectativa positiva de que o trabalho seria desenvolvido e que as

mudanças que eram necessárias já poderiam ser pensadas e apontadas pelo grupo que participou ativamente das oficinas de trabalho, mesmo com relatos de muitas dúvidas sobre o assunto. Conforme consta do Quadro 1, todos os profissionais da equipe multiprofissional das USF destacaram a importância das oficinas, avaliadas por eles predominantemente com conceito ótimo, nas quais aprenderam bastante sobre o tema e relataram que já estavam incorporando mudanças nas suas práticas, além da melhoria no processo de trabalho e na relação com as gestantes e nutrizes. Aspectos positivos que sinalizam a sustentabilidade de mudanças na prática de incentivo e apoio ao aleitamento materno na atenção básica do município, referem-se à recomendação que todas as equipes das USF fossem capacitadas e treinadas para a implantação do guia prático, além da educação permanente sobre o tema aleitamento materno, periodicamente, com todos os profissionais das duas USF para atualização de conhecimentos e práticas por meio de palestras com convidados e discussões grupais. Ainda, o grupo de trabalho se dispôs a reunir outras vezes para discutir estratégias junto com o gestor para melhorar os grupos de pré-natal e o seguimento desses bebês, ainda mais depois da criação do guia.

Tal impacto positivo está em consonância com a afirmação de Fonseca *et al.* (2011) que os materiais educativos podem trazer significativas mudanças na prática, desenvolvimento de novas habilidades e mudança de comportamento.

No estudo de Caldeira *et al.* (2007), realizado em Montes Claros – MG, verificou-se que os profissionais são informados sobre o aleitamento materno, porém não sabem fazer o manejo das técnicas e das dificuldades na amamentação relatadas pelas nutrizes e que o treinamento das equipes de saúde da família é importante para abordar de maneira sistematizada as informações e ações sobre o tema com o público alvo. Isto está em consonância com o relatado pelos profissionais do grupo de trabalho que afirmaram ter tido contato com a amamentação no trabalho, porém, não se sentiam seguros para orientar no manejo do aleitamento materno, principalmente nas queixas trazidas pelas mães.

Os participantes do grupo de trabalho também concordaram que o atendimento relacionado à amamentação não está alinhado nas duas USF do município, pois os profissionais não têm a mesma visão e capacidade para lidar com as mães e os bebês em aleitamento materno. E assim, condutas conflitantes geram insegurança nas mães em não saber qual profissional seguir.

Os profissionais devem estar qualificados e dispostos a apoiar as gestantes e as nutrizes incentivando a prática do aleitamento materno. Nem sempre é fácil mudar um modo já estabelecido de atendimento, mas isso precisa ser modificado (BUENO; TERUYA, 2004).

O conhecimento teórico e prático sobre o tema deve ser ofertado para todos os profissionais da atenção básica, pois, esses serviços são os que desenvolvem as principais ações de pré-natal e puerpério, momentos importantes para o incentivo e apoio ao aleitamento materno, auxiliando e informando as mulheres sobre o processo da amamentação (AZEREDO *et al.*, 2008).

As informações sobre aleitamento materno devem ser de forma clara e de maneira correta, caso contrário poderá causar uma falta de compreensão da nutriz podendo contribuir para um desmame precoce. Fica evidente a necessidade de estratégias que auxiliem os profissionais no estudo e aprendizado sobre o tema, pois, com isso, podem atuar incentivando essa prática do manejo do aleitamento materno para todas as mulheres (FREITAS *et al.*, 2008).

Este assunto foi trazido pelas mães que foram entrevistadas nesta pesquisa, dizendo que é preciso melhorar as informações de aleitamento desde o pré-natal, antes da chegada do bebê, ocasião em que elas estão dispostas a aprender e seguir as orientações. Muitas relataram que quando o bebê nasce tudo fica mais difícil inclusive aprender sobre aleitamento materno, pois as dificuldades aparecem após o parto e quando se tem informações trazidas do pré-natal facilita o processo. E somado a isto, acredita-se que com o apoio da equipe após o parto a chance de ter uma amamentação por mais tempo será maior.

Para Nakano (2007), um importante momento para a abordagem da mãe é nas primeiras semanas após o parto, momento esse em que surgem as dúvidas e as dificuldades em suas casas que se não orientadas corretamente estarão mais suscetíveis ao desmame precoce.

Parada *et al.* (2005) afirma que as USF têm importante papel no incentivo ao aleitamento materno por terem como “ponte” os agentes comunitários de saúde que favorecem esta aproximação dos profissionais das unidades com a mãe, o bebê, os familiares e a comunidade, o que auxilia nas atividades educativas para essas mães.

Freitas *et al.* (2008) também citam que para ter melhora nos índices de aleitamento materno, grupos educativos são grandes aliados nessa prática, proporcionando conhecimento para as mães sobre o assunto e com isso um tempo maior de amamentação.

Os grupos são muito importantes na promoção da saúde na atenção básica, permite uma abordagem maior do público alvo com o objetivo de promover mudanças de cada paciente sobre o modo de pensar acerca de um determinado tema (SANTOS *et al.*, 2006).

Na pesquisa de Pereira *et al.* (2010), citada anteriormente, a maior prevalência do AME esteve associada à experiência prévia com amamentação, alta hospitalar em AME, ter recebido orientação em grupo e mostrar como amamentar. Os grupos de apoio à amamentação e a orientação sobre seu manejo contribuíram para a amamentação exclusiva na atenção básica.

Os grupos de apoio à amamentação, para gestantes e mães constituem um espaço de atuação interdisciplinar, com troca de experiências e vivências entre trabalhadores de saúde e clientela, além de maior escuta das necessidades dessas mulheres, levando à melhoria da produção do cuidado e maior resolubilidade à rede básica de saúde (HODDINOTT; PILL; CHALMERS, 2007).

Como resultado do processo de construção do guia prático de incentivo e apoio a amamentação, na sistematização da assistência de enfermagem e das equipes de saúde das USF houve propostas de ampliação ao incluir as seguintes ações: visita domiciliar rotineira da enfermeira e/ou médico, na primeira semana de vida da criança, compartilhada com a terapeuta ocupacional; participação da terapeuta ocupacional com dinâmica de interação entre as mães e equipe, nas atividades programadas no primeiro mês pós-nascimento, em grupos de orientações em sala de espera; ampliação da atuação da fonoaudióloga para além dos grupos de gestantes; visita do dentista nos primeiros quinze dias de vida do bebê, também na USF I; grupos educativos em sala de espera para mães nos dias de puericultura, realizado pelo médico, enfermeira, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga.

Parizotto e Zorzi (2008) destacam a importância da atuação do profissional de saúde para a prevenção do desmame precoce e apontam a visita domiciliar como um aliado na promoção do aleitamento materno, pois além de possibilitar conhecer a realidade das mães e sua família, contexto socioambiental e suas práticas e crenças, favorece o vínculo entre profissional e clientela, aspecto este apontado por participante do grupo de trabalho.

Pichon-Rivière (2000a) cita que os processos grupais favorecem a compreensão da realidade, e a capacidade de estruturar e modificar a prática, sendo um modo de aprendizagem e intervenção para práticas diárias.

“A técnica do Grupo Operativo é uma técnica não-diretiva, que transforma uma situação de grupo em um campo de investigação-ativa. Para isso, o coordenador tem a função de facilitar a comunicação entre os integrantes, a fim de que o grupo seja operativo, isto é, que ultrapasse os obstáculos na resolução da tarefa” (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 26).

Sendo assim, a técnica de intervenção tem o sujeito como autor, construtor de conhecimento com finalidade de mudar a prática de um determinado tema. As mudanças devem ser construídas em grupos, com ideias, diálogos e troca de experiências exitosas ou não para o objetivo proposto (PEREIRA, 2013).

Os grupos operativos nas pesquisas têm a função de coletar dados através das discussões, debates e opiniões, ocasião em que o pesquisador além de estudar o tema deve se posicionar como coordenador do grupo (MUNARI; CARDOSO; MEDEIROS, 2001).

Para este tipo de grupo é sugerido a participação de 8 a 12 integrantes, para facilitar o desenvolvimento do grupo, favorecendo a interação e a comunicação entre todos os participantes (LUCCHESI; BARROS, 2007).

Em consonância com essas diretrizes, nesta pesquisa os participantes do grupo de trabalho foram os profissionais que atuam na atenção básica nas duas USF, totalizando nove integrantes convidados de maneira aleatória, com participação voluntária e assinatura de TCLE, e mais a pesquisadora que coordenou as oficinas de trabalho.

A participação em grupos operativos tem como maior objetivo a mudança na prática e também aumentar o conhecimento, ter uma visão crítica da realidade, pensando em ações que sejam pertinentes a essas mudanças. E a função do coordenador é instigar a participação dos integrantes do grupo, guiando para um objetivo comum, sendo importante também a participação de um observador do grupo para registrar as reuniões e depois fazer uma análise junto ao pesquisador (PEREIRA, 2013). Tais aspectos foram contemplados na condução das oficinas de trabalho, obtendo-se a participação de todos os membros das diferentes categorias do grupo.

Uma das dificuldades encontradas principalmente nesta etapa foi o curto espaço de tempo para o seu desenvolvimento, sendo necessário delimitar o número máximo de seis oficinas de trabalho. Apesar disso, houve discussões, rodas de conversa e os participantes do grupo de trabalho trouxeram apontamentos, dúvidas e sugestões sobre o tema, instigados pela pesquisadora. Sempre com troca de experiências vividas por cada profissional de acordo com sua área de trabalho, enriquecendo o conhecimento de cada um e trazendo uma visão da prática no momento e o que poderia ser modificado com este estudo, desenvolvimento do guia e sua aplicação nas USF futuramente. Todavia, outra limitação nesta etapa foi a participação mais efetiva desses membros do grupo de trabalho na elaboração do guia tanto no que se refere a redação como na busca por artigos científicos sobre o aleitamento materno.

Assim, a redação do guia foi delegada à pesquisadora, o que pode ser contextualizado pela falta de conhecimento atualizado e de tempo disponível para tal, além de evidenciar a ausência do escopo da prática baseada em evidência e da cultura de sistematizar avanços na prática em protocolos de ação.

A prática baseada em evidência é uma abordagem que agrega a melhor evidência científica disponível com a experiência clínica ou expertise do profissional e a escolha do cliente/paciente, culminando com uma maior resolutividade na assistência em saúde (SAUNDERS; VEHVILAINEN-JULKUNEN, 2017).

Em uma revisão integrativa sobre o estado de disposição/prontidão de enfermeiros sobre a prática baseada em evidência, Saunders e Vehvilainen-Julkunen (2016) verificaram que os profissionais acreditam que esta abordagem pode contribuir com a melhoria da qualidade dos cuidados e dos resultados clínicos dos pacientes, mesmo diante das barreiras identificadas para o seu uso. Tais resultados estão em consonância com o estudo quantitativo realizado com 112 profissionais de equipes de saúde da família de um município de Santa Catarina, ao analisar a prática desses profissionais, cujos resultados apontaram que eles consideram fundamental a prática baseada em evidência para o exercício profissional e tomada de decisão, todavia, as ações estavam centradas na experiência clínica. Os profissionais não se sentiram plenamente capacitados para realizar a busca de evidências científicas, destacaram o pouco conhecimento e habilidades em pesquisa e como fatores dificultadores citaram a alta demanda de atendimentos, o escasso domínio de língua estrangeira e a falta de apoio da gestão. O desenvolvimento da Prática Baseada em Evidência na atenção primária em saúde depende não só da atitude dos profissionais, mas também da organização e dos processos de trabalho da equipe. Os profissionais precisam se aprimorar para o desenvolvimento da prática baseada em evidência e a tomada de decisão compartilhada com a clientela e equipe multiprofissional, mas também é importante que esta abordagem já seja trabalhada desde a graduação, o que inclui as instituições formadoras, como também os serviços de saúde que devem estimular a produção e o consumo de evidências científicas, numa parceria entre academia e serviços (SCHINEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

Considerando que os conceitos, a construção e as reflexões devem ser feitos por meio da movimentação de cada sujeito, de acordo com sua realidade (PICHON-RIVIÈRE, 2000), a pesquisadora fez perguntas ao grupo de trabalho sobre o tema, articuladas com a realidade dos participantes na atuação nas USF na tentativa de trazer mais reflexões sobre o incentivo e apoio a amamentação exclusiva, e utilizou diversas dinâmicas como apresentações

dialogadas (pesquisadora e convidada expert em aleitamento materno), registro em papel de um quadro com questões norteadoras (O que fazem/atuação em relação ao aleitamento materno? Quais as queixas e dificuldades encontradas nessa assistência? O que sugere para melhorar a assistência?), rodas de conversas, disponibilização de artigos e materiais técnico-científicos (guias/manuais, cartilhas e informativos) sobre o tema, leitura e discussão de artigos científicos, troca de experiências, reflexões e discussões em grupo. O uso dessa diversidade de dinâmicas para viabilizar discussões e reflexões sobre a situação do aleitamento materno e da assistência na perspectiva materna e as evidências relacionadas ao manejo da amamentação, articuladas a experiência da equipe multiprofissional, foi muito positivo para o desenvolvimento do guia prático.

Após a definição dos conteúdos a serem organizados em perguntas e respostas definidas pelo grupo de trabalho e incluídos no guia prático, não houve muita colaboração dos profissionais que não tinham o hábito de ler artigos científicos com regularidade para atualização do conhecimento e redigir a síntese das evidências, esse texto do embasamento teórico e a versão preliminar do guia ficou mais sob a responsabilidade da pesquisadora.

A primeira parte deste guia contém as dúvidas sobre o tema trazidas nas discussões com o grupo de trabalho, as quais foram redigidas sob a forma de perguntas e as respostas estão fundamentadas em evidências científicas, adicionando-se algumas ilustrações com figuras e fotos em conteúdos específicos.

A apresentação de conteúdos de materiais educativos no formato de perguntas e respostas, ao discutir problemas e suas soluções, fazer escolhas e demonstrar, possibilita maior retenção do conteúdo pelo leitor. Recomendam-se ainda, texto breve, objetivo e redigido com linguagem compreensível à clientela a que se destina; ilustrações na mesma página e próximas ao texto relacionado; pontos fundamentais destacados em negrito, fonte, tamanho e cores diferentes (*apud* FONSECA *et al.*, 2004).

A segunda parte do guia prático contém as ações, periodicidade e o(s) profissional(is) responsável(is) no manejo da amamentação no pré-natal, primeiro mês após nascimento e seguimento até o sexto mês nas USF do município. Esta parte do guia visa sistematizar a assistência da equipe multiprofissional das USF no pré-natal, primeiro mês após nascimento e seguimento do binômio mãe-filho até o sexto mês, com destaque para a promoção, proteção e apoio a amamentação, organizando o trabalho quanto as ações a serem realizadas no acolhimento, nas consultas médicas e de enfermagem, nos grupos de gestantes, nos grupos educativos/rodas de conversa e nas visitas domiciliares.

Apreende-se, portanto, que esta estruturação do guia prático responde aos problemas principal e correlatos, fase 2 – apresentação dos problemas (THIOLLENT, 2011), isto é, falta de adequada sistematização da assistência multiprofissional dirigida à promoção, proteção e incentivo ao AME até os seis meses de vida (problema principal), articulada ao desconhecimento e as práticas desarticuladas da equipe e carentes de evidências recentes acerca do manejo da amamentação, bem como a falta de informações e de apoio a clientela para continuidade do AME (problemas correlatos).

Essa versão preliminar do guia foi submetida a revisão técnica realizada por três enfermeiros pesquisadores com ampla experiência em aleitamento materno e, logo após, foi disponibilizada a todos os membros do grupo de trabalho para leitura e sugestões finais.

Assim, na última oficina de trabalho que teve o objetivo de avaliar coletivamente essa versão preliminar do guia confeccionado, não houve alterações substanciais em seu conteúdo, o que reforça que o mesmo efetivamente incluiu os resultados das discussões e deliberações do grupo de trabalho. Foram feitos pequenos ajustes nas ações da equipe de modo a adequar o agendamento das consultas de puericultura nas USF, considerando a idade da criança, profissional responsável e as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012); além de introduzir o agendamento de duas consultas com o dentista e a visita domiciliar compartilhada com a fonoaudióloga na primeira semana de vida do bebê.

No decorrer das oficinas percebeu-se que os profissionais até tinham conhecimento sobre os benefícios do leite materno para as mães e bebês e sobre a fisiologia da lactação, mas apresentavam lacunas no manejo da amamentação, em especial nas principais dificuldades apresentadas pelas nutrizes. Os três profissionais do grupo de trabalho que afirmaram ter experiência com aleitamento materno, expressaram dificuldades no seu manejo. E os demais participantes disseram não ter experiência com amamentação e só participam nas orientações no pré-natal e não na abordagem com as nutrizes.

Um aspecto positivo durante a realização das oficinas é que o grupo de trabalho foi composto por profissionais de diferentes formações, e todos atuam diretamente nas USF do município e afirmaram ter aprendido muito com este processo de construção do guia prático. E demonstraram também vontade de mudar a prática, incentivando o aleitamento materno e apoio às mães.

Merece destaque ainda, como resultados das mudanças propostas no guia prático, a maior articulação das ações interprofissionais, culminando com a inclusão de ações ampliadas como o compartilhamento da visita domiciliar rotineira da enfermeira e/ou médico, na

primeira semana de vida da criança, com a terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, e o agendamento do primeiro atendimento com o dentista para o bebê e da consulta médica para a puérpera/nutriz, na mesma data da consulta de puericultura, entre 40º e 45º dias após o parto, o que favoreceria e otimizaria a vinda do binômio mãe-filho nas USF.

Na prática rotineira nas USF do município há fragmentação das ações relacionadas ao aleitamento materno e, a partir desta proposta de ações interprofissionais e tomada de decisões compartilhadas entre a equipe e as mães e famílias, considera-se que poder-se-á elevar a capacidade resolutive dos serviços em pauta de modo a qualificar o processo de trabalho e a produção do cuidado integral e humanizado na ESF dirigido ao incentivo, proteção e apoio a amamentação exclusiva até o sexto mês. Para tal, reportando-se às necessidades, avaliações e críticas expressas pelas mães e pelo grupo de trabalho, apresentadas e discutidas até então, considera-se fundamental instrumentalizar as equipes das USF não só para o manejo clínico, mas também no aconselhamento em amamentação visando adquirir as habilidades recomendadas pela OMS/Unicef e Ministério da Saúde, a saber: habilidades de ouvir e aprender (use comunicação não-verbal útil, mantenha a cabeça no mesmo nível, preste atenção, remova barreiras, dedique tempo, toque de forma apropriada, faça perguntas abertas, repita o que a mãe diz com suas palavras, use expressões e gestos que demonstrem interesse, demonstre empatia – mostre que você entende como a mãe se sente, e evite palavras que demonstrem julgamento) e habilidades para aumentar a confiança e dar apoio (aceite o que a mãe pensa e sente, reconheça e elogie o que a mãe estiver fazendo certo, dê ajuda prática, dê poucas informações, selecionando aquelas que são relevantes, use linguagem simples, dê sugestões, e não ordens (BRASIL, 2009b).

Os aspectos apontados estão em consonância com a Hipótese definida para o planejamento e a execução desta pesquisa, fase 3 do método proposto por Thiollent (2011), isto é, que as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional das duas USF do município estão desarticuladas e carentes de evidências recentes para a promoção, proteção e apoio ao AME. A articulação das ações foi trabalhada na maioria das oficinas de trabalho, enquanto que a atualização e acesso a evidências recentes sobre o manejo da amamentação ocorreu mais especificamente na 2ª e 3ª oficina, respectivamente trabalhadas por meio de leitura e discussões de textos e apresentação dialogada por expert na temática, além da disponibilização de alguns guias, cartilhas e informativos sobre o assunto para ajudar os grupos na 4ª e 5ª oficina de trabalho.

Assim, a aprendizagem, fase 7 da pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011), ocorreu durante o processo de desenvolvimento das oficinas, os participantes do grupo de trabalho aprenderam sobre a abordagem teórico-metodológica e as evidências recentes relativas ao manejo do aleitamento materno que instrumentalizaram a criação do guia prático.

A interação entre saberes formal e informal, fase 8 da pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011), esteve presente em todas as oficinas, entre todos os membros das diversas categorias que compõem a equipe de saúde da família do município que tem experiências diversificadas pessoais e profissionais no processo da amamentação, além da pesquisadora que fez buscas bibliográficas e leituras de artigos e outras produções na temática. A partir da troca de saberes e vivências que ocorreram nas oficinas, apoio de leituras de artigos selecionados e outros materiais disponibilizados, bem como a discussão com a expert no tema, houve a criação de uma produção técnica – o guia prático.

A divulgação externa, fase 9 do método de Thiollent (2011), foi compartilhada em toda oficina, mediante leitura e assinatura de todos atores ou grupo de trabalho nas atas redigidas pela pesquisadora, com a ajuda de um auxiliar de pesquisa, contendo os resultados parciais, e também na sexta quando foi aprovada coletivamente a versão preliminar do guia prático. Ainda, a versão final do guia prático com as poucas sugestões do grupo disponibilizada para todos os demais membros das equipes das duas USF e gestor municipal, para avaliação final, terceira etapa do estudo. Os resultados parciais também foram divulgados em evento científico e os finais estão aqui apresentados em formato de dissertação e, posteriormente, se dará sua divulgação online na biblioteca digital da USP e publicação de artigo em periódico indexado.

Na **terceira etapa**, a avaliação do guia prático foi feita com todos os profissionais de diferentes formações das duas equipes das USF do município, que atendiam aos critérios de inclusão.

A grande maioria dos respondentes ao questionário com escala de Likert, concordou fortemente (59,7%) ou concordou (40,3%) com as afirmações positivas ou favoráveis acerca da impressão geral sobre o guia. Obteve-se assim, a aprovação do guia também pelos demais profissionais atuantes nessas unidades que poderão usar este instrumento para o incentivo e apoio ao aleitamento materno na atenção básica, durante o pré-natal e no seguimento pós-parto ao binômio mãe-filho e família.

Assim, considera-se que o guia prático foi avaliado positivamente por todos os profissionais das equipes das USF e gestor municipal, em consonância com o critério adotado

para validação de produtos técnicos, isto é, se 80% ou mais dos juízes atribuísssem conceito concordo ou concordo fortemente em cada item do instrumento (NAZARIO, 2017; GÓES *et al.*, 2014; FERNANDES; BARBOSA; NAGANUMA, 2006; FONSECA, 2007).

O grupo de trabalho sugeriu que o guia seja disponibilizado para as duas USF do município e que haja um treinamento para os demais profissionais que não participaram das oficinas, proporcionando conhecimento para todos e habilidades em aconselhamento, alinhado ao quadro teórico tendo como eixo a assistência integral e humanizada desde o pré-natal até seguimento da criança no incentivo e apoio ao AME até o sexto mês de vida, e diminuindo assim, o desmame precoce e a introdução de alimentos para a criança de maneira incorreta. Fornecendo também à mãe apoio para aumentar sua confiança e assim, elevar a auto eficácia para amamentar.

Isto também é uma expectativa desta pesquisadora e gestora de uma das USF do município, pois apesar da prevalência do AME caracterizar um panorama satisfatório, permanece o desafio de alcançar a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses (BRASIL, 2015a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), e de sistematizar da assistência da equipe multiprofissional contribuindo com a melhoria de indicadores e a satisfação da clientela com a assistência recebida, evitando o desmame precoce por motivos passíveis de prevenção e intervenção adequadas.

Nessa atuação como enfermeira em uma das unidades tem-se também observado que as mães merecem mais atenção e apoio desde o pré-natal, pois há queixas e insatisfações com alguns atendimentos por profissionais ainda não capacitados para o manejo clínico e aconselhamento em amamentação e tomada de decisões compartilhadas com a equipe multiprofissional e clientela, caracterizando um atendimento centrado no profissional, fragmentado e biologizante. Algumas entrevistadas demonstraram o desejo de ter um pré-natal mais esclarecedor com mais palestras, rodas de conversas, participação de outros profissionais para abordar o tema aleitamento materno e outros, durante a gestação. Sendo assim, durante as oficinas de trabalho, as falhas detectadas na assistência nas USF do município foram amplamente discutidas e sistematizado um conjunto de ações, a periodicidade e a responsabilidade de cada categoria profissional no pré-natal, primeiro mês pós-natal e seguimento do binômio mãe-filho e família. Conforme citado anteriormente, algumas condutas assistenciais de determinados membros do grupo já foram se modificando durante o processo de desenvolvimento do guia prático de incentivo e apoio ao aleitamento materno.

Com o desenvolvimento deste guia a assistência ao aleitamento materno nas USF terá uma significativa melhora que certamente trará mais segurança para as gestantes e nutrízes durante a amamentação.

Lembrando que temos nas unidades como forma de organização do trabalho protocolos, linhas guias enviadas pelo governo federal e estadual e normas e rotinas formuladas de acordo com a realidade do município e do trabalho desenvolvido nas unidades, mas isso não é suficiente para promover uma assistência de qualidade, devendo sempre ter atualizações e educação permanente para nortear o trabalho de toda equipe em relação a todos os atendimentos realizados, em especial neste caso, no pré-natal e saúde da criança e da puérpera. Sendo assim este guia complementarará informações voltadas para os profissionais que atuam na atenção básica.

Durante as oficinas os profissionais envolvidos relataram a cada encontro um aprendizado sobre o tema e o despertar em leitura e busca de informações não só no que diz respeito à amamentação, mas em toda a assistência realizada na ESF. Maioria não tinha o hábito de buscar evidências e relacionar com a prática, levantando indicadores para melhoria do trabalho no dia a dia, e isto foi instigado no decorrer das oficinas. O fato de ouvir uma profissional de outra instituição também despertou mudanças no modo de atuação desses profissionais que estão fazendo uma diferença na prática do dia a dia.

Relataram se sentir úteis e privilegiados em poder participar do estudo. Percebe-se com isso, que muitas mudanças favoráveis já estão acontecendo e vão ainda acontecer na assistência após a implantação do guia para esses profissionais que tiveram outra visão da prática e se dispuseram a melhorar seus trabalhos de acordo com suas atuações.

Com base nos resultados obtidos na presente investigação e nos estudos apresentados, conclui-se que o guia prático desenvolvido está consolidado a partir de sua avaliação positiva e aprovação pelo grupo de trabalho, membros das duas equipes de saúde da família e gestor municipal. Portanto, está pronto para ser implantado no município inserido em um plano gestor municipal que contemple a capacitação e treinamento das equipes no manejo clínico e aconselhamento em amamentação, inserido num projeto articulado às diretrizes da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e articulado com a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil inserida na Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Criança, na expectativa que essa atuação conjunta exerça um efeito sinérgico na prática da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida.

8 Conclusão

O delineamento desta investigação permitiu o alcance do objetivo geral proposto, cujo desenvolvimento foi realizado em três etapas operacionais articuladas aos objetivos específicos.

A primeira etapa possibilitou a obtenção de um diagnóstico situacional sobre o aleitamento materno nas duas USF do município, na perspectiva de mães de bebês de até seis meses de idade acompanhadas nessas unidades, obtendo-se dados sobre a prevalência do aleitamento materno, assistência recebida com foco na amamentação, necessidades e dificuldades sentidas nesse processo, satisfação com a assistência recebida e sugestões para a sua melhoria. Constatou-se que a prevalência do AME (52,9%), embora caracterize um indicador satisfatório na comparação com outros estudos e dados nacionais, permanece o desafio de alcançar a recomendação da OMS e do Ministério da Saúde de amamentação exclusiva por seis meses, pois ainda ocorre desmame precoce, iniciando-se a complementação com outros líquidos e leites entre o 10º e 125º dia de vida do bebê, com idade média de 56 dias e mediana de 53 dias, tendo como principal motivo relatado pelas mães o pouco/diminuição do leite materno (42,1%), constituindo-se também na principal causa de preocupação ou medo em relação a amamentação (29,4%). Este e os outros motivos alegados pelas mães (perda/diminuição do ganho de peso – 26,3%; choro intenso – 15,8%; volta ao trabalho materno – 10,5% e recusa do peito – 5,3%) constituem causas de desmame passíveis de trabalhadas com a clientela por meio de ações adequadas da equipe no manejo clínico e aconselhamento em amamentação.

Com relação a assistência recebida nas USF pertinente ao aleitamento materno, a grande maioria das entrevistadas considerou que recebeu orientações suficientes no pré-natal (94,1%), destacando-se entre essas os benefícios/vantagens (94,1%), cuidados com a mama (94,1%), técnica/como amamentar (94,1%) e livre demanda (94,1%); e que se sentiu apoiada/acolhida no pré-natal (88,2%) e no seguimento nas USF (70,6%), com obtenção de mais ajuda do enfermeiro (94,1%). Apesar disso e da predominância de notas 5 (41,5% no pré-natal e 52,9% no seguimento) e 4 (35,3% no pré-natal e no seguimento) atribuídas a assistência recebida nas USF, há limitações nessa assistência evidenciadas nas recomendações emitidas pelas mães, dentre as quais destacam-se: mais profissionais nos encontros/rodas de conversa (23,5%), mais atividades educativas sobre amamentação (17,6%) e mais tempo/atenção na consulta médica (17,6%), no pré-natal; e visitas domiciliares de médicos e/ou enfermeiros nos primeiros dias/semanas após alta hospitalar (52,9%), no seguimento nas

USF. Tais resultados sinalizam que a assistência no processo do aleitamento materno está centrada na atuação do enfermeiro e carece de melhor sistematização e articulação multiprofissional.

Na segunda etapa do estudo, a construção do guia prático ocorreu com a participação ativa de um grupo de trabalho multiprofissional, em seis oficinas de trabalho, coordenadas pela pesquisadora. O uso do quadro teórico com eixo na assistência integral e humanizada e do método da pesquisa-ação de Thiollent instrumentalizaram adequadamente a operacionalização desta etapa, considerando os problemas trabalhados como a falta de adequada sistematização da assistência multiprofissional dirigida à promoção, proteção e incentivo ao AME até os seis meses de vida, articulada ao desconhecimento e as práticas desarticuladas da equipe e carentes de evidências recentes acerca do manejo da amamentação, bem como a falta de informações e de apoio a clientela para continuidade do AME. Nesse sentido, durante o planejamento e a execução desta etapa da pesquisa, confirmou-se a hipótese que as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional das duas USF do município estavam desarticuladas e carentes de evidências recentes na temática. No processo de desenvolvimento das oficinas de trabalho foram utilizadas várias dinâmicas como apresentações dialogadas (pesquisadora e convidada expert em aleitamento materno), registro em papel de um quadro com questões norteadoras (O que fazem/atuação em relação ao aleitamento materno? Quais as queixas e dificuldades encontradas nessa assistência? O que sugere para melhorar a assistência?), rodas de conversas, disponibilização materiais técnico-científicos sobre o tema, leitura e discussão de artigos científicos, troca de experiências, reflexões e discussões em grupo. O uso dessa diversidade de dinâmicas para viabilizar discussões e reflexões sobre a situação do aleitamento materno e da assistência na perspectiva materna e as evidências relacionadas ao manejo da amamentação, articuladas a experiência da equipe multiprofissional, foi muito positivo para o desenvolvimento do guia prático. Todos os participantes do grupo de trabalho destacaram a importância das oficinas, avaliadas por eles predominantemente com conceito ótimo, nas quais aprenderam bastante sobre o tema e relataram que já estavam incorporando mudanças nas suas práticas, além da melhoria no processo de trabalho e na relação com as gestantes e nutrizes.

O guia prático estruturado e aprovado pelo grupo de trabalho contém duas partes: a primeira, aborda sobre as dúvidas sobre o tema, trabalhadas sob a forma de perguntas e respostas embasadas em conhecimento técnico-científico atualizado e ilustradas com figuras e fotos; e a segunda, apresenta a sistematização da assistência no manejo da amamentação

contendo as ações a serem realizadas (no acolhimento, nas consultas médicas e de enfermagem nos grupos de gestantes, nos grupos educativos/rodas de conversa e nas visitas domiciliares), a periodicidade e a responsabilidade de cada categoria profissional da equipe de saúde da família, no pré-natal, no primeiro mês após nascimento e no seguimento até o sexto mês de vida.

Na terceira etapa, avaliação final do guia, os 17 profissionais das duas equipes das USF e o gestor municipal manifestaram Concordo Fortemente (59,7%) e Concordo (40,3%) para o total de afirmações positivas sobre o conteúdo, organização e usabilidade do guia, predominando Concordo Fortemente em 14 afirmações positivas e Concordo em apenas duas; nenhum participante manifestou que gostaria de mudar e incluir algo no guia.

Finalmente, conclui-se que esta investigação possibilitou o reconhecimento sobre a situação do aleitamento materno nas duas USF, mobilizou e agregou conhecimento teórico-prático sobre o manejo da amamentação ao grupo de trabalho, tendo como produto técnico a elaboração e aprovação do guia prático, considerado relevante para instrumentalizar e sistematizar a assistência no incentivo e apoio a amamentação exclusiva até o sexto mês, no contexto da atenção básica, recomendando-se a sua implantação com capacitação das equipes de saúde da família do município.

Como limitação deste estudo aponta-se o reduzido período de tempo para o desenvolvimento das três etapas planejadas, impactando no tamanho amostral de mães entrevistadas na primeira etapa do estudo, bem como na participação do grupo de trabalho na redação do guia prático, que ficou sob a responsabilidade da pesquisadora, aspecto esse contextualizado pela falta de conhecimento atualizado e de tempo disponível para tal, além de evidenciar a ausência do escopo da prática baseada em evidência e da cultura de sistematizar avanços na prática em protocolos de ação.

Referências

- ALMEIDA, K. R. *et al.* Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 258-262, mar./abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201820212917>. Acesso em: 25 fev. 2019.
- ALVES, A. L. N.; OLIVEIRA, M. I. C. de; MORAES, J. R. de. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1130-1140, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01130.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.
- ALVES, V. H. O ato da amamentação: um valor em questão ou uma questão de valor? 2003. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- ANCONA LOPEZ, F.; JUSWIAK, C. R. O uso de fórmulas infantis após o desmame. **Temas de Pediatria**, São Paulo, Nestlé 74, 2003.
- ARAÚJO, M. F. M. *et al.* Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev. bras. saude mater. infant**, Recife, v. 4, n. 2, p. 135-141, jun. 2004.
- ARAÚJO, O. D. *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-492, ago. 2008.
- ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-438, ago. 2007.
- AZEREDO, C. M. *et al.* Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Rev. paul. pediatr**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 336-344, dez. 2008.
- BALAMINUT, T. **Impacto da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais – IHAC-Neo na prevalência do aleitamento materno exclusivo em prematuros e nas práticas assistenciais**. Orientador: Carmen Gracindanda Silvan Scochi. 2018. 274 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev.**, Washington, DC, v. 84, n. 2, p. 191-215, Mar. 1977. Disponível em: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- BARBIERI, M. C. *et al.* Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. **Semina cienc. biol. saude**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 17-24, ago. 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/16480/16920>. Acesso em: 9 abr. 2017.
- BARBOSA, L. N. *et al.* Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá – MT. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 147-153. jan./mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100147&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 abr. 2018.

BARCLAY, L. *et al.* The professionalising of breast feeding - where are we a decade on? **Midwifery**, Edinburgh, v. 28, n. 3, p. 281-290, Jun. 2012.

BARRETO, C.; SILVA, L.; CHRISTOFFEL, M. Aleitamento materno: a visão das puérperas. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiania, v. 11, n. 3, p. 605-611, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47129>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BEZERRA, V. L. V. A. *et al.* Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 173-179, jun. 2012.

BLYTH, R. *et al.* Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. **Birth**, Berkeley, CA, v. 29, n. 4, p. 278-284, Dec. 2002.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, fev. 2011.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 108-117, 2017.

BOERMA, T. *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet**, London, v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, Oct. 2018.

BONILHA, A. L. L. *et al.* Capacitação participativa de pré-natalistas para a promoção do aleitamento materno. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 811-816, out. 2010.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP-Esc saude publica Ceará**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 1-9, jul./dez. 2005.

BRAHM, P.; VALDÉS, V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamentar. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 88, n. 1, p. 7-14, 2017.

BRAIMOH, J.; DAVIES, L. When 'breast' is no longer 'best': Post-partum constructions of infant-feeding in the hospital. **Soc Sci Med**, New York, v. 123, p. 82-89, Dec. 2014.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 16 de julho de 1934 (BR)**: dispõe sobre a instituição da Constituição dos Estados Unidos do Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jun. 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Acesso em: 02 ago. 2017.

BRASIL. Decreto nº 58826 de 14 de julho de 1966. Promulga a Convenção nº 110 concernente às condições de emprego dos trabalhadores em fazendas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 jul. 1966. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-58826-14-julho-1966-399450-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Lei nº 13002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13002.htm. Acesso em: 23 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. **Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno**: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1153, de 22 de maio de 2014**: redefine os critérios de habilitação da IHAC, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011**: institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília: SaudeLegis, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt459_24_06_2011.html. Acesso em 28 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1920, de 5 de setembro de 2013**: institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_2013.html. Acesso em 17 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1130, de 5 de agosto de 2015**: institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 6 ago. 2015b. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000**: aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil**: os primeiros passos (2007–2010). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 80 p. (Série I. História da Saúde).

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, 2009a. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos / Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 384p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 8552**, de 3 de novembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Brasília: Casa Civil, 2015c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11770**, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8212, de 24 de julho de 1991. Brasília: Casa Civil, 2008.

BRASILEIRO, A. A. *et al.* The impact of breastfeeding promotion in women with formal employment. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1705-1713, Sep. 2010.

- BRIERE, C. E. *et al.* An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, New York, v. 43, n. 3, p. 272-281, May/Jun. 2014.
- BROW, A.; RAYNOR, P.; LEE, M. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. **J Adv Nurs**, Oxford, v. 67, n. 9, p. 1993-2003, Sept. 2011.
- BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **J Pediatr.**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 126-130, nov. 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1965-1970, ago. 2007.
- CAMINHA, M. F. *et al.* Exclusive breastfeeding among professionals in a family healthcare program. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2245-2250, abr. 2011.
- CAMPOS, A. M. S. *et al.* Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 283-290, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 out. 2017.
- CARNEIRO, G. **Um compromisso com a esperança**: história da Sociedade Brasileira de Pediatria - 1910-2000. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2000.
- CARRASCOZA, K. C. *et al.* Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4139-4146, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 fev. 2018.
- CASAGRANDE, L. *et al.* Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 49, n. 2, p. 11-17, 2008.
- CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. Aspectos socioculturais da amamentação. In: _____. **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: PML, 2006. p. 05-25.
- CHETLEY, A. **The cost of bottle**, 08 sept. 2003. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/bottle.htm>. Acesso em 28 abr. 2019.
- CHINNADURAI, S. *et al.* Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 135, n. 6, p. e1467-74, Jun. 2015.
- COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet**, London, v. 360, n. 9328, p. 187-195, Jul. 2002.

- COSTA, A. A. *et al.* Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 790-801, 2013.
- CRONIC, C. M. G. *et al.* Reflections on knowledge translation in Canadian NICUs using the EPIC method. **Healthc Q.**, Toronto, v. 14, special issue 3, p. 8-16, 2011.
- CURY, F. T. M. **Aleitamento materno: nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.
- DA VANZO, J.; STARBIRD, E.; LEIBOWITZ, A. Do women's breastfeeding experiences with their first-borns affect whether they breastfeed their subsequent children? **Soc. biol.**, Chicago, v. 37, n. 3-4, p. 223-232, 1990.
- DARMSTADT, G. L. *et al.* Evidence-based, cost-effective intervention: how many newborn babies can we save? **Lancet**, London, v. 365, n. 9463, p. 977-988, Mar. 2005.
- DENNIS, C. L. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. **Res Nurs Health**, New York, v. 29, n. 4, p. 256-268, Aug. 2006.
- DENNIS, C. L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **J Hum Lact**, Charlottesville, v. 15, n. 3, p. 195-201, Sep. 1999.
- DENNIS, C. L.; HEAMAN, M.; MOSSMAN, M. Psychometric Testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. **J Adolesc Health**, New York, v. 49, n. 3, p. 265-271, Sep. 2011.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018.
- FEREY, M. P.; PELEGRI, A. Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas do mundo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml>. Acesso em: 17 maio 2019.
- FERNANDES, M. G. O.; BARBOSA, V. L.; NAGANUMA, M. Exame físico de enfermagem do recém-nascido a termo: software auto-instrucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 243-250, abr. 2006.
- FIGUEIREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRAÃO, A. C. F. V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012.
- FLACKING, R. *et al.* Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. **Soc Sci Med**, New York, v. 62, n. 1, p. 70-80, Jan. 2006.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, fev. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 maio 2018.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 190-196, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2019.

FONSECA, L. M. M. **Semiotécnica e semiologia do recém-nascido pré-termo: desenvolvimento e validação de um software educacional**. Orientador: Carmen Gracinda Silvan Scochi. 2007. 150 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FONSECA-MACHADO, M. O. *et al.* Breastfeeding: knowledge and practice. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 809-815, Aug. 2012.

FRANCO, M. A. S. A pedagogia da pesquisa-ação. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, dez. 2005.

FREITAS, G. L. *et al.* Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 461-468, out.-dez. 2008.

FROTA, M. A. *et al.* Cultural practices about breastfeeding among families enrolled in a Family Health Program. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 895-901, Dec. 2009.

GARCIA, M. V. *et al.* The influence of the type of breastfeeding on middle ear conditions in infants. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 78, n. 1, p. 8-14, Feb. 2012.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 29.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **J. pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 76, n. 3 (Supl.), p. s238-252, dez. 2000.

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

GÓES, F. S. N. *et al.* Desenvolvimento de casos clínicos para o ensino do raciocínio diagnóstico. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 44-51, 2014.

GONÇALVES, A. L. *et al.* Nutrição do RN a termo e pré-termo. In: **ROTINAS médicas em neonatologia: unidades de atendimentos à recém-nascidos do HCFMRP/USP**. Ribeirão Preto: HC Criança USP, 2006. Seção III, p. 69-71.

GORDIS, L. **Epidemiology**. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996.

GUSMAN, C. R. **Os significados da amamentação na perspectiva das mães**. Orientador: Maria José Bistafa Pereira. 2005. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

HAISMA, H. *et al.* Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. **J. Nutr.**, Springfield, v. 135, n. 8, p. 1889-1895, Aug. 2005.

HENRY, B. A. *et al.* Fatores socioculturais que influenciam a prática da amamentação entre mulheres de baixa renda em Fortaleza, Ceará, Brasil: uma perspectiva a partir do modelo do sol nascente de Leininger. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 19, p. 1-13, jun. 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_clinica4.pdf. Acesso em: 07 abr. 2017.

HODDINOTT, P.; PILL, R.; CHALMERS, M. Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. **Fam Pract**, Oxford, v. 24, n. 1, p. 84-91, Feb. 2007.

HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; VICTORA, C. G. Breastfeeding and intelligence: systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr.**, Oslo, v. 104, suppl. 467, p. s14-19, Dec. 2015.

HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. **Long-term health effects of breastfeeding**: a systematic review. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79198/9789241505307_eng.pdf;jsessionid=B C886E2E52C00508DFC6C5E2FD265189?sequence=1. Acesso em: 10 mar. 2019.

HUFFMAN, S. L. *et al.* **Breastfeeding saves lives**: an estimate of the impact of breastfeeding on infant mortality in developing countries. Bethesda: Center to Prevent Childhood Malnutrition Publication, 1991.

INGRAM, J. *et al.* The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed**, London, v. 100, n. 4, p. F344-8, Apr. 2015.

IP, S. *et al.* A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries. **Breastfeed Med**, New Rochelle, v. 4, suppl. 1, p. 17-30, Oct. 2009.

ISAACS, E. B. *et al.* Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. **Pediatr Res**, New York, v. 67, n. 4, p. 357-362, Apr. 2010.

ISHAK, S. *et al.* Knowledge and beliefs about breastfeeding are not determinants for successful breastfeeding. **Breastfeed Med**, New Rochelle, v. 9, n. 6, p. 308-312, Jul.-Aug. 2014.

JAGER, E. *et al.* Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. **Midwifery**, Edinburgh, v. 29, n. 5, p. 506-518, May 2013.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
KNOX, I. Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn. **Neoreviews**, Elk Grove Village, v. 11, n. 9, p. e513-519, Sept. 2010.

KOOLS, E. J.; THIJS, C.; DE VRIES, H. The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding. **Health Educ Behav**, Thousand Oaks, v. 32, n. 6, p. 809-824, Dec. 2005.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. e20170013, 2018.

KRONBORG, H.; VAETH, M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. **Scand J Public Health**, Stockholm, v. 32, n. 3, p. 210-216, 2004.

KU, C. M.; CHOW, S. K. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 19, n. 17-18, p.2434-2445, Sep. 2010.

LAMOUNIER, J. A.; VIEIRA, G. O.; GOUVÊA, L. C. Composição do leite humano: fatores antinutricionais. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 47-58.

LANFREDI, F. B. **Amamentação ajuda no posicionamento do maxilar e auxilia a respiração das crianças**, 2018. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br>. Acesso em: 28 mar. 2019.

LEÃO, M. M. *et al.* O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: _____. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil**. São Paulo: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1989. p. 97-109.

LEITE, A. M.; SILVA, I. A. Reflections on breastfeeding counseling from the perspective of human communication. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200014&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 18 out. 2017.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 796-805, set-dez. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a18.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

MANZINI, F. C.; PARADA, C. M.; JULIANI, C. M. Aleitamento materno na sala de parto: a visão dos profissionais de saúde. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200024&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 21 out. 2018.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, maio 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 out. 2017.

MARTINS, E. J.; GIUGLIANI, E. R. J. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 88, n. 1, p. 67-73, fev. 2012.

McCANN, M. F.; BENDER, D. E. Perceived insufficient milk as a barrier to optimal infant feeding: examples from Bolivia. **J Biosoc Sci**, Cambridge, v. 38, n. 3, p. 341-364, May 2006.
MERCER, J. S. *et al.* Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **J Midwifery Womens Health**, New York, v. 52, n. 3, p. 262-272, May-Jun. 2007.

MONTEIRO, J. C. **Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante aleitamento materno exclusivo**. Orientador: Ana Marcia Spano Nakano. 2008. 120 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

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 contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 146-150, mar. 2006.

MOREIRA, C. B.; BERNARDO, E. B. R.; CATUNDA, H. L. O. Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 401-407, jul./set. 2013.

MUNARI, D. B.; CARDOSO, E. E.; MEDEIROS, M. A utilização do grupo como estratégia em pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 11, 2001. **Anais...** Belém, 2001. p. 11-13.

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”. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S355-S363, 2003.

NAKANO, A. M. S. *et al.* O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 230-238, abr. 2007.

NAZARIO, A. P. **Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê**. Orientador: Carmen Gracinda Silvan Scochi. 2017. 103 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

NUNES, M. L. Distúrbios do sono. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 78, supl. 1, p. S63-S72, ago. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000700010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2019.

OLIMPIO, D. M.; KOCHINSKI, E.; RAVAZZANI, E. D. A. Fatores que influenciam no aleitamento materno e desmame precoce em mães adolescentes e adultas. **Cad Esc Saúde**, Curitiba, v. 3, p. 1-12, 2010.

OLIVEIRA, A. P. R.; PATEL, B. N.; FONSECA, M. G. M. Dificuldade na amamentação entre puérperas atendidas no Hospital Inácia Pinto dos Santos – HIPS, Feira de Santana/BA, 2004. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 30, p. 31-46, jan./jun. 2004.

- OLIVEIRA, J. S. *et al.* Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 95-102, 2010.
- OLIVEIRA, M. I. C.; GOMES, M. A. S. M. As unidades básicas amigas da amamentação: uma nova tática no apoio no aleitamento materno. In: REGO, J. D. (Ed.). **Aleitamento materno**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p. 343-366.
- ORIÁ, M. O. *et al.* Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nurs**, Boston, v. 26, n. 6, p. 574-583, Nov-Dec. 2009.
- ORIÁ, M. O. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. Orientador: Lorena Barbosa Ximenes. 2008. 188 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- ORIÁ, M. O.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010.
- OTENIO, C. C. M. *et al.* Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa Bebê-Clínica em Bandeirantes, PR. **Salusvita**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 45-53, 2007.
- PARADA, C. M. G. L. *et al.* Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 407-414, jun. 2005.
- PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 466-474, 2008.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora da UnB, 1997.
- PEREIRA, R. S. V. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, dez. 2010.
- PEREIRA, T. T. S. O. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos, implicações para pesquisa e intervenção. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.
- PEREIRA-SANTOS, M. *et al.* Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, n. 1, p. 59-67, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000100059&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2019.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- POPKIN, B. M. *et al.* Breast-feeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, Springfield, v. 86, n. 6, p. 874-882, Dec. 1990.
- PRADO, M. H. P.; SANTOS, P. R. **A importância do aleitamento materno: proteção e segurança para mães e recém-nascidos**. Monografia de Graduação, Lins, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JÁCUÍ, 2015. Disponível em: <http://www.jacui.mg.gov.br/>. Acesso em: 9 ago. 2017.

QUEIROZ, P. H. B. **Enfermeiras na Atenção Básica de Saúde e a amamentação**. Orientador: Marcia Regina Nozawa. 2008. 148 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/310687>. Acesso em: 11 ago. 2018.

QUELUZ, M. C. *et al.* Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 537-543, jun. 2012.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J. pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 79, n. 5, p. 385-390, out. 2003.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 1, p. s37-45, 2003.

REZENDE, M. A. *et al.* O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 234-238, abr. 2002.

RIBEIRO, A. C. M. **Desenvolvimento do bebê**, 2019. Disponível em: <https://www.guiadobebe.com.br/>. Acesso em: 15 mar. 2019.

RITO, R. V. V. F. **Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação**: avaliação em unidades da rede básica de saúde da cidade do Rio de Janeiro. Orientadores: Alexandre José Baptista Trajano; Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes; Inês Rugani Ribeiro de Castro. 2009. 103 p. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

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

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

SANCHES, M. T. C. Amamentação-enfoque fonoaudiológico. In: CARVALHO, R. T.; TAMEZ, R. N. (Eds.). **Amamentação-bases científicas para prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 50-59.

SANCHES, M. T. C. **Dificuldades iniciais na amamentação**: enfoque fonoaudiológico. Orientador: Keiko Ogura Buralli. 2000. 173 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SANTORO JUNIOR, W.; MARTINEZ, F. E. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. **J. pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 83, n. 6, p. 541-546, Dec. 2007.

SANTOS, L. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006.

SAUNDERS, H.; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. **Int J Nurs Stud**, Oxford, v. 56, p. 128-140, Apr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26603729>. Acesso em: 28 jan. 2019.

SCHINCAGLIA, R. M. *et al.* Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. serv. saúde.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 465-547, set. 2015.

SCHINEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 594-605, jul./set. 2018.

SILVA, M. B. da *et al.* Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 275-284, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2019.

SILVA, S. C.; SILVA, L. R.; MATHIAS, L. F. B. O tempo médio entre o nascimento e a primeira mamada: o ideal e o real. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiania, v. 10, n. 3, p. 654-61, 2008.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. A. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

SILVA, W. F.; GUEDES, Z. C. F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 160-171, jan./fev. 2013.

SILVEIRA, M. M. M. **Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na estratégia saúde da família**. Orientador: Nelson Bezerra Barbosa. 2009. 149 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Pós-Graduação, Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Centro Universitário Unievangélica, Anápolis, 2009.

SOUZA, C. B.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; GIUGLIANI, E. R. J. Politique publique de soutien à l'allaitement maternel: l'expérience du Brésil. **La Santé de L'Homme**, [S. l.], n. 408, p. 34-36, 2010.

SPYRIDES, M. H. C. *et al.* Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 2, p. 145-153, jun. 2005.

TADDEI, J. A. *et al.* **Nutrição em saúde pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar – um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Rev Kairós**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 205-221, jun. 2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6501>. Acesso em: 12 mar. 2019.

THE LULLABY TRUST. Safer sleep for babies - support for families. **A guide to safe sleep for babies**, 2018. Disponível em: <https://www.lullabytrust.org.uk/safer-sleep-advice/>. Acesso em: 21 mar. 2019.

THET, M. M. *et al.* Barriers to exclusive breastfeeding in the Ayeyarwaddy Region in Myanmar: Qualitative findings from mothers, grandmothers, and husbands. *Appetite*, London, n. 96, p. 62-69, Jan. 2016.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez; 2011.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **The Baby-Friendly Hospital initiative**. New York: UNICEF, 2012. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>. Acesso em: 07 mar. 2016.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para cuidado integrado. Módulo 3- promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital amigo da Criança: curso de vinte horas para equipe da maternidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A - Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3>. Acesso em 14 de novembro de 2017.

VAN VELDHUIZEN-STAAS, C. Overabundant milk supply: an alternative way to intervene by full drainage and block feeding. **Int Breastfeed J.**, London, v. 2, p. 11, Aug. 2007.

VANDENPLAS, Y. *et al.* Probióticos e prebióticos na prevenção e no tratamento de doenças em lactentes e crianças. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 87, n. 4, p. 292-300, ago. 2011.

VAUCHER, A. L. I.; DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 207-214, 2005.

VENANCIO, S. I. *et al.* Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **J Pediatr (Rio J)**, Porto Alegre, v. 86, n. 4, p. 317-324, ago. 2010.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1205-1218, dez. 2013.

VIANNA, R. P. T. *et al.* A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2403-2409, out. 2007.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 475-490, Jan. 2016.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 475-490, Jan. 2016.

VITOLO, M. R. *et al.* Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 23-28, abr. 2007.

VOLPATO, S. E. *et al.* Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no ambulatório materno infantil de Tubarão, (SC). **ACM arq. catarin. med.**, Florianópolis, v. 38, n. 1, p. 49-55, jan./mar. 2009.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev Nutr., Campinas**, v. 18, n. 3, p. 311-319, jun. 2005.

WATKINS, A. L.; DODGSON, J. E. Breastfeeding educational interventions for health professionals: a synthesis of intervention studies. **J Spec Pediatr Nurs**, Philadelphia, v. 15, n. 3, p. 223-232, Jul. 2010.

WILHELM, S. *et al.* The relationship between breastfeeding test weights and postpartum breastfeeding rates. **J Hum Lact**, Charlottesville, v. 26, n. 2, p. 168-174, May 2010.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA). **World breastfeeding week**, 2003. Disponível em: <http://www.waba.org.br/folder98.htm>. Acesso em: 8 set. 2018.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA). **World breastfeeding week**, 2003. Disponível em: <http://www.waba.org.br/folder98.htm>. Acesso em: 8 set. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. The Global action report. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Acesso em: 19 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Lancet**, London, v. 355, n. 9202, p. 451-455, Feb. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries**. Geneva: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Essential Nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusion of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Geneva: World Health Organization, 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde (Brasil). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília: OPAS, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**: report of an expert consultation. Geneva: World Health Organization, march 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breast-feeding practices**. Geneva: World Health Organization, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. WHO/UNICEF. **Baby-Friendly Hospital Initiative**. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1: Background and implementation. Geneva, Switzerland: World Health Organization/UNICEF, 2009b.

Worldviews Evid Based Nurs, Malden, v. 14, n. 1, p. 35-45, Feb. 2017. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12189>. Acesso em: 28 jan. 2019.

YAN, J. *et al.* The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. **BMC Public Health**, London, v. 14, p. 1267-1278, Dec. 2014. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-1267>. Acesso em: 21 mar. 2019.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. The correlation between breastfeeding and maternal quality of life in southern Brazil. **Breastfeeding Med**, New Rochelle, v. 6, n. 1, p. 25-30, Feb. 2011.

Apêndice 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Fonte de dados: entrevista com a mãe de bebês de zero até 6 meses

Entrevista com a mãe: Presencial() Início: horas Término: horas

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da mãe:

Fone de contato: ()

1.2 **Código do participante:** Unidade de Saúde da Família (I e II); Número de identificação (01... ou 99).

2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PAIS

2.1 Pais residem juntos: 1 Sim() 2 Não()

2.2 **Domiciliada em:** Cidade: Estado/UF:

2.3 **Zona** de domicílio: 1 Urbana() 2 Rural()

Dados maternos: 2.4 **Idade:** anos

2.5 **Escolaridade** segundo IBGE: 1 Sem estudo() 2 Ensino Fundamental Incompleto()
3 Ensino Fundamental Completo() 4 Ensino Médio Incompleto() 5 Ensino Médio Completo()
6 Ensino Superior Incompleto() 7 Ensino Superior Completo()

2.6 **Estado civil:** 1 Solteira() 2 Casada() 3 Divorciada() 4 União consensual() 5 Viúva()

2.7 **Profissão** (formação profissional – superior ou não):

2.8 **Ocupação** (trabalho atual):

Dados paternos: 2.9 Ignorado(). Ir para 2.13

2.10 **Idade:** anos

2.11 **Escolaridade** segundo IBGE: 1 Sem estudo()
2 Ensino Fundamental Incompleto() 3 Ensino Fundamental Completo()
4 Ensino Médio Incompleto() 5 Ensino Médio Completo()
6 Ensino Superior Incompleto() 7 Ensino Superior Completo()

2.12 **Ocupação:**

2.13 **Renda mensal familiar:** R\$

1 Ignorado() 2 Menor que 1 salário mínimo regional() 3 De 1 a 2 salários mínimos()
4 De 3 a 5 salários mínimos() 5 Mais que 5 salários mínimos()

3. DADOS GESTACIONAIS E DO PARTO

3.1 Fez **Pré-Natal?**: 1 Sim() Número de consultas: 2 Não()

3.2 **Local:** 1 Unidade de Saúde da Família I() 2 Unidade de Saúde da Família II()
3 Hospital() 4 Outro(). Especifique:

3.3 Número de **Gestações:** Número de **paridade:**

3.4 **Intercorrências** na gestação: 1 Sim(). Quais? 2 Não()

3.5 **História de parto prematuro anterior:** 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara()

3.6 **História de amamentação anterior:** 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara()

- 3.7 **Tipo de gestação:** 1 Única() 2 Dupla() 3 Tripla ou mais()
- 3.8 **Tipo de parto:** 1 Vaginal() 2 Cesáreo() 3 Vaginal com fórceps()
- 3.9 **Bolsa rota:** 1 Sim(). Tempo: horas 2 Não()
- 3.10 **Intercorrências no parto:** 1 Sim(). Quais?
2 Não()

4. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

- 4.1 **Data** do nascimento: / / **Hora** do nascimento: h
- 4.2 **Sexo:** 1 Masculino() 2 Feminino() 3 Indeterminado()
- 4.3 **Idade gestacional:** semanas e dias
- 4.4 **Peso** ao nascer: gramas
- 4.5 **Apgar** 1º minuto: 4.6 **Apgar** 5º minuto:
- 4.6 **Contato pele a pele precoce:** 1 Sim(). Ir para 4.7
2 Não() 3 Ignorado() Ir para 4.8
- 4.7 Se contato pele a pele: 1 Imediatamente após nascimento() 2 Durante 1ª hora de vida()
3 Durante 2ª a 24ª hora de vida() 4 Mais que 24 horas após nascimento() 5 Ignorado()
- 4.8 **Amamentação na primeira hora:** 1 Sim() 2 Não() 3 Ignorado()

5. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA

- 5.1 **Data:** / / 5.2 **Idade pós-natal:** s d (semanas/dias)
- 5.3 **Peso:** (gramas)
- 5.4 **Tipo de alimentação:**
1 Aleitamento materno exclusivo¹() 2 Aleitamento materno predominante²()
3 Aleitamento materno + fórmula/leite fluído() 4 Fórmula ou leite fluído()

6. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NO DOMICÍLIO

- 6.1 **Data:** / / **Idade pós-natal:** dias
- 6.2 **Tipo de alimentação** (nas últimas 24 horas): 1 Aleitamento materno exclusivo¹()
2 Aleitamento materno predominante²() 3 Aleitamento materno + fórmula/leite fluído³()
4 Fórmula ou leite fluído⁴() 5 Aleitamento materno + fórmula/leite fluído + alimentação complementar()
6 Fórmula ou leite fluído + alimentação complementar
- 6.3 Se não estiver em aleitamento materno exclusivo, informe a **idade do bebê quando introduziu outros leites/alimentos:**
- 6.4 Quais os **motivos da introdução de outros leites/alimentos?**

7. VIVÊNCIA MATERNA NO ALEITAMENTO

Na Unidade de Saúde da Família – pré-natal

- 7.1 No pré-natal você recebeu **orientações** suficientes que te ajudaram nos primeiros dias de amamentação?
1 Sim() 2 Não()
Se Sim, **quais?** 1 Benefícios/vantagens() 2 Dificuldades() 3 Cuidados com a mama()

¹ Apenas o leite materno como única fonte de nutrição.

² O leite materno é a fonte predominante de nutrição da criança, porém a criança também pode receber água, bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá), suco de frutas, solução de sais de hidratação oral, etc.

4 Técnica/como amamentar() 5 Horário() 6 Livre demanda()

Outras(). Especifique:

7.2 Qual foi o **profissional que mais te ajudou no pré-natal** com o tema aleitamento materno.

1 Médico() 2 Enfermeiro() 3 Técnico Enf.() 4 Agente Com. Saúde()

5 Outros. Especifique:

7.3 Na Unidade de Saúde da Família você se **sente/sentiu acolhida** para esclarecimento de dúvidas e auxílio durante amamentação?

1 Sim() 2 Não() 3 Às vezes()

7.4 Que **ações** você acha **que deveriam ser melhoradas no pré-natal** para ajudar todas as mulheres a ter confiança e vontade de amamentar?

Cite:

7.5 Numa escala de **0 a 5, quanto você daria para equipe da Unidade de Saúde da Família** ao abordar o tema aleitamento materno durante pré-natal?

Justifique.

No hospital

7.6 Houve **problemas com as mamas?** 1 Sim() 2 Não()

Se Sim, **quais?** 1 Ingurgitamento() 2 Mastite() 3 Fissura() 4 Outros(). Especifique:

7.7 Recebeu **orientações para alta sobre o aleitamento materno:** 1 Sim() 2 Não()

Se Sim, **quais?** 1 Benefícios/vantagens() 2 Dificuldades() 3 Ordenha mamária()

4 Técnica/como amamentar() 5 Horário() 6 Livre demanda()

7 Intercorrências() Especifique:

8 Outras(). Especifique:

7.8 Você se **sentiu apoiada para amamentar pela equipe de saúde?**

1 Sim() 2 Não() 3 Às vezes()

7.9 Você se **sente/sentiu segura** em amamentar?

1 Sim() 2 Não() 3 Às vezes()

7.10 Você **deseja/desejou amamentar?**

1 Sim() 2 Não() 3 Às vezes()

7.11 Qual é/foi sua **maior preocupação ou medo** em relação ao aleitamento materno?

7.12 Teve algum **encaminhamentos** relacionado ao aleitamento materno?

1 Sim(). Especifique:

2 Não()

7.13 Que **ações** você acha **que deveriam ser melhoradas no hospital** para ajudar todas as mulheres a ter confiança e vontade de amamentar?

Cite:

7.14 Numa escala de **0 a 5, quanto você daria para equipe do hospital** ao abordar o tema aleitamento materno?

Justifique:

No domicílio – após a alta

7.15 Após a alta do bebê, **procurou ajuda** para o aleitamento materno?

1 Sim(). De quem:

2 Não()

7.16 **Obteve ajuda?** 1 Sim(). De quem:

2 Não()

7.18 Você se **sente apoiada pela equipe de saúde para continuar amamentando?**

1 Sim() 2 Não() 3 Às vezes()

7.19 Que **ações** você acha **que deveriam ser melhoradas na Unidade de Saúde da Família** para ajudar todas as mulheres **após a alta hospitalar** a ter confiança e vontade de amamentar?

Cite:

7.20 Numa escala de **0 a 5**, quanto você daria para equipe da Unidade de Saúde da Família ao abordar o tema aleitamento materno no domicílio?

Justifique.

7.21 **Como você se sente amamentando seu filho?** Para mães que não amamentaram, registrar 0 (zero).

Adaptado de: BALAMINUT, T. **Impacto da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais – IHAC-Neo na prevalência do aleitamento materno exclusivo em prematuros e nas práticas assistenciais.** Orientador: Carmen Gracindanda Silvan Scochi. 2018. 274 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Apêndice 2

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GUIA PRÁTICO

PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JACUÍ – MG

Preencher as informações/dados discriminadas conforme se seguem.

1) IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome (iniciais): _____

1.2 Local(is) de trabalho: _____ 1.3 Cidade/Estado: _____

1.4 Idade: _____ anos

1.5 Estado civil: 1 Solteira/o() 2 Casada/o() 3 Divorciada/o() 4 União consensual() 5 Viúva/o()

1.6 Escolaridade e titulação: 1 Ensino Fundamental Incompleto() 2 Ensino Fundamental Completo()

3 Ensino Médio Incompleto() 4 Ensino Médio Completo() 5 Ensino Superior Incompleto()

6 Ensino Superior Completo(). Especifique área: _____ Ano de conclusão: _____

Se opção 6: Especialização(). Área: _____ Mestrado(). Área: _____ Doutorado(). Área: _____

1.7 Categoria profissional: 1 Médico(). Área: _____ 2 Enfermeiro() 3 Odontólogo/Dentista() 4 Psicólogo()

5 Fisioterapeuta() 6 Terapeuta Ocupacional() 7 Nutricionista() 8 Técnico de Enfermagem()

9 Técnico em saúde bucal() 10 Agente comunitário de saúde() 11 Outra(). Especifique: _____

1.8 Cargo/Função na unidade de saúde: _____

1.9 Experiência profissional no aleitamento materno: 1 Sim(). Duração: _____ anos 2 Não()

2) IMPRESSÃO GERAL SOBRE O GUIA PRÁTICO

Assinalar sua impressão geral sobre o guia prático de incentivo ao aleitamento materno elaborado para ser utilizado nas unidades de saúde da família. Suas observações/sugestões serão extremamente importantes para aprimorá-lo.

CRITÉRIOS	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO FORTEMENTE	NÃO SEI	OBSERVAÇÕES / SUGESTÕES
1. A apresentação do Guia Prático favorece o aprendizado da temática.						
2. As informações contidas nele auxiliam no processo de trabalho.						
3. O Guia Prático tem indicação de uso como ferramenta educacional.						
4. Você recomenda o Guia Prático para outras Unidades de Saúde da Família, ou instituições de saúde que aborda esse tema no processo de trabalho.						
5. Os objetivos do Guia Prático estão claramente definidos.						
6. O Guia Prático tem coerência com os objetivos a que se propõe.						
7. O conteúdo é coerente com o público alvo.						
8. As informações são claras e precisas.						

9. As informações são suficientes aos profissionais.						
10. Conteúdo apresenta organização lógica.						
11. Os textos são de fácil leitura.						
12. Uso correto da gramática.						
13. O Guia Prático estimula aprendizagem.						
14. O Guia Prático permite o aprendizado baseado na experiência prévia do profissional.						
15. O Guia Prático organizará o processo de trabalho de acordo com seu foco.						
16. O Guia Prático trará uma melhora no atendimento do público alvo.						
17. Gostaria de mudar alguma coisa no Guia Prático.	Especificar o que gostaria de mudar:					
18. Gostaria de incluir alguma coisa no Guia Prático.	Especificar o que gostaria de incluir:					

Adaptado de: NAZARIO, A. P. **Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê**. Orientador: Carmen Gracinda Silvan Scochi. 2017. 103 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Apêndice 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Mães que estão amamentando até sexto mês de vida cadastradas e acompanhadas nas Unidades de Saúde da Família do Município de Jacuí-MG

Nós, Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi e Flávia Souza Proença, pesquisadora e mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, convidamos a senhora a participar de um estudo intitulado “Desenvolvimento de um guia prático para incentivo ao aleitamento materno exclusivo em unidades de saúde da família de uma cidade do interior de Minas Gerais”, que tem como objetivo desenvolver um guia prático com informações para equipe multidisciplinar direcionados ao incentivo ao aleitamento materno. Esta pesquisa poderá ser útil para enriquecimento do conhecimento científico sobre aleitamento materno, apoio a mulher na amamentação e prevenção de um desmame precoce. a) Caso a senhora participe da pesquisa, será necessário disponibilizar, no máximo meia hora de sua atenção para responder algumas perguntas relacionadas à dados familiares, gestação e parto, condições de nascimento, amamentação materna (início, na alta e no domicílio) e vivências na assistência recebida no pré-natal, hospital e no domicílio após a alta, com foco no aleitamento materno. b) Para tanto a senhora deverá comparecer na data e local que combinarmos para realização da entrevista. c) Os riscos que a senhora pode estar submetida, no decorrer da entrevista, são um possível constrangimento mediante as perguntas feitas e um temor de que suas opiniões sejam expostas as de outras pessoas. No entanto, para minimizar estes riscos, as pesquisadoras oferecerão escuta e apoio, e interromperão a entrevista se a senhora julgar necessário, com reagendamento da mesma, além de garantir a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato (seu nome não será divulgado). Não haverá risco de morte ou dano físico e mental com a participação na pesquisa. d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: analisar os conhecimentos e as práticas de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde, nutricionistas que atuam na assistência à mães e bebês na atenção primária; e definir com a equipe de saúde rotinas de avaliação – intervenção – reavaliação da assistência prestada). No entanto, nem sempre a senhora será diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas, com toda certeza, poderá contribuir para o avanço científico e melhoria da assistência às gestantes e mães em nossa unidade de saúde. e) A pesquisadora Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi, da EERP/USP, fone: (16) 3315-3391, carmenscochi@gmail.com, responsável por este estudo junto com a mestranda da EERP/USP, Flávia Souza Proença, que poderá ser contatada na Unidade de Saúde da Família Benedito Nogueira na cidade de - Jacuí MG; fone (35) 3593-1363; flaviaproenca2@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que a senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. f) Sua participação neste estudo é voluntária e se a senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em qualquer prejuízo para senhora. Não haverá relação de autoridade mesmo a aluna de pós-graduação trabalhando em uma das unidades citadas e a mesma fará a coleta de dados diretamente. g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser divulgadas em relatório ou publicação, isto será feito sob

forma codificada (com uso de código), para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. As suas respostas serão colocadas em tabelas e analisadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo analisadas as respostas e encerrada a pesquisa, o conteúdo será destruído (todos os arquivos deletados). h) Caso o questionário lhe cause qualquer tipo de constrangimento a senhora deverá solicitar a interrupção e será prontamente atendida; lembramos que sua contribuição é importante para o desenvolvimento do conhecimento científico e para a melhoria da qualidade da assistência nesta Instituição. i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e, pela sua participação no estudo, a senhora não receberá qualquer valor em dinheiro. j) A senhora poderá ser indenizada por qualquer dano decorrente da pesquisa conforme a lei. k) Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa. Caso haja necessidade a senhora poderá entrar em contato com o CEP da EERP/USP por meio do contato: (16) 3315-9197, em funcionamento de segunda à sexta feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e 14 às 16 horas.

Eu, _____, RG nº _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o prosseguimento da pesquisa com outros sujeitos. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local e data: _____

Participante da Pesquisa e/ou responsável legal _____

Pesquisadoras Responsáveis:

Orientadora: Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi

Mestranda: Flávia Souza Proença

Apêndice 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Profissionais de saúde do grupo de trabalho, atuantes nas Unidades de Saúde da Família do Município de Jacuí-MG

Nós, Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi e Flávia Souza Proença, pesquisadora e mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, convidamos o(a) senhor(a) a participar de um estudo intitulado “Desenvolvimento de um guia prático para incentivo ao aleitamento materno exclusivo em unidades de saúde da família de uma cidade do interior de Minas Gerais”, que tem como objetivo desenvolver um guia prático com informações para equipe multidisciplinar direcionados ao incentivo ao aleitamento materno. Esta pesquisa poderá ser útil para enriquecimento do conhecimento científico sobre aleitamento materno, apoio a mulher na amamentação e prevenção de um desmame precoce. a) Caso o(a) senhor(a) participe da pesquisa, informamos que esta será realizada por meio de aproximadamente sete oficinas nas quais serão discutidos o tema, as evidências e de acordo com referencial seguindo as fases da pesquisa (elaboração de um diagnóstico situacional, desenvolvimento do guia prático e avaliação final do guia), na Unidade de Saúde da Família (USF), com participação de profissionais que atuam na atenção primária das duas USF do município, de maneira voluntária. Os encontros terão duração de no máximo uma hora e serão realizados de acordo com a disponibilidade dos participantes. b) Os riscos que o(a) senhor(a) pode estar submetido(a), no decorrer dos encontros são um possível constrangimento mediante as perguntas feitas e um temor de que suas opiniões sejam expostas as de outras pessoas. No entanto, para minimizar estes riscos, as pesquisadoras oferecerão escuta e apoio, e interromperão o encontro/oficina se necessário, com reagendamento dessa atividade grupal, além de garantir a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato (seu nome não será divulgado). Não haverá risco de morte ou dano físico e mental com a participação na pesquisa. c) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: analisar os conhecimentos e as práticas de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde, nutricionistas que atuam na assistência à mães e bebês na atenção primária; e definir com a equipe de saúde rotinas de avaliação – intervenção – reavaliação da assistência prestada). No entanto, nem sempre o(a) senhor(a) será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas, com certeza, poderá contribuir para o avanço científico e melhoria da assistência às gestantes e mães em nossa unidade de saúde. d) A pesquisadora Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi, da EERP/USP, fone: (16) 3315-3391, e-mail carmenscochi@gmail.com, responsável por este estudo junto com a mestranda da EERP/USP, Flávia Souza Proença, poderá ser contatada na USF Benedito Nogueira na cidade de Jacuí-MG, fone (35) 3593-1363, e-mail flaviaproenca2@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. e) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em prejuízos no vínculo do seu trabalho. f) Não haverá relação de

autoridade mesmo a aluna de pós-graduação trabalhando em uma das unidades citadas e a mesma fará a coleta de dados diretamente. g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser divulgadas em relatório, publicação em eventos científicos ou por meio de artigos em periódicos, isto será feito sob a forma codificada (com uso de código), para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro. O(A) senhor(a) poderá ser indenizado(a) por qualquer dano decorrente da pesquisa conforme a lei. i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. j) Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa. Caso haja necessidade o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o CEP da EERP/USP por meio do contato: (16) 3315-9197, em funcionamento de segunda à sexta feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Eu, _____, RG nº _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o prosseguimento da pesquisa com outros sujeitos. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local e data: _____

Participante da Pesquisa _____

Pesquisadoras Responsáveis:

Orientadora: Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi

Mestranda: Flávia Souza Proença

Apêndice 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Demais profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Saúde da Família do Município de Jacuí-MG

Nós, Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi e Flávia Souza Proença, pesquisadora e mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, convidamos o(a) senhor(a) a participar de um estudo intitulado “Desenvolvimento de um guia prático para incentivo ao aleitamento materno exclusivo em unidades de saúde da família de uma cidade do interior de Minas Gerais”, que tem como objetivo desenvolver um guia prático com informações para equipe multidisciplinar direcionados ao incentivo ao aleitamento materno. Esta pesquisa poderá ser útil para enriquecimento do conhecimento científico sobre aleitamento materno, apoio a mulher na amamentação e prevenção de um desmame precoce. a) Caso o(a) senhor(a) participe da pesquisa, informamos que foram realizadas oficinas nas quais discutiram o tema, as evidências e de acordo com referencial seguindo as fases da pesquisa (elaboração de um diagnóstico situacional, desenvolvimento do guia prático e avaliação do guia), com a participação de um grupo de trabalho voluntário constituído por alguns profissionais que atuam na atenção primária das duas USF do município. Agora o(a) senhor(a) está recebendo cópia desse guia prático juntamente com um instrumento contendo código de identificação e expressões afirmativas para manifestação da impressão geral: Discordo fortemente, Discordo, Concordo, Concordo fortemente e Não sei, visando sua avaliação para futura implantação na assistência, após os treinamentos necessários. O(a) senhor(a) avaliará as afirmações apresentadas e atribuirá um conceito dentre as opções estabelecidas e, se necessário, tece comentários/sugestões em espaço reservado para este fim. Embora não seja obrigatório o preenchimento desse instrumento, sua opinião e contribuições são de extrema relevância, e solicitamos a devolução do mesmo em uma caixa receptora que colocaremos na unidade. b) Os riscos que o(a) senhor(a) pode estar submetido(a) são um possível constrangimento e um temor de que suas opiniões sejam expostas as de outras pessoas. No entanto, para minimizar estes riscos, as pesquisadoras oferecerão escuta e apoio, além de garantir a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato (seu nome não será divulgado). Não haverá risco de morte ou dano físico e mental com a participação na pesquisa. c) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: analisar os conhecimentos e as práticas de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde, nutricionistas que atuam na assistência à mães e bebês na atenção primária; e definir com a equipe de saúde rotinas de avaliação – intervenção – reavaliação da assistência prestada). No entanto, nem sempre o(a) senhor(a) será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas, com certeza, poderá contribuir para o avanço científico e melhoria da assistência às gestantes e mães em nossa unidade de saúde. d) A pesquisadora Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi, da EERP/USP, fone: (16) 3315-3391, e-mail carmenscochi@gmail.com, responsável por este estudo junto com a mestranda da EERP/USP, Flávia Souza Proença, poderá ser contatada na USF Benedito Nogueira na cidade de Jacuí-MG, fone (35) 3593-1363, e-mail flaviaproenca2@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e

fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. e) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em prejuízos no vínculo do seu trabalho. f) Não haverá relação de autoridade mesmo a aluna de pós-graduação trabalhando em uma das unidades citadas e a mesma fará a coleta de dados diretamente. g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser divulgadas em relatório, publicação em eventos científicos ou por meio de artigos em periódicos, isto será feito sob a forma codificada (com uso de código), para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro. O(A) senhor(a) poderá ser indenizado(a) por qualquer dano decorrente da pesquisa conforme a lei. i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. j) Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa. Caso haja necessidade o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o CEP da EERP/USP por meio do contato: (16) 3315-9197, em funcionamento de segunda à sexta feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Eu, _____, RG nº _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o prosseguimento da pesquisa com outros sujeitos. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local e data: _____

Participante da Pesquisa _____

Pesquisadoras Responsáveis:

Orientadora: Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi

Mestranda: Flávia Souza Proença

Apêndice 6

SÍNTESE DAS OFICINAS DE TRABALHO

Primeira oficina: Apresentação da situação real do aleitamento materno no município

Data: 21/12/2018

Horário: 14:00h

Duração: 1 hora

Número de participantes: 09

Profissionais envolvidos: dois médicos, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, dois agentes comunitário de saúde, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um dentista.

Objetivo: apresentar a pesquisa e os resultados encontrados com relação aos dados coletados nas entrevistas realizadas com as nutrizes nas quais foram levantadas questões sobre como foi sua assistência desde o pré-natal até o atual momento, e o que poderia ser melhorado para seu auxílio neste período. Outros também dados sócio demográficos foram suscitados.

Inicialmente a pesquisadora agradeceu a presença e colaboração de todos. Falou sobre a importância do grupo para pesquisa e mesmo sendo um grupo que já tem convivência pediu que todos se apresentassem dizendo nome, profissão e quanto tempo está na atenção primária.

Os profissionais convidados foram dispostos na sala de reunião da USF II, sendo utilizada a forma de mesa redonda para acomodá-los. A pesquisadora apresentou, em *powerpoint*, a síntese do projeto de pesquisa e os resultados da primeira etapa do estudo obtidos por meio de entrevistas com 17 nutrizes das duas unidades de saúde da família, coletados em um período de 28 dias, utilizando um instrumento de coleta de dados (Apêndice1).

Após a exposição a pesquisadora abriu espaço para ouvir o grupo. A médica pediatra afirmou ter dificuldade em conquistar a mãe a amamentar, mesmo tendo orientações nos grupos de gestantes, as mães são resistentes e muito influenciadas pela crença e cultura da cidade e de familiares, desconsiderando orientações médicas e de outros profissionais. O médico generalista disse reconhecer não ter muita habilidade com assunto aleitamento materno e que essa apresentação trouxe um Rx da situação no município sobre aleitamento materno exclusivo. A enfermeira da USF II afirma orientar todas as mães quanto aos benefícios do aleitamento materno e disse que as mães quando procuram a unidade já estão com problemas nas mamas ou até introduziram outro leite para bebê pelo motivo que pesquisadora apresentou – choro intenso e contínuo. E afirma que muitas vezes as mães não aderem as orientações, seguindo métodos familiares de cuidados como oferecer chás ou outros leites, afirmando “ter leite fraco”. A agente de saúde comentou que faz visita domiciliar assim que fica sabendo do nascimento, explica sobre as primeiras consultas e, se necessário, solicita visita de um profissional, seja médico ou enfermeira.

Diante disso a pesquisadora sugere a todos os presentes que pensem em como poderia melhorar a assistência para essa gestante, mãe e bebê e pede que tragam para próxima oficina sugestões de ações que possam ser realizadas nas unidades por toda equipe. E reforça que serão estas ações que nortearão o guia final.

Finalmente, a pesquisadora entregou um impresso para avaliação da oficina, no qual os participantes assinalaram o que acharam do encontro (ótimo, bom, regular e ruim). E depois de preenchido todos os participantes colocaram dentro de uma caixa. E ainda, combinaram a possível data da próxima oficina para dia 21/01/2019. Após agradecer a

presença, a pesquisadora solicitou a permanência na sala de um representante do grupo, permanecendo uma agente comunitária de saúde que colaborou no processamento das manifestações: 05 participantes assinalaram Bom e 04 Ótimo.

Segunda oficina: Comparação das evidências com dados reais do município e sugestões de ideias para criação do guia com ações a serem desenvolvidas nas USF em relação ao aleitamento materno.

Data: 25/01/2019 Horário: 13:00h Duração: 1 hora

Número de participantes: 08

Profissionais envolvidos: dois médicos, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, dois agentes comunitário de saúde, uma fonoaudióloga, um dentista.

Objetivo: disponibilizar textos/artigos científicos que trazem reflexões sobre o tema abordado e que pudesse acrescentar ideias para elaboração do guia. A partir dos mesmos, refletir sobre a prática.

Inicialmente a pesquisadora agradeceu a presença e colaboração de todos. Três artigos foram disponibilizados para os integrantes do grupo, na data anterior a esta oficina, intitulados: 1) Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. 2) Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. 3) Comparação da auto eficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade de Ribeirão Preto, Brasil. Todos participantes confirmaram a leitura e a partir desse momento a pesquisadora dividiu os participantes em três subgrupos: três integrantes ficaram com a apresentação do artigo 1, dois com o artigo 2 e três integrantes com apresentação do artigo 3. A pedido do grupo foi destinado tempo de dez minutos para nova leitura do artigo escolhido e, em seguida, feita a apresentação do que cada subgrupo havia compreendido sobre o artigo. A pesquisadora reforçou que os dados deveriam ser articulados com a realidade do município e os dados apresentados por ela na primeira oficina.

Iniciou-se com discussão sobre o que foi lido pelos participantes, sempre fazendo comparação com a realidade e os dados apresentados na primeira oficina. E a pergunta instigada pela pesquisadora foi o que deveria conter no guia, baseado nesses artigos e na assistência prestada em relação ao tema até o momento nas USF.

Os profissionais do grupo de trabalho afirmaram ter lido os artigos e todos trouxeram algo a mais para o conhecimento de cada um, completando as ações já pensadas após a primeira oficina. A agente comunitária afirmou ter tido certa dificuldade em compreender os artigos na primeira leitura, porém com a apresentação dos colegas as dúvidas foram esclarecidas. O artigo que aborda a auto eficácia gerou um pouco de dúvidas entre quatro profissionais participantes, os quais afirmaram ainda não terem ouvido esse termo antes. Esses pediram para a pesquisadora explicar melhor do que se tratava para melhor entendimento do grupo. A pesquisadora releu algumas partes mais pertinentes do artigo, reforçando a discussão, acatando opiniões do grupo e, junto com os profissionais, a pesquisadora sugeriu observar quais assuntos seriam pertinentes à confecção do guia. O médico achou de grande importância trabalhar a auto eficácia da mulher desde o pré-natal, e afirmou que isso precisa ser melhorado no processo de trabalho das unidades. Houve uma

pequena discussão a respeito de uma possível mudança no pré-natal com reforço aos grupos de gestantes e para isso uma reunião com o ginecologista seria agendada após conclusão deste estudo da pesquisadora que solicitaria junto as equipes esses ajustes em relação as consultas pré-natal. A técnica de enfermagem solicitou a pesquisadora que no guia fosse descrito um roteiro de abordagem e as ações para cada momento da criança, tipo primeiras consultas o que observar e orientar, seguimento a mesma coisa, não esquecendo do pré-natal onde inicia as orientações sobre o assunto; todos concordaram.

Em seguida a pesquisadora distribuiu a todos um quadro contendo três questões: O que fazem/atuação relacionada ao aleitamento materno? Quais as queixas e dificuldades encontradas nessa assistência? O que sugere para melhorar a assistência? Todas essas perguntas deveriam ser pensadas e trabalhadas em três momentos: pré-natal, primeiro mês após o nascimento, seguimento até sexto mês de vida do bebê. Cada profissional escreveu da sua maneira e no final houve uma discussão relacionado as duas equipes, e todos os participantes demonstraram bastante interesse em ver as possibilidades de adequações da prática para melhoria no atendimento no pré-natal, ao bebê no primeiro mês e seguimento até sexto mês de vida. Alertado aos participantes que fizessem o preenchimento desse quadro em casa contendo todas as informações possíveis e que trouxesse para próxima oficina na qual iria enriquecer ainda mais as discussões e sugestões.

A médica da USF II até sugeriu que, após o término dessa pesquisa, os resultados fossem apresentados à gestão de saúde para possíveis modificações no processo de trabalho das USF em relação ao atendimento para mães e bebês, abrangendo toda equipe multiprofissional. O médico da USF I sugeriu a criação de um grupo de sala de espera para mães, em datas de consulta de puericultura, no qual a equipe multiprofissional abrangesse os principais temas relacionados ao aleitamento materno. As agentes comunitárias de saúde afirmaram que essa ideia poderá favorecer a presença nas consultas e maior interesse das mães em participar desses encontros. A técnica de enfermagem e a fonoaudióloga perceberam que o vínculo da mãe com equipe está enfraquecido e que isso pode ser prejudicial, sendo sugerido favorecer esse vínculo com melhor acolhimento, mais escuta, e que isto poderá ser modificado trazendo benefícios para aleitamento materno. As agentes de saúde também solicitaram um treinamento, uma educação continuada sobre manejo do aleitamento materno para que possam abordar as puérperas já em domicílio e perceber situações de risco para desmame precoce. Todos disseram que com a confecção do guia muitas dúvidas serão sanadas durante os atendimentos. A dentista da USF I afirmou que esse grupo de sala de espera para consultas médicas favorecerá as orientações de saúde bucal trazendo muitos benefícios para os bebês e conscientizando as mães sobre importância dos cuidados com saúde bucal e incentivando o aleitamento materno e não uso de mamadeiras ou chupetas.

Sem mais a pesquisadora encerra essa oficina lembrando o grupo da tarefa de casa e solicitando a presença para próxima oficina agendada para dia 31/01/2019 com uma convidada para abordar com maior clareza o manejo do aleitamento materno para equipe multiprofissional na atenção básica e os Dez Passos para o Sucesso na Amamentação. Todos os profissionais demonstraram grande envolvimento com o trabalho e disposição para as próximas oficinas e afirmaram ter aprendido muito nesta reunião. A pesquisadora entregou o papel de avaliação da oficina para todos os participantes e pediu que ficasse na sala um

membro do grupo para apuração do resultado. Permaneceu na sala o médico que colaborou no processamento das manifestações: 100% ótimo.

Terceira Oficina: Palestra e roda de conversa com enfermeira coordenadora da maternidade e banco de leite humano da Santa Casa de Misericórdia de Passos

Data: 07/02/2019

Horário: 14:00h

Duração: 1:30 hora

Número de participantes: 08

Profissionais envolvidos: dois médicos, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, dois agentes comunitário de saúde, um fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional.

Objetivo: ampliar o conhecimento e a aprendizagem do grupo de trabalho sobre o manejo do aleitamento materno na atenção básica.

Inicialmente a pesquisadora agradeceu a presença e colaboração de todos e apresentou a convidada, enfermeira coordenadora da maternidade e do banco de leite humano da Santa Casa de Passos. Em seguida cada membro do grupo fez sua apresentação dizendo nome e profissão.

A enfermeira convidada fez uso de slides em *powerpoint* e a apresentação dialogada foi norteada por questões a serem discutidas como: Por que amamentar é importante? Eu, como profissional, acredito na amamentação? Temos argumentos para convencimento da mãe? Ao instigar o grupo a responder se cada um acreditava em amamentação, na eficácia do leite materno, todos responderam positivamente, e a convidada explicou que só seria possível falar de amamentação se cada um acreditasse nisso, independente da profissão. Em seguida, iniciou uma discussão sobre mitos e verdades sobre aleitamento materno como leite fraco, curativo nas mamas para fissuras, entre outros. Todos os participantes afirmaram ter lidado com isso em algum momento da carreira. Então a convidada deixou claro que tínhamos que convencer a mãe de que acreditasse na amamentação e apontou que a orientação divergente dos profissionais confunde as mães e causa uma certa insegurança. Relatou que o índice de amamentação exclusiva quando o bebê recebe alta no hospital é cerca de 94%, e questionou: quando chega em casa, como fica? Daí reforçou a importância do pré-natal e o apoio da equipe de saúde da família para essa mãe e bebê. Mencionou algumas dicas: como fazer o grupo de gestante em rodas de conversa; ouvir mais as gestantes; interagir a equipe multiprofissional falando todos a mesma linguagem em relação ao assunto; e sanar todas as dúvidas das gestantes, ainda no pré-natal. Por exemplo, como preparar as mamas, necessidade ou não do uso de cremes e outros produtos nas mamas durante a gravidez, como fazer em casos de complicações como ingurgitamento mamário e fissuras. A palestrante afirmou ainda que os profissionais devem aprender a fazer a ordenha manual para que ensinem a mulher a fazer sozinha quando necessário. Explicou sobre importância do mamilo na amamentação, tipos e como lidar com mamilos planos e invertidos; como tratar os traumas de um modo geral; como corrigir a pega; orientou não usar conchas e como lidar com o ingurgitamento mamário. Uma dica dada pela enfermeira é que a mama fica edemaciada após parto e muitas vezes isso é confundido com o ingurgitamento, portanto, é preciso ter uma avaliação pelo profissional para manejo correto. A enfermeira ensinou as principais ações para os traumas mamilares, e neste momento, os participantes tiraram dúvidas sobre o que fazer com ingurgitamento, mastite e correção da pega. A pediatra questionou sobre usar ou não bico de silicone e influência de seu uso no aleitamento materno. A enfermeira afirmou que há estudos

sendo realizados na Santa Casa de Passos para comprovar ou não a efetividade do uso do bico; o médico clínico participante do grupo de trabalho solicitou os resultados após os estudos, para conhecimento. A fonoaudióloga pediu explicação sobre ordenha manual e qual a recomendação. Foi trazido pela enfermeira imagens ensinando a ordenha manual e discutido com todos como fazer e orientar as mães. Explicou também a composição do leite materno em questão de calorias dizendo que leite materno contém 900 calorias enquanto o leite artificial tem no máximo 600 calorias, e que o colostro tem em média 980 calorias. Nesse momento a pediatra questionou a oferta de leite materno para prematuros, devido à variedade de composição e a capacidade de digestão desse leite. A convidada respondeu que o colostro pode ser oferecido com certeza para bebê prematuro e que, a partir de seis meses, essas calorias diminuem e por isso a necessidade de introdução de uma alimentação saudável. Lembrou que colostro não é quantidade e sim qualidade. A terapeuta ocupacional perguntou se a alimentação da nutriz interfere realmente na produção de leite como comer canjica, cerveja escura, etc. A convidada respondeu que cientificamente não há evidência desse efeito, porém o psicológico dessa nutriz é importante para produção do leite e se ela acredita, não há porque contrariar, mas devemos orientar. A terapeuta perguntou também sobre como aumentar o vínculo com a mãe, importância desse vínculo do bebê com a mãe. A enfermeira respondeu que esse vínculo deve ser estabelecido o quanto antes, logo após o nascimento, se possível, e deverá ser mantido. Por isso a equipe deve estar preparada para ajudar essa mãe nos primeiros dias favorecendo esse vínculo. A técnica de enfermagem perguntou como orientar a mãe sobre choro sem parar do bebê, o que faz com que a mãe ofereça a mama com maior frequência. A enfermeira respondeu que toda criança chora desde o nascimento, não só de fome, mas por outros motivos e que as mamadas devem ser em livre demanda, ou seja, sem restrições principalmente nos primeiros dias. Afirmou ainda, que esse choro contínuo leva a mãe a pensar que seu leite não está sendo suficiente e é um forte aliado para o desmame precoce. Reforçou mais uma vez a importância da orientação da equipe. Por fim a convidada falou sobre a volta da mãe ao trabalho e como tirar e armazenar esse leite em condições adequadas para ser oferecido ao bebê, alertou para ter cuidado e orientar sobre amamentação cruzada que acontece muito no dia a dia. A pediatra perguntou qual a visão da maternidade em relação a atenção primária, neste aspecto da amamentação. A convidada respondeu que é de um pré-natal ruim, com poucas informações e orientações para as mulheres. Considera que a atuação adequada é um fator importante para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Sugeriu uma capacitação para toda equipe após a confecção final do guia pelo grupo de trabalho e estar sempre se atualizando e lendo sobre o tema e trazendo para o dia a dia melhorias na assistência.

A pesquisadora agradeceu a presença da convidada e findando a oficina houve uma discussão entre os participantes sobre os temas abordados e terminaram de preencher o quadro recebido na oficina anterior e entregaram individualmente a pesquisadora. O grupo concordou que o pré-natal nas duas USF precisa ser melhorado com ações e dicas hoje discutidas; a pediatra afirmou também que não há uma relação direta da maternidade com atenção primária. A enfermeira da USF II afirmou que há problemas com faltas das gestantes às consultas de pré-natal e no seguimento do bebê após nascimento. O grupo concordou e os participantes se dispuseram a reunir outras vezes para discutir estratégias junto com o gestor

para melhorar grupos de pré-natal e o seguimento desses bebês, ainda mais depois da criação do guia proposto pela pesquisadora.

Ao final todos participantes disseram ter sido de grande proveito essa conversa com uma pessoa tão experiente no assunto, e que muitas ideias surgiram para melhorar processo de trabalho dos profissionais e relação com as gestantes e nutrizes. O médico clínico pediu a pesquisadora que ao final desse guia um treinamento seja feito com toda equipe para manejo do aleitamento materno, para reforçar e aperfeiçoar o que foi aprendido hoje. Agendada próxima oficina para o dia 11/02/2019 e, a pedido da coordenadora, os participantes preencheram a avaliação desta oficina e permaneceu na sala a técnica de enfermagem para a apuração dos resultados: 100% atribuíram conceito Ótimo.

Quarta Oficina: Confecção do Guia Prático (Parte I – Pré-Natal)

Data: 11/02/2019

Horário: 14:00h

Duração: 01:15 hora

Número de participantes: 08

Profissionais envolvidos: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, dois agentes comunitário de saúde, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e um dentista.

Objetivo: Elaborar o guia prático (parte I) – Pré-natal: definição dos principais tópicos a serem incluídos no guia, considerando os assuntos já abordados, as discussões ocorridas em oficinas anteriores e a necessidade de aperfeiçoamento na visão da equipe.

Inicialmente a pesquisadora agradeceu a presença e colaboração de todos. Sugeriu que os participantes se organizassem em dois grupos e que discutissem os tópicos que gostariam de incluir no guia prático. Formados dois grupos: Grupo 1 com quatro participantes (médico clínico, técnica de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e dentista) e Grupo 2 com cinco (médica pediatra, enfermeira, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e uma agente comunitária de saúde). A pesquisadora disponibilizou alguns guias do Ministério da Saúde, cartilhas e informativos sobre o assunto para ajudar os grupos.

Após iniciou-se a discussão sobre as ações já escritas pelos participantes do grupo de trabalho no quadro entregue à pesquisadora na oficina anterior, no qual constam a atuação de cada profissional em relação ao aleitamento materno na assistência no dia a dia, as queixas e dificuldades encontradas nesta assistência, e as sugestões para melhorar a assistência. Todos os profissionais trouxeram suas opiniões, exceto a pediatra que justificou a ausência. A fonoaudióloga e a terapeuta ocupacional afirmaram não participar de qualquer ação em seus atendimentos, a não ser em palestras nos grupos de gestantes, mas que gostariam de estar mais próximas das mães e das crianças desde o pré-natal. E a necessidade de realizar uma visita domiciliar para essas mães após o parto para auxiliar no que precisarem, incentivando o aleitamento materno. Disseram ainda, não terem muito conhecimento sobre o tema e que os estudos deste grupo de trabalho estão trazendo muitas novidades. O clínico geral ressaltou a importância da implantação das rodas de conversas ou grupos para gestantes no aprendizado das mães em relação à amamentação e que esses grupos, com a participação de vários profissionais, favorece o vínculo entre a mulher e a equipe. O médico disse ainda, que por não realizar o pré-natal, o qual é feito com médico ginecologista, esse vínculo com a mulher não é muito fortalecido e que precisa estar mais próximo das mães e uma forma seria a participação dele nesses grupos ou rodas de conversa. A técnica de enfermagem afirmou não ter muito

tempo para fazer um acolhimento adequado para a gestante, devido ao número alto de mulheres por dia no pré-natal e com isso as orientações podem ficar prejudicadas. Relata que as gestantes não demonstram muito interesse em participar de grupos ou rodas de conversas e toda equipe deveria se mobilizar para atraí-las e tornar o grupo um momento prazeroso e de aprendizado. E que a participação de mais profissionais seria uma alternativa. As agentes comunitárias de saúde afirmaram que um ponto fraco no pré-natal é a falta das gestantes nas consultas e que sempre estão fazendo busca ativa dessas mulheres; e esses grupos mais interativos poderia ser um estímulo para retornarem nas consultas. Relataram que sabem pouco sobre o assunto de aleitamento materno e que estão aprendendo bastante com o grupo de trabalho, e sugeriram que, após o término do guia, fosse feito um treinamento com toda equipe em relação ao tema. A enfermeira sugeriu a participação dos pais também nos grupos de gestantes, melhorando a aproximação da família e das unidades de saúde.

Com base nos registros individuais no quadro disponibilizado anteriormente, nas discussões ocorridas com convidada e nas oficinas ocorridas até o momento foram elencados os tópicos dos conteúdos teóricos a serem incluídos no guia, relativos ao pré-natal, aqui sintetizados: fisiologias da produção de leite; importância do aleitamento materno; tipos de aleitamento materno; composição do leite materno; cuidados com as mamas (ingurgitamento, fissuras e mastite); cuidados com as mamas no pré-natal; técnica correta para amamentação (pega correta); mitos e verdade sobre amamentação; quando e como introduzir alimentação no desmame em bebês menores de seis meses; como prevenir desmame precoce; como retirar leite e armazenar para retorno da mãe ao trabalho; fatores que influenciam na produção de leite materno; relação da amamentação com desenvolvimento harmônico da musculatura orofacial e dos maxilares; como fazer higienização oral em bebês; o que fazer quando o bebê apresenta dificuldade de sugar; importância do teste da linguinha em relação ao aleitamento materno; relação entre otite e a posição do bebê durante a amamentação; alterações ou distúrbios faciais decorrentes do uso de mamadeira ou chupeta; como promover o aleitamento materno para bebês com má formações orofaciais; como o profissional de terapia ocupacional pode ajudar o binômio mãe e bebê após o parto; quais ações podem ser trabalhadas com as mães no pré-natal em relação à terapia ocupacional; contraindicações do leite materno; importância da família e da comunidade no processo de amamentação.

Levantados esses tópicos, a pesquisadora sugeriu a busca das evidências por todos do grupo de acordo com suas profissões ou área de conhecimento e, posteriormente, trazer para possível discussão na sexta oficina de trabalho. Os participantes acataram a sugestão de organizar esses tópicos em forma de perguntas e respostas, sendo essas últimas embasadas em literatura, delegando-se a pesquisadora a responsabilidade de redigir o guia.

Sem mais a ser tratado, a pesquisadora agradeceu a participação de todos e pactuado a próxima reunião para o dia 15/02/2019. A pesquisadora pediu mais uma vez que todos os participantes fizessem a avaliação da oficina e após pediu para um participante aguardar a apuração. Permaneceu na sala a enfermeira e avaliação final foi: sete atribuíram conceito Ótimo e um participante considerou como Bom.

Quinta Oficina: Confecção do Guia Prático (Parte II – Primeiro mês após nascimento e III – Seguimento até o sexto mês)

Data: 15/02/2019

Horário: 14:00h

Duração: 55 minutos

Número de participantes: 07

Profissionais envolvidos: dois médicos, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, dois agentes comunitário de saúde, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e um dentista.

Objetivo: Elaborar o guia prático (parte II e III) – Primeiro mês após o parto e Seguimento do bebê até sexto mês: definição dos principais tópicos a serem incluídos no guia, considerando os assuntos já abordados, as discussões ocorridas em oficinas anteriores e a necessidade de aperfeiçoamento na visão da equipe.

Inicialmente a pesquisadora agradeceu a presença e colaboração de todos. Após iniciou-se a discussão sobre as ações já escritas pelos participantes do grupo de trabalho no quadro disponibilizado pela coordenadora na segunda oficina, no qual consta a atuação de cada profissional em relação ao aleitamento materno na assistência no dia a dia, as queixas e dificuldades encontradas nesta assistência, e as sugestões para melhorar a assistência.

Foram formados novamente dois grupos como na oficina anterior compostos da seguinte maneira: Grupo 1 com quatro participantes (médico clínico, técnica de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e dentista) e Grupo 2 com três (médica pediatra, enfermeira e uma agente comunitária de saúde). Lembrando que a fonoaudióloga deixou com o médico generalista seus apontamentos no dia anterior a oficina por não poder participar na data agendada. Em discussão escreveram o que acharam pertinentes a cada profissão e de acordo com a realidade de cada USF, baseado no diagnóstico situacional trazido pela pesquisadora na primeira oficina, nas evidências lidas e discutidas na segunda oficina e em conhecimento adquirido pelas orientações dadas pela enfermeira coordenadora da materno infantil da Santa Casa de Passos, na terceira oficina. Os dois grupos apresentaram suas ideias.

A coordenadora propôs discussão sobre ações no primeiro mês de vida do bebê e no seguimento até o sexto mês. A médica pediatra iniciou a discussão explicando o funcionamento de sua agenda de consultas desde o nascimento até um ano de vida. Isso foi complementado pelo médico clínico geral e com isso o grupo pode entender como é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças nas unidades. A dentista afirmou não atender crianças nessa idade, que só tem contato na visita domiciliar que já realiza na primeira semana de vida da criança e que participa esporadicamente do grupo de gestantes. Sugeriu que as consultas com dentista também fossem agendadas, assim como com os médicos, talvez nas mesmas datas, favorecendo a vinda da mãe na unidade. E se dispôs a participar mais do grupo de gestantes para explicar a necessidade do acompanhamento odontológico desde o pré-natal. O médico clínico questionou a falta das crianças nas consultas, o que foi reforçado pela pediatra presente. E que isso causa um atraso na avaliação dessas crianças, e até mesmo um desconforto para equipe que precisa às vezes ir atrás dessas mães para retornarem nas unidades. Propôs ainda uma roda de conversas nas consultas de puericultura seja essa com médico ou com enfermagem. Isso aumenta o vínculo com mães, abre espaço para diálogo e auxilia não só no aleitamento materno, mas também em outros assuntos. Lembrou que é nesse momento o risco maior de desmame e que a mãe precisa ser apoiada e incentivada ao aleitamento materno exclusivo. A pediatra achou uma boa ideia. A

técnica de enfermagem pediu a participação da nutricionista para as rodas de conversas a partir dos quatro meses, ocasião em que muitas mães voltam ao trabalho e precisam de informações sobre alimentação saudável para seus bebês. Isso também foi uma queixa da agente comunitária que afirmou ser interrogada nas casas a respeito dessa alimentação: O que oferecer? Quantidade? Como e quando iniciar? entre outros questionamentos. E que muitas vezes não sabem responder. E pediu a pesquisadora que fosse feita uma educação continuada com os agentes de saúde sobre esse tema. A técnica de enfermagem lembrou que há uma falha no agendamento da consulta de puerpério para mãe, “ela fica esquecida”, e pediu a enfermeira que fosse revisto a abordagem da mãe nesse momento. O médico sugeriu que essa consulta seja realizada, agendada na mesma data da consulta de puericultura, entre 40º 45º dias após o parto, quando a criança já viria na unidade e a mãe seria atendida também. Uma queixa importante trazida pela pediatra é o armazenamento do leite materno para mães que voltam ao trabalho, ela sugeriu orientações mais precisas para mães e que todos os profissionais fossem capacitados para ensinar as mães a retirar, armazenar e oferecer esse leite de maneira adequada para os bebês.

Após essas colocações, à semelhança do ocorrido na oficina anterior, a pesquisadora solicitou aos participantes que fizessem perguntas e/ou tópicos para serem respondidos no guia sobre tudo que foi discutido até então, relacionado ao seguimento no primeiro mês após o nascimento até o sexto mês de vida. São elas: o que fazer quando o bebê apresenta dificuldade de sugar quando e como introduzir alimentação no desmame em bebês menores de seis meses; como prevenir desmame precoce; como retirar leite e armazenar para retorno da mãe ao trabalho; como fazer higienização oral em bebês; qual a importância do teste da linguinha em relação ao aleitamento materno; qual a relação entre otite e a posição do bebê durante a amamentação; quais as alterações ou distúrbios faciais decorrentes do uso de mamadeira ou chupeta; como promover o aleitamento materno para bebês com má formação orofaciais; qual a importância da família e da comunidade no processo de amamentação; como favorecer o vínculo mãe e filho após o parto. Levantados esses tópicos os membros do grupo se propuseram a ler sobre os tópicos de acordo com cada categoria e trazer para discussão na próxima reunião.

A pesquisadora agradeceu a participação de todos e pactuado a próxima reunião para o dia 01/03/2019. Foi preenchida a avaliação da oficina pelos participantes e, a pedido da pesquisadora, permaneceu na sala a agente comunitária para apuração do resultado: 100% atribuíram conceito Ótimo.

Sexta Oficina: Avaliação do conteúdo do Guia Prático.

Data: 27/03/2019 Horário: 15:00h Duração: 40 minutos

Número de participantes: 09

Profissionais envolvidos: dois médicos, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, dois agentes comunitário de saúde, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e um dentista.

Objetivo: avaliar coletivamente o guia prático redigido pela pesquisadora, com revisão técnica de três expert em aleitamento materno, e disponibilizado há quatro dias para os membros do grupo de trabalho para leitura e sugestões.

Inicialmente a pesquisadora agradeceu a presença e colaboração de todos e perguntou se todos leram o guia enviado previamente. Todos disseram que sim e iniciou-se a oficina com a colocação da pediatra que elogiou toda a escrita do guia, disse estar com informações adequadas, incluindo as dúvidas que surgiram nas oficinas anteriores e no dia a dia referente a aleitamento materno. A técnica de enfermagem disse ter aprendido muito com o desenvolvimento do guia, disse ter aprendido a ler e pensar sobre o assunto e pode perceber falhas na assistência em relação ao aleitamento, e que após a leitura do guia se sente mais confiante em falar com as gestantes e com as mães. A agente comunitária afirmou ter aprendido muito sobre aleitamento, no início não sabia como abordar as mães em casa e hoje está bem mais fácil falar com elas sobre a amamentação. Pelos relatos apreende-se que alguns membros do grupo de trabalho já têm mudado sua prática. A pediatra falou sobre as sete consultas de puericultura preconizadas pelo Ministério da Saúde e achou melhor não mudar o atendimento nas unidades já que está funcionando bem (sete consultas distribuídas entre médicos e enfermeiras), e sugeriu deixar livre acesso para mães consultas de enfermagem e, se necessário, médica para orientações e avaliação das mamadas nos meses em que não há agenda de puericultura, ou seja, segundo e quarto mês; reforçou que a criança não fica sem atendimento. A enfermeira mostrou que todas as crianças são assistidas com sucesso e que estava faltando era mais orientações sobre aleitamento materno e isso tende a melhorar com o guia, que também esclareceu algumas dúvidas para ela. A dentista manifestou maior interesse em atender bebês no primeiro semestre de vida reforçando o incentivo ao aleitamento materno, e disse ter aprendido muito com a construção do guia, até mesmo por não ser um assunto que estudou muito na graduação. A fonoaudióloga disse que o guia está bem esclarecedor e gostou da parte que havia citado em perguntas sobre otite e frênulo lingual, aspectos mais abordados no seu trabalho; só lembrou que o exame direcionado para frênulo conforme solicitado pelo Ministério da Saúde não é feito no hospital de referência da nossa cidade e está associado ao exame físico do pediatra na alta hospitalar e que merece ser reavaliado, por isso se prontificou a fazer também visitas domiciliares na primeira semana, se necessário.

Sem mais comentários, a pesquisadora agradeceu a contribuição de todos os membros do grupo de trabalho e se comprometeu em divulgar os resultados da pesquisa na duas USF e ao gestor municipal, bem como implantar o guia prático com capacitação das equipes para o incentivo e apoio ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Todos preencheram o papel de avaliação da oficina e entregaram para coordenadora, que solicitou a permanência de um integrante do grupo para apuração do resultado, permaneceu a técnica em enfermagem e o resultado foi: 100% atribuíram conceito Ótimo.

Apêndice 7

MUNICIPIÓ DE JACUÍ /MG

SECRETARIA DE SAÚDE

GUIA PRÁTICO DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE JACUÍ – MG

Este guia prático de incentivo ao aleitamento materno está estruturado em duas partes: a primeira, versa sobre algumas dúvidas sobre o tema, trabalhadas sob a forma de perguntas, cujas respostas estão fundamentadas em evidências científicas; a segunda, traz as ações, periodicidade e responsabilidade da equipe multiprofissional no manejo da amamentação nas unidades de saúde da família do município.

A seguir trataremos de questões relacionadas ao aleitamento materno que podem ser recorrentes em nossa prática profissional.

ALGUMAS DÚVIDAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Por que é importante amamentar?

- **Vantagens nutricionais:** O aleitamento materno é capaz de proporcionar todos os nutrientes necessários para o adequado crescimento e desenvolvimento do bebê, incluindo carboidratos, lipídeos, proteínas, gorduras e imunoglobulinas.

É de fácil digestão por ter como principal proteína a lactalbumina enquanto o leite de vaca possui caseína de difícil digestão para os humanos. As calorias do leite materno são suficientes para nutrir a criança de acordo com cada idade (BRASIL, 2009).

- **Proteção contra infecções e outras doenças:** O aleitamento materno protege contra doenças infecciosas como diarreias, alergias, doenças respiratórias, e outras doenças (BRASIL, 2015).

Possui fatores imunológicos que protege contra essas infecções, uma das principais é a IgA secretória que produz anticorpos contra agentes infecciosos. Além da IgA há outros fatores de proteção como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, entre outros, que impedem a instalação de bactérias causadoras de diarreias (BRASIL, 2015).

Diminui o risco de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e colesterol. Horta e Victoria (2013) afirmam que indivíduos que foram amamentados por longo período têm pressão arterial e índice de colesterol considerados normais, além disso, têm risco diminuído para o diabetes, além de um aumento no QI (quociente de inteligência), melhorando o desempenho escolar desde a infância até vida adulta. Horta, Loret de Mola e Victoria (2015), em estudo de revisão sistemática e meta-análise incluindo 17 estudos com estimativas da relação entre o aleitamento materno e o desempenho em testes de inteligência, evidenciaram que os indivíduos amamentados alcançaram um QI mais alto [diferença média: 3,44 pontos (intervalo de confiança de 95%: 2,30; 4,58)]; ao controlar o QI materno, o benefício da amamentação foi menor [diferença média de 2,62 pontos (intervalo de confiança de 95%: 1,25; 3,98)].

Bebês que são amamentados têm uma maior concentração de ácido graxos o que auxilia no desenvolvimento do cérebro (ISAACS *et al.*, 2010).

Estudo de meta-análise com 25 pesquisas publicadas no período de 1997 a 2014, perfazendo 226.508 participantes, mostrou que a amamentação foi associada com um risco significativamente reduzido de obesidade em crianças (ODDS ratio ajustado = 0,78; IC 95%: 0,74, 0,81), portanto, é um fator de proteção significativo contra a obesidade em crianças (YAN *et al.*, 2014). E de acordo com Haisma *et al.* (2005) o leite de vaca altera a taxa metabólica do organismo, enquanto o leite materno não.

- **Prevenção de anormalidades orofaciais e maxilares:** A amamentação ajuda no desenvolvimento harmônico da musculatura orofacial e dos maxilares e previne problemas dentários. A sucção durante a amamentação permite um adequado desenvolvimento motor-oral do bebê.

A amamentação constitui fator decisivo e fundamental para a correta maturação e crescimento dos ossos e músculos da face, contribuindo para um bom funcionamento e desenvolvimento de toda região facial e oral que norteará e estimulará todas as funções fisiológicas futuras. Quando o bebê suga a mama, ele estabelece um padrão adequado de respiração nasal e postura correta da língua, sendo que os músculos envolvidos são adequadamente estimulados, aumentando o tônus e promovendo, no futuro, uma mastigação

correta. Na amamentação o bebê executa de 2000 a 3500 movimentos de mandíbula, exercícios esses que não acontecem ou acontecem pela metade com o uso de mamadeira. O recém-nascido apresenta retrognatismo (mandíbula pequena e retraída), que é corrigido até a erupção dos primeiros dentes de leite para que a oclusão seja correta, a qual tem a amamentação como fator de proteção (LANFREDI, 2018).

Assim, a sucção quando adequada, promove uma ação modeladora. Segundo Prado e Santos (2009), a face necessita de estímulos para se desenvolver e isso acontece na sucção durante a amamentação. Entretanto, em condições inadequadas, podem conduzir a alterações anatômico-funcionais indesejáveis, como o não desenvolvimento adequado dos ossos da mandíbula e do maxilar. Por isso a importância das orientações e acompanhamento dos profissionais de saúde no estabelecimento da amamentação com sucção e pega adequadas.

- **Vantagens maternas:** O aleitamento materno protege contra câncer de mama, promove vínculo afetivo maior com o filho e auxilia na qualidade de vida da família (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002).

- **Vantagens econômicas:**

A amamentação é uma das poucas práticas utilizadas pela população em países mais pobres (VICTORA *et al.*, 2016). É um aliado na desigualdade; toda criança amamentada contribui para uma economia em seu país (ROLLINS *et al.*, 2016).

O custo de utilizar leite artificial é considerado alto em países como o Brasil, podendo chegar de 10% a 80% do salário mínimo dependendo da necessidade da criança, já em países desenvolvidos esse custo é inferior em termos proporcionais, podendo chegar até 2% do salário mínimo (WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION, 2003).

Com este custo elevado é notório uma ação perigosa da mãe que é a diluição desse leite que pode trazer riscos e complicações ao crescimento e desenvolvimento da criança, e essas consequências custam mais caro do que medidas preventivas que poderiam ser tomadas evitando essas possíveis complicações na saúde da criança (CHETLEY, 2003).

Sintetizando as **principais vantagens** que justificam a importância dessa prática alimentar, estudos apontam que o aleitamento materno exclusivo previne infecções, diarreia, doenças atópicas, enterocolite necrosante, leucemia, doenças cardiovasculares, doença celíaca; promove ótimo crescimento e neurodesenvolvimento; reduz transtornos comportamentais e déficit de atenção; melhora o quociente de inteligência; reduz risco de morte súbita infantil; incentiva o vínculo mãe-bebê; é um importante aliado na redução da morbimortalidade neonatal e infantil, além de ser a intervenção mais efetiva em custo-

benefício tanto para a família quanto para os serviços de saúde (BRAHM; VALDÉS, 2017; BRASIL, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A amamentação deixa claro que é um investimento vantajoso para futuro das crianças.

Como o leite humano é produzido?

As mamas de uma mulher adulta têm entre 15 e 25 lobos mamários, cada um constituído de 20 a 40 lóbulos que se subdividem nos alvéolos. Isso é acrescido de tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido nervoso e tecido linfático. O leite humano é produzido nos alvéolos, levado através dos ductos aos seios lactíferos onde são armazenados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Durante a gravidez a mama é preparada pela ação de diferentes hormônios (estrogênio, progesterônio, lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica). Com o nascimento do bebê e a expulsão da placenta há uma queda do nível do progesterônio e a liberação de prolactina, que ajuda na produção de leite e, cerca de um a dois minutos pós-sucção libera a ocitocina que age nas células mioepiteliais ao redor dos alvéolos contraindo-as e promovendo a ejeção ou expulsão do leite. Após a descida do leite inicia-se a fase da lactogênese que dura toda a lactação. Essa fase também é mantida pela sucção do bebê e o esvaziamento da mama que, se feito por completo, garante a reposição do leite removido. Estímulos como cheiro, contato pele a pele e choro da criança são favoráveis nesse processo. Ao contrário, ansiedade, medo, insegurança e falta de autoconfiança das mães podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a produção e a saída do leite. No que diz respeito a quantidade de leite, é produzido em média 100 mililitros ou até menos no primeiro dia, chegando a 600 mililitros no quarto dia. No sexto mês a quantidade de leite produzido é em torno de 800 mililitros se estiver em amamentação exclusiva (VAN VELDHUIZEN-STAAAS, 2007).

Figura 1 – Anatomia da mama.

Fonte: <http://carmenveragineco.blogspot.com>

O leite materno muda de cor? Por quê?

O primeiro leite produzido, chamado colostro, é de cor amarelada, contém mais proteínas e menos gordura e é produzido até por volta do terceiro dia pós-parto. Colostro de mães de bebês nascidos a termo contém: 48kcal/dl, 1,8g/dl de lipídios, 1,9g/dl de proteínas, 5,1g/dl de lactose. Depois do colostro há o leite materno maduro que contém: 62kcal/dl, 3,0g/dl de lipídios, 1,3g/dl de proteínas, 6,5g/dl de lactose. A concentração de gordura aumenta durante as mamadas, sendo que o primeiro leite, também chamado de leite anterior, contém mais água e sua cor é semelhante a água de coco; já o leite posterior contém mais gorduras o que dá mais saciedade para a criança, e sua cor é mais amarelada ou branca (BRASIL, 2015).

O que pode influenciar na produção do leite?

Fatores como interferência de familiares na amamentação, mitos e crenças sobre aleitamento, acúmulos de tarefas e atividades diárias a ser desenvolvidas pela mãe, falta de apoio de familiares, principalmente do companheiro, nutrição da mãe, sono materno e ambiente tranquilo, podem influenciar na produção de leite. Além desses, outros são:

- Sucção fraca ou ineficaz: nesse caso orientar a mãe para estimular a produção com ordenha manual ou mamadas regulares. A posição correta do bebê é importante para essa sucção adequada.

- **Ingurgitamento mamário:** dificulta a sucção adequada e pode influenciar na produção do leite. Orientar as mães a retirar um pouco de leite antes das mamadas em casos de ingurgitamento favorece a produção láctea.

- **Ansiedade e medo de amamentar:** esses sentimentos estão presentes na maioria das mães, em especial no início da amamentação. O profissional de saúde deve saber ouvir, deixar a mulher falar dos seus medos e angústias e oferecer escuta, apoio e suporte. Deve ainda, usar linguagem clara, objetiva, sem termos técnicos; ter atenção quanto a gestos e expressões; não julgar a mulher pelo momento que está passando; compreender opiniões e sentimentos; e não dar muitas informações de uma vez só. Elogiar sempre que possível, principalmente os pequenos atos de melhoria apresentados pela mãe e, acima de tudo, respeitar cada decisão da nutriz.

Todos os fatores anteriormente citados, interferem diretamente na produção do leite, a qual está diretamente controlada por hormônios, como a ocitocina, cuja liberação é controlada pela sucção da criança e reduzida pelo medo e ansiedade maternos, podendo prejudicar a produção e descida do leite.

Outro aspecto importante é a alimentação materna que deve ser saudável com grande ingestão de líquidos, vitaminas e minerais, a fim de repor as energias para amamentar. Nutricionistas orientam a ingestão de água, carnes, ovos, frutas e vegetais e não recomendam a ingestão de álcool e cafeínas. A quantidade de água ingerida não precisa ser aumentada durante a gestação, porém durante a amamentação esse volume deve ser suficiente para saciar a sede (BRASIL, 2015).

Como classificar o tipo de aleitamento materno?

Existem algumas classificações sobre o tipo de aleitamento materno, sendo importante padronizar a sua investigação e registro no prontuário para alinhar a compreensão de toda a equipe de saúde. Adotaremos a que se segue, baseada na classificação da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) e compartilhada com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015):

- **Aleitamento materno exclusivo:** quando a criança recebe exclusivamente leite materno como única fonte de nutrição, sem outro tipo de alimentação líquida ou sólida; pode estar recebendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

- **Aleitamento materno predominante:** quando a criança recebe leite materno como fonte predominante de nutrição, porém pode receber também água, bebidas à base de

água (água açucarada e com sabores, infusões, chá), suco de frutas, solução de reidratação oral, além de vitaminas, suplementos minerais e medicamentos.

- **Aleitamento materno:** quando a criança recebe leite materno além de fórmulas e/ou substituto do leite como fonte de nutrição.
- **Aleitamento materno complementado:** quando a criança recebe leite materno acrescido ou não de fórmula infantil e/ou substituto do leite, além de estar recebendo outros alimentos sólidos ou semissólidos.
- **Aleitamento com fórmula e/ou substituto do leite:** quando a criança recebe fórmulas e/ou substituto do leite como fonte de nutrição, podendo receber também água, bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá), suco de frutas, solução de reidratação oral, além de vitaminas, suplementos minerais e medicamentos.
- **Aleitamento com fórmula/leite fluido complementado:** quando a criança recebe fórmula infantil e/ou substituto do leite, além de estar recebendo outros alimentos sólidos ou semissólidos.

Quais os mitos e as verdades sobre amamentação?

- **A amamentação pode fazer mal para mãe?**

Não. Amamentar traz muitos benefícios para a mãe como perda de peso após o parto, previne contra câncer de mama, diminui o sangramento uterino, permite vínculo mãe e filho, sendo uma das mais belas formas de comunicação entre o binômio mãe e filho (BRASIL, 2009).

- **O leite nos primeiros dias é mais fraco?**

Ao contrário, mesmo sendo em quantidade menor, o colostro possui mais proteínas do que o leite maduro, suficiente para suprir a necessidade do bebê para esse momento (BRASIL, 2009).

- **É normal sentir dor durante amamentação?**

A dor durante a amamentação pode ser causada pela posição da mãe e do bebê, e a dor no mamilo pode ser causada por uma “pega” inadequada do bebê durante as mamadas. Essas dores causam um incômodo importante para a mãe (OLIVEIRA *et al.*, 2010). É considerado comum a dor nos primeiros dias de amamentação devido sensibilidade das mamas perante a sucção forte do bebê, se persistir essa dor a técnica de amamentação precisa ser revista, ou

seja, verificar posição da mãe e do bebê, promover uma pega correta aliviando dores nos mamilos, não usar cremes ou protetores que umidifica as mamas, deixando-as mais sensíveis (BRASIL, 2015).

- **Estresse e cansaço podem prejudicar a produção de leite?**

Sim. Com estresse a liberação de ocitocina pode ficar comprometida diminuindo a produção e liberação do leite. É muito importante que a mãe esteja tranquila, durma bem, conviva em ambientes harmoniosos e tenha também um bom relacionamento com as pessoas mais próximas (BRASIL, 2015).

- **Existe leite fraco?**

Não. Toda mãe é capaz de amamentar seu filho, o que pode acontecer é pouco leite, principalmente nos primeiros dias após o parto, ou até mesmo a amamentação pode estar sendo feita de forma incorreta. Orientar a mãe que o leite maduro tem duas fases: a primeira é o leite mais aguado (parece água de coco) porque tem mais água e menos gordura (leite presente nos canais e seios galactóforos, produzido entre as mamadas); a segunda é o leite mais amarelado ou branco que contém mais gorduras o que dá mais saciedade para a criança, sendo eliminado após a ejeção/expulsão do leite contidos nos alvéolos (por contração das células mioepiteliais ao redor dos alvéolos sob ação da ocitocina liberada com a sucção do bebê, liberando leite “mais gordo” para os canais e seios galactóforos). Daí a importância de oferecer uma única mama em cada mamada para receber grande parte desse leite maduro posterior mais calórico (BRASIL, 2015).

- **O que impede a amamentação?**

São raras as situações que realmente impedem a amamentação, como o fato de a mulher estar infectada pelo HIV, HTLV1 e HTLV2; uso de determinados medicamentos como antineoplásicos e radiofármacos; criança portadora de galactosemia (doença hereditária na qual o organismo tem dificuldades de metabolizar galactose), a qual impede a ingestão de leite humano ou outro que contenha lactose (BRASIL, 2009).

- **Chupeta e mamadeira atrapalham na amamentação?**

Sim, pois a sucção na mama materna fortalece a musculatura facial do bebê, o que não acontece na sucção da mamadeira que é feita de maneira mais fácil para o bebê com movimentos mastigatórios. Esses movimentos mastigatórios na amamentação não favorece a saída do leite e dificulta o processo da amamentação (BRASIL, 2009).

Apesar de ser muito comum o uso de chupetas em crianças, esta prática não é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, 2015). O uso de chupetas é prejudicial ao processo de amamentação, além poder causar infecções orais, alterações motoras na região oral, problemas ortodônticos e respiratórios (BRASIL, 2009). A não utilização da chupeta e outros bicos artificiais fazem parte das recomendações dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b). Pode haver uma confusão de bicos durante as mamadas, atrapalhando a abertura da boca a pega, posicionamento da língua se oferecidos bicos artificiais para bebês e isso é um forte aliado para o desmame precoce (HORTA; VICTORIA, 2013).

Como prevenir desmame precoce e manter a amamentação?

- Não oferecer outro tipo de alimento ou líquido para o bebê antes do sexto mês de vida, apenas leite materno.
- Não oferecer chupetas ou mamadeiras.
- A mãe deve beber muita água e líquidos, porém nada em excesso; ingerir derivados de leite, frutas e verduras ricos em vitamina A durante o período da amamentação.
- Evitar alimentos cafeinados.
- A amamentação deve ser em livre demanda, ou seja, sempre que o bebê quiser.
- A mama deve ser esvaziada em todas as mamadas, isso garantirá a saciedade do bebê.

Orientar as mães sobre os benefícios do aleitamento materno desde o pré-natal e acompanhá-las até o aleitamento materno estar bem estabelecido (BRASIL, 2009)

Qual a técnica correta para amamentação?

Quando falamos em técnica de amamentação, precisamos observar o posicionamento da mãe e do bebê, a pega e a sucção do bebê na mama.

O posicionamento da mãe e do bebê é muito importante para realizar uma pega correta e permitir a retirada do leite sem machucar os mamilos. Por isso a roupa da mãe e do bebê precisa ser confortável. Além disso, a mãe deve estar bem apoiada, não curvada para trás ou inclinada para frente, o corpo do bebê deve estar voltado totalmente para corpo da mãe, cabeça e o pescoço do bebê no mesmo alinhamento. O braço inferior do bebê não deve ficar

entre seu corpo e o corpo da mãe. A mãe deve segurar a mama de maneira que aréola fique livre sempre com as mãos em forma de C. A mãe deve esperar o bebê abrir a boca e auxiliar a pega da aréola inferior principalmente, (pode sobrar aréola inferior para fora da boca, mas a aréola inferior deve estar totalmente introduzida na boca do bebê), o queixo do bebê deve tocar a mama, o nariz deve ficar livre, os lábios devem estar voltados para fora, a mandíbula do bebê deve estar em movimento e a deglutição deve ser percebida pela mãe. Bochechas do bebê encovadas, ruídos na língua e dor na amamentação são sinais de que a pega não está correta (BRASIL, 2015).

Figura 2 – Técnica correta da amamentação.

Fonte: <https://editoratimo.com.br/como-amamentar-sem-dor/>

O que fazer se o bebê quer mamar toda hora e dorme no peito “chupetando”?

O bebê deve ser amamentado sem restrição de horário ou em livre demanda e o tempo de duração das mamadas deve ser de acordo com cada criança. Há recomendação de que a mãe não troque de mama sem ter esvaziado totalmente, pois assim o bebê terá mamado todo leite disponível aproveitando o leite mais calórico (leite posterior) do final da mamada e, assim, auxiliando no ganho de peso.

Um bebê saudável mama em torno de oito a doze vezes por dia e muitas mães interpretam isso como “leite fraco” e “pouco leite”, que pode até levar ao desmame precoce.

O “leite fraco” é uma crença, culturalmente repassada de geração para geração, decorrente da coloração do primeiro leite (leite maduro anterior), semelhante a água de coco, por apresentar menos gordura que o leite maduro posterior liberado com a sucção do bebê. Ainda, a insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente seu bebê, muitas vezes reforçadas por pessoas próximas, faz com que o choro e as mamadas frequentes do bebê (comuns em bebês pequenos) sejam interpretados como fome. O leite insuficiente ou “pouco leite” só pode ser mensurado de acordo com o ganho de peso do bebê, com seu desenvolvimento e com mensuração do volume de leite por meio de ordenhas. Destaca-se que o “leite fraco” e o leite insuficiente são importantes causas alegadas pelas mães para a interrupção precoce do aleitamento materno (BRASIL, 2015).

É comum que o bebê durma durante as mamadas, isso se dá pelo esforço que ele faz para sugar fazendo com que fique cansado. Muitas das vezes esse bebê não mamou o suficiente, de forma que faz uma pausa e volta a sugar novamente. Se o sono persistir é indicado que a mãe desperte o bebê, tocando suas mãos, pés e bochechas, pois ao receber os estímulos ele volta a sugar. Principalmente nos primeiros dias esse carinho e cuidado deve ser mais intenso, aumentando a interação mãe e bebê.

Quais as principais dificuldades com a mama na amamentação?

Existem algumas dificuldades com as mamas enfrentadas pelas mães no processo da amamentação, as quais não a impedem, desde que sejam seguidos alguns cuidados. A seguir descrevem-se situações em que a amamentação pode ser mais difícil de ser estabelecida, bem como as orientações a serem seguidas nos respectivos casos.

- **Mamilos planos ou invertidos:** Essa condição pode dificultar, mas não impede a amamentação, e as mães com mamilos planos ou invertidos devem ser acompanhadas logo após o parto.

O primeiro passo é encorajar a mãe promovendo a confiança desde o pré-natal.

No puerpério, ajudar a mãe na pega correta, fazendo com que o bebê abocanhe não somente o mamilo, mas também a aréola. É muito importante que a aréola esteja macia e, se necessário, extrair um pouco do leite antes da amamentação para facilitar a pega, sendo que esse leite ordenhado pode ser oferecido para o bebê no copinho após a mamada. Ainda, estímulos como toque, massagem nos mamilos e aréola antes das mamadas podem ser feitos pela mãe a fim de facilitar a pega (BRASIL, 2009).

Figura 3 – Tipos de mamilos.

Fonte: brasil.babycenter.com

Figura 4 – Estímulos mamilares.

Fonte: <http://www.breastfeedingbasics.com/articles/flat-or-inverted-nipples>

- **Ingurgitamento mamário:** devemos lembrar que nos primeiros momentos após o parto os seios estão edemaciados e isso pode ser confundido com ingurgitamento. O ingurgitamento fisiológico indica a descida do leite e, na maioria das vezes, não há necessidade de intervenção.

É comum nas duas ou três primeiras semanas pós-parto ocorrer um desequilíbrio entre produção e consumo do leite, acumulando volume residual na mama que, a depender da

quantidade, pode obstruir os canais galactóforos, dificultando ainda mais a saída do leite (BRASIL, 2009).

Nessa condição, a mama fica extremamente distendida, avermelhada e brilhante, causando grande desconforto, mal-estar e até mesmo febre na mãe, características do ingurgitamento mamário. Para isso é recomendado a ordenha manual da aréola, mamadas frequentes, massagens delicadas com movimentos circulares nas regiões do ingurgitamento, fazer estímulos de ejeção de leite. O uso de analgésicos pode ajudar no alívio das dores. As mamas devem ficar apoiadas, ou seja, com suporte de sutiã adequado o que alivia a dor. Compressas frias podem ser indicadas, desde que não ultrapasse o tempo de aplicação de 20 minutos. Deve-se colocar o bebê para sugar, pois o esvaziamento da mama é fundamental para alívio das dores e, caso o bebê não sugue, a ordenha manual deve ser realizada (BRASIL, 2015).

Figura 5 – Mamas normal e ingurgitada

Fonte: <https://www.pediatriavirtual.net>

Figura 6 – Mama ingurgitada.

Fonte: <http://silvinhaborges.blogspot.com/2015>

Para alívio das mamas a ordenha manual é indicada e o leite retirado poderá ser utilizado conforme orientações logo abaixo.

Em resumo a ordenha manual deverá ser feita pela própria nutriz, seguindo os passos:

- Prender cabelos;
- Usar máscara ou uma fralda para proteger boca e o nariz;
- Lavar bem as mãos altura dos cotovelos;
- Retirar blusa e o sutiã;
- Limpar as mamas com água e secar com uma toalha limpa;
- Massagear as mamas suavemente em movimentos circulares;
- Colocar o polegar no limite da aréola superior e o indicador no limite da inferior;
- Pressionar a mama um pouco para trás, na direção do tórax;
- Pressionar os seios lactíferos, entre o indicador e o polegar abaixo da aréola (pode sentir os seios lactíferos como caroços de amendoim);
- Colher o leite em frasco previamente limpo (frasco deverá ser de vidro com tampa de plástico e de boca larga, deverá ser lavado e fervido por quinze minutos e secado com pano limpo destinado para essa limpeza);
- O tempo médio de ordenha em cada mama é de 20 a 30 minutos;

O leite poderá ser oferecido ao bebê ou congelado em freezer por até quinze dias (BRASIL, 2015).

Figura 7 – Ordenha manual

Fonte: <http://silvinhaborges.blogspot.com/2015>

Como e quando armazenar o leite materno ordenhado?

Ensinar a praticar a ordenha (de preferência manual) e armazenar o leite:

- Promover um ambiente tranquilo e confortável.
- Preparar um vasilhame de vidro que tenha boca larga e tampa plástica, lavando-os em água corrente e sabão e, em seguida, fervendo-os por 15 minutos (contados a partir do início da fervura). Deixar secar sem usar tecidos ou toalhas de papel.
- Prender os cabelos e proteger a boca e narina com máscara, fralda de tecido ou pedaço de pano.
- Lavar as mãos e antebraços com água corrente e sabonete.
- Posicionar as mamas no recipiente a ser coletado.
- Massagear delicadamente as mamas com movimentos circulares em direção à aréola.
- Com os dedos em forma de C, dedo polegar no limite superior da aréola e o indicador no limite inferior, sustentar os seios e fazer movimentos de compressão em direção ao tórax.
- Nessa posição, pressionar e soltar a mama, repetidamente. Isso não deve doer se realizado de forma correta.
- Desprezar os primeiros jatos (0,5 a 1 ml) para evitar contaminação.
- Evitar conversas durante a ordenha.
- Mudar de cinco em cinco minutos, aproximadamente, a posição dos dedos (de superior e inferior para lateral direita e esquerda, e para a posição oblíqua), buscando retirar o leite de toda a mama.
- Alternar as mamas quando o leite diminuir.
- Explicar à nutriz que nos primeiros minutos o leite não sai, ou sai em pequena quantidade, e que isso ocorre até a liberação do reflexo da ocitocina (descida do leite). Esclarecer também que o tempo de ordenha varia de mãe para mãe, podendo demorar de 15 minutos a mais de uma hora, principalmente nos casos de ingurgitamento mamário severo.
- Durante a ordenha, deve-se evitar puxar ou comprimir o mamilo e fazer movimentos de deslizar ou de esfregar a mama, pois podem lesar a pele e o tecido mamário.
- No caso de novas coletas para complementação do volume já coletado anteriormente, usar um copo de vidro fervido por 15 minutos (contados a partir do início da

fervura) e resfriado. Ao final da coleta, acrescentar o leite ordenhado ao frasco com leite congelado e levá-lo imediatamente ao congelador, evitando o degelo.

- Não preencher toda a capacidade do frasco, deixando sempre o volume 2 a 3cm abaixo da borda.
- No final da ordenha, aplicar as últimas gotas retiradas na região mamilo-areolar.
- Identificar o frasco com a data da primeira coleta a fim de saber a data de validade do leite.
- No vasilhame adequado o leite materno quando não pasteurizado pode ser mantido na geladeira por até 12 horas e, se congelado, tem durabilidade de até 15 dias.
- Para oferecer ao bebê o leite coletado deve ser colocado em temperatura ambiente e, se congelado, deve se fazer o descongelamento em banho maria. Nunca em fogão diretamente ou em fornos micro-ondas (BRASIL, 2015).

Figura 10 – Coleta de leite materno para armazenamento.

Fonte: <https://prematividade.com>

- **Traumas mamilares ou mamilos machucados:** os mamilos podem ficar mais sensíveis nas primeiras mamadas, porém, se houver traumas (fissuras, erosão) ou dor intensa, precisa de avaliação profissional. As causas mais comuns desse problema são: pega incorreta, posicionamento inadequado, mamilos curtos ou planos, disfunções orais da criança, sucção diminuída, uso impróprio de bombas de extração de leite, exposição prolongadas a forros úmidos, entre outros (BRASIL 2009).

O trauma mamilar é uma das maiores causas de desmame precoce. Por isso são necessários o posicionamento e a pega corretos, cuidados com os mamilos, expondo-os ao sol, hidrata-los com o próprio leite materno e não usar produtos na região mamilo areolares que

retiram a proteção natural. Desde o pré-natal a mulher deve fazer a higiene das mamas durante o banho diário, evitando esfregar buchas, visto que pode deixar a pele mais sensível e propícia para lesões. Orientá-la para evitar o uso de cremes para proteger os mamilos de lesões; realizar banho de sol nas mamas, o que fortalece o tecido da aréola e dos mamilos; usar sutiã de sustentação mesmo durante a gravidez porque há um aumento no volume das mamas e pode haver dor, além de ajudar a evitar a flacidez (BRASIL, 2015).

Para evitar o ingurgitamento mamário, a ordenha pode ser necessária, evitando-se usar conchas ou protetores intermediários. Não devem ser usados chás de casca de bananas, folhas verdes para banhar as mamas, entre outras práticas, visto que estudos comprovam a não eficácia dessas práticas, as quais ainda podem causar reações alérgicas para o bebê e ser fonte de contaminação do leite. Se a mama ficar muito afetada, as mamadas deverão ser suspensas por um período, porém, manter a retirada do leite com a ordenha (BRASIL, 2015).

Figura 8 – Fissura mamilar

Fonte: <https://www.maesamigas.com.br>

- **Mastite:** é uma inflamação de um ou mais segmentos das mamas. Pode ocorrer com mais frequência na terceira semana após o parto e, geralmente, tem início com a estase do leite. Esta inflamação pode evoluir para uma infecção bacteriana quando há uma porta de entrada por meio de traumas mamilares. Redução súbita no número de mamadas, fadiga

materna e a produção excessiva de leite podem provocar a mastite. A parte afetada geralmente fica com rubor, calor, dor e muito edema, seguindo de mal-estar da mãe com calafrios e febre. O sabor do leite pode se tornar mais salgado devido aumento na produção de sódio e isso pode causar desmame precoce. Deve-se fazer o esvaziamento periódico dessa mama tanto pelo próprio bebê quanto pela ordenha manual; antibioticoterapia pode ser indicada pelo médico em casos mais graves; e suporte emocional para mãe, repouso e orientar uso de sutiã de sustentação podem ajudar na recuperação (BRASIL, 2015).

Figura 9 – Mama com mastite.

Fonte: <http://silvinhaborges.blogspot.com/2015>

Reforçando, as principais medidas para prevenir essas intercorrências são:

- Usar o princípio da aréola macia, ou seja, antes de colocar o bebê para sugar oriente as mães a verificar se sua aréola está macia fazendo um C com o polegar e o indicador e comprimindo a aréola de modo a deixá-la flexível, sem retenção/estase de leite. Caso isto não ocorra, oriente sobre a ordenha mamária até deixar a região areolar (onde o bebê faz a pega) macia ou flexível.
- Informar as mães sobre a importância de alternar as mamas em cada início da mamada. Preferencialmente oferecer uma mama a cada mamada e ordenhar a outra até obter conforto materno.

- Após toda mamada, se as mamas ainda estiverem cheias/tensas/pesadas, orientar as mães para fazer a ordenha manual até o ponto de conforto materno.
- Informar sobre os benefícios de expor as mamas ao sol da manhã e/ou final da tarde, diariamente.
- Orientar as mães de que não é necessário fazer limpeza dos mamilos antes das mamadas para não remover a proteção natural da região. Banho e troca de sutiã diariamente são suficientes.
- Alertar para não realizar compressas quentes nas mamas.

Por que e como fazer a higienização oral do bebê amamentado?

A higienização oral é muito importante para prevenção e cáries e outras doenças, como gengivites, entre outros. Deve ser realizada todos os dias após as mamadas. Isso pode ser feito com gaze estéril ou tecido (como uma fralda pequena destinada somente para essa finalidade) e água filtrada; a mãe umedece a gaze na água e passa nas gengivas do bebê pelo menos três vezes ao dia ou, se possível, sempre após as mamadas (RIBEIRO, 2019).

Depois da erupção do primeiro dente essa higienização deve ser feita como a de uma pessoa adulta, usando escova apropriada para idade; ao aparecer o segundo dente é importante o uso do fio dental. O creme dental infantil deve sempre conter flúor, o que deve ser observado é a quantidade usada em cada escovação. Essa quantidade deve ser equivalente ao tamanho de um grão de arroz para crianças que não conseguem cuspir e do tamanho de um grão de ervilha quando a criança já consegue cuspir, evitando a ingestão dessa pasta. (RIBEIRO, 2019).

É importante frequentar o dentista desde o nascimento. A questão de não ter dentes não é motivo de não ter um acompanhamento, sendo que quando nascem os primeiros dentinhos essa atenção deve ser redobrada.

Figuras 11 e 12 – Higienização oral com gaze e escova dental infantil.

Fonte: <http://www.hs-menezes.com.br/odontopediatria>

O que fazer quando o bebê apresenta dificuldade de sugar?

Quando isso acontecer a mãe deve ser orientada a estimular as mamas pelo menos cinco vezes ao dia, fazendo a ordenha manual para garantir a produção do leite. O posicionamento do bebê deve ser corrigido, verificando se a boca está bem aberta, se consegue abocanhar grande parte da aréola e, nesse momento, a mãe não deve sentir dor. Verificar se as mamas não estão muito cheias e, em caso positivo, retirar um pouco do leite antes de oferecer a mama para o bebê. É comum o bebê ter preferência por uma das mamas, devido ao mamilo, fluxo de leite, posicionamento, etc., mas, ambas as mamas devem ser oferecidas igualmente em todos os dias (BRASIL, 2009, 2015).

Qual a importância do teste da linguinha em relação ao aleitamento materno?

O movimento da língua do bebê é importante para ter uma amamentação adequada e efetiva. Existe um encurtamento da membrana que origina o freio limitando a movimentação da língua chamada angiloglossia (KNOX, 2010).

De 25 a 60% dos bebês que nascem com essa alteração têm dificuldades para amamentar (INGRAM *et al.*, 2015). Com isso pode surgir fissuras nas mamas, dor ao amamentar, a criança não ganha peso adequado, apresenta grande dificuldade de apresentar a pega correta, levando ao desmame precoce (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Esse problema tem tratamento com a “frenotomia lingual”, que consiste em um procedimento cirúrgico eficaz, sem complicações, e previne o aparecimento de outros incômodos como problemas na mastigação, dificuldade de fazer higiene oral e outros (CHINNADURAI *et al.*, 2015).

Em 2014, o Ministério da Saúde decretou uma lei na qual preconiza a avaliação do frênulo da língua, mais conhecida como Teste da Linguinha, em até 48 horas de vida (BRASIL, 2014). Com isso é importante orientar as mães desde o pré-natal sobre a importância e a realização deste teste, geralmente antes da alta hospitalar. Caso o serviço não for oferecido no hospital de referência procurar o pediatra o quanto antes para avaliação.

Mesmo os bebês a termo e eutróficos apresentam disfunções orais que atrapalhar as mamadas e que necessitam de auxílio na hora da pega (SANCHES, 2000).

Com isso o que deve ser feito é ouvir a mãe, a história da gravidez e do nascimento, ensinar e auxiliar na “pega correta”, o que alivia a dor da mãe e promoverá uma sucção adequada para o bebê. Bebês nascidos prematuros, em processo de amadurecimento da coordenação da sucção-deglutição-respiração, podem ser estimulados na unidade neonatal por meio da sucção não nutritiva, com o dedo enluvado. Nesse procedimento, a mãe ou profissional toca o céu da boca do bebê estimulando a sucção, fazendo uma espécie de treinamento para o bebê sugar melhor no peito da mãe. Esse estímulo não pode ser demorado e prolongado para não causar cansaço e irritabilidade no bebê, não ultrapassando cinco minutos (SANCHES, 2002).

Figura 13 – Frênulo da língua.

Fonte: <https://www.amamentareh.com.br>

Qual a relação entre otite e a posição do bebê durante a amamentação?

Estima-se redução de 50% de episódios de otite média aguda em crianças amamentadas exclusivamente por 3 ou 6 meses quando comparadas com crianças alimentadas unicamente com leite de outra espécie (IP *et al.*, 2009).

Pressupõe-se a incidência de otite em lactentes está relacionada com aleitamento artificial, por não ter os anticorpos oferecidos pelo leite materno que impedem a instalação e a proliferação dessas bactérias (GARCIA *et al.*, 2012). A tuba auditiva nos lactentes é horizontalizada, por isso é orientado que os bebês sejam amamentados com cabeça pouco mais elevada, no entanto a posição de mãe e do bebê deve ser confortável deixando a coluna e a cabeça alinhadas (BRASIL, 2007).

Qual a importância da família e da comunidade no processo da amamentação?

A família é muito importante quando falamos de amamentação, hoje em dia considerada peça fundamental para o estabelecimento e manutenção desta prática. As orientações sobre amamentação devem ser iniciadas ainda no pré-natal para pais e avós.

As experiências relatadas sobre aleitamento por familiares como avós, tias e sogras são de suma importância para o convencimento da mãe em amamentar ou não, pois são muito respeitadas (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

Diante disso os saberes técnicos devem ser colocados de maneira adjunta aos mitos e cultura de cada família, possibilitando uma reflexão sobre o correto (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Mesmo os pais tendo conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, muitos não desejam amamentar por dois anos ou mais (MARTINS; GIUGLIANI, 2012). Por isso, a importância de todos os profissionais de saúde estarem envolvidos, convencidos e orientados sobre a necessidade de manter o aleitamento materno exclusivo pelo menos até o sexto mês de vida do bebê, apoiando a mãe e seus familiares desde o pré-natal e em todo seguimento com seu bebê, esclarecendo as dúvidas, fazendo bom acolhimento dessas mães e famílias, e principalmente, ouvindo seus medos e ansiedades em relação à amamentação.

O que orientar para mães em relação à prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL)?

Define-se a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) como a morte súbita e inesperada de lactente, que permanece sem explicação após extensa investigação por meio da história clínica, necropsia completa e revisão do local do óbito. Em países desenvolvidos, é a principal causa de mortalidade infantil. Dentre os fatores de risco maternos e perinatais incluem-se: imaturidade do mecanismo de despertar, associado a fatores ambientais (posição prona ao dormir); idade de risco (entre dois e três meses de vida); tabagismo durante a gestação e exposição do lactente ao fumo. No Brasil, com base em dois estudos realizados no Rio Grande do Sul, em Porto Alegre e Pelotas, onde a prevalência foi de 6,3% e 4% dos óbitos no primeiro ano de vida, respectivamente. Os fatores de risco para SMSL em nosso meio estão intimamente relacionados a fatores maternos, como idade inferior a 20 anos e tabagismo; a posição prona ao dormir não foi fator de risco relevante, pois a maioria dos lactentes dorme preferencialmente em decúbito lateral. Afirma-se que o melhor tratamento para a SMSL é a prevenção com foco nos fatores de risco, recomendando-se evitar o fumo durante a gestação e no domicílio, com crianças menores de um ano; melhorar os cuidados perinatais e o planejamento familiar; evitar

posição prona ao dormir; evitar manter o lactente extremamente aquecido durante o sono, com o uso de muitos cobertores ou camadas de roupa que impedem sua livre movimentação, ou que cubram sua cabeça (*apud* NUNES, 2002).

Recomendações para famílias disponíveis em site do Reino Unido incluem: sempre colocar o bebê de costas para dormir; manter o bebê livre de fumo durante a gravidez e após o nascimento; amamentar, se possível; colocar o bebê para dormir em berço separado ou cesta de Moisés no mesmo quarto da mãe/pai durante os primeiros 6 meses; usar um colchão firme, plano e à prova d'água em boas condições; não dormir em um sofá ou em uma poltrona com o bebê; não dormir na mesma cama que o bebê se a mãe/pai fuma, bebeu álcool, tomou drogas e estiver extremamente cansado ou se o bebê nasceu prematuro ou de baixo peso; não cobrir o rosto ou a cabeça do bebê enquanto dorme e não usar roupa de cama solta; não deixar o bebê ficar muito quente; para evitar acidentes, remover todos os travesseiros, roupas de cama macias, protetores de berço e brinquedos macios do berço. Reforça-se que o lugar mais seguro para o bebê nos primeiros 6 meses é um berço no quarto materno (THE LULLABY TRUST, 2018).

AÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA USF NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Apresentamos as ações da equipe multiprofissional da USF com destaque (negrito) àquelas relacionadas ao incentivo ao aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, agrupando-as em três fases assistenciais: pré-natal, primeiro mês após nascimento e seguimento do binômio mãe-filho até o sexto mês.

PRÉ-NATAL

Ações	Periodi- cidade	Profissional responsável
<p>➤ Acolhimento</p> <p>Receber a gestante, ouvir suas queixas; Verificar pressão arterial, peso e altura; Investigar sobre o desejo de amamentar; Orientar sobre importância do aleitamento materno; Encaminhar para consulta.</p>	Mensal	Técnica de enfermagem
<p>➤ Consulta médica</p> <p>Ouvir e orientar sobre as queixas da gestante, medos; Solicitar e interpretar exames; Prescrever de acordo com avaliação; Orientar sobre cuidados durante a gestação como alimentação, sinais de parto, sangramentos, ou secreções inesperadas; Examinar o tipo de mamilo; Orientar sobre cuidados com as mamas; Encorajar a amamentação; Registrar no prontuário e no cartão da gestante.</p>	Mensal	Ginecologista
<p>➤ Consulta de enfermagem</p> <p>Ouvir as queixas e dúvidas da gestante; Investigar sobre o desejo de amamentar e experiências anteriores; Examinar a gestante, investigando tipo de mamilo, falar sobre sustentação das mamas com uso do sutiã adequado; Orientar sobre a importância do aleitamento materno; Orientar sobre a importância da família na amamentação; Orientar sobre cuidados com as mamas, não usar cremes ou óleos, tomar banho de sol e não esfregar mama com bucha; Incentivar retorno para acompanhamento na USF; Registrar no prontuário e cartão da gestante.</p>	1ª Consulta	Enfermeira

<p>➤ Grupos de gestantes</p> <p>Orientar sobre as alterações físicas nas mães durante toda gravidez, formação do bebê semana a semana (vídeo); Orientar e encaminhar gestante para vacinação; Importância do pré-natal.</p> <p>Orientar sobre as alterações psicológicas na gravidez, como lidar com as emoções, medos, etc.; Orientar sobre alimentação saudável para toda gravidez; Orientar sobre como lidar com enjoos nos primeiros meses; Orientar sobre as vantagens nutricionais do aleitamento materno; Orientar sobre a importância da amamentação para a relação afetiva mãe-filho e desenvolvimento da criança; Orientar sobre como lidar com a ansiedade no processo da amamentação.</p> <p>Dar dicas de como preparar o enxoval do bebê; Orientar sobre medos, ansiedade da gravidez, parto e no cuidado com bebê; Cuidar da autoestima da mulher-mãe; Orientar sobre posições e exercícios de conforto e alívio de dores na gravidez. Orientar sobre exercícios pélvicos que auxiliam no preparo para o parto.</p> <p>Orientar sobre os tipos de mamilos e exercícios para mamilos planos e invertidos; Orientar sobre o aleitamento materno: vantagens para mãe e bebê, composição do leite materno, posicionamento do bebê para “pega correta”, posições da mãe para ter conforto durante a amamentação, amamentação em livre demanda, prevenção de traumas mamilares e ingurgitamento mamário; Alertar sobre os direitos da mulher nutriz: <u>licença maternidade</u> caso mulher esteja trabalhando que é de 120 dias ou conforme normas da empresa empregadora, <u>garantia do emprego</u> desde a confirmação da gestação até cinco meses após o parto, <u>direito à creche</u>, <u>pausas para amamentar</u> de dois descansos de meia hora cada, <u>alojamento conjunto</u>, entre outros; Realizar rodas de conversa para ouvir experiências diversas compartilhando informações entre as mulheres.</p> <p>Orientar sobre o parto e tipos de parto; Orientar sobre cuidados após o parto; Orientar sobre a importância do aleitamento materno para saúde do bebê, seus benefícios e os benefícios para a mãe;</p>	1º Encontro	Enfermeira
	2º Encontro	Psicóloga e Nutricionista
	3º Encontro	Terapeuta ocupacional e Fisioterapeuta
	4º Encontro	Enfermeira
	5º Encontro	Médico clínico

<p>Orientar sobre uso de anticoncepcional durante amamentação; Orientar sobre planejamento familiar.</p> <p>Orientar sobre os cuidados com o recém-nascido, ações até o quinto dia (triagem neonatal), importância da puericultura até 2 anos de idade; Incentivar o aleitamento materno e evitar o desmame precoce; Orientar sobre o teste da orelhinha (agendado na central de regulação do município o mais breve possível após a alta da criança) e o teste da linguinha (realizado intra-hospitalar), confirmado em registros no cartão da criança; Orientar sobre vacinação da criança.</p> <p>Orientar sobre a higienização oral desde o nascimento; Orientar sobre o desenvolvimento motor-oral do bebê; Alertar sobre início da consulta ao dentista; Orientar sobre a importância da amamentação para o desenvolvimento harmônico da musculatura orofacial e dos maxilares; Recomendar o não uso de chupetas e mamadeiras.</p> <p>Registrar todos os encontros nos livros atas e lançados no sistema E-SUS atendimento em grupo.</p>	<p>6º Encontro</p> <p>7º Encontro</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Dentista</p>
<p>➤ Visita domiciliar Investigar sobre o desejo de amamentar e experiências anteriores; Orientar sobre a importância do aleitamento materno; Orientar sobre quando procurar a USF; Verificar carteira de vacinação da gestante; Observar ambiente em que vive a gestante se tem sinais de violência, depressão, necessidades de bens materiais como alimento, roupas, convivência familiar de um modo geral. Diante de alguma anormalidade comunicar enfermeira responsável para tomar providências cabíveis; Comunicar enfermeira sobre qualquer queixa significativa de gestante, falta às consultas de pré-natal, etc.; Registrar na ficha de visita domiciliar e, se necessário, no prontuário da gestante/família.</p>	<p>Mensal</p>	<p>Agente comunitário de saúde e, sempre que solicitado, demais membros da equipe</p>

PRIMEIRO MÊS PÓS-NASCIMENTO

Ações	Periodi- cidade	Profissional responsável
<p>➤ Acolhimento</p> <p>Receber com carinho mãe e o bebê; Verificar peso, altura, perímetro cefálico do bebê; Investigar sobre o desejo de amamentar; Orientar sobre importância do aleitamento materno; Registrar no prontuário e no cartão da criança; Encaminhar para consulta de enfermagem.</p>	3º ao 5º dia	Técnica de enfermagem
<p>➤ Consulta de enfermagem (Triagem neonatal)</p> <p>Realizar o teste do pezinho; Verificar como está sendo as mamadas do bebê, observando as mamas da nutriz, mamilo, presença de leite e colocando o bebê para mamar, orientando mãe sobre pega, posicionamento do bebê e da mãe; Ensinar realização de ordenha manual, para evitar ingurgitamento mamário; Esclarecer possíveis dúvidas sobre amamentação e outros assuntos pertinentes como síndrome de morte súbita, engasgos, etc.; Registrar no prontuário e cartão da criança.</p>	3º ao 5º dia 15º ao 20º dia	Enfermeira
<p>➤ Consulta médica</p> <p>Ouvir as queixas e dúvidas da mãe; Realizar avaliação clínica do bebê; Orientar as mães quanto a importância da amamentação; Ouvir da nutriz como está sendo essa amamentação, livre demanda e sono do bebê; Incentivar o aleitamento materno, suas vantagens e evitar prescrição de fórmula ou leite fluido; Analisar ganho de ponderal do bebê, crescimento e desenvolvimento para a idade; Registrar informações no prontuário; Agendar retorno conforme necessidade ou protocolo da unidade.</p>	3º ao 5º dia	Médico clínico geral
<p>➤ Grupo educativo / Roda de conversa</p> <p>Neste grupo, aproveitando o retorno da mãe para a consulta médica, cada profissional deve deixar seu recado para mães em relação ao aleitamento materno;</p>	15º ao 20º dia	Enfermeira, terapeuta ocupacional e

<p>Ouvir como está a amamentação de cada uma, suas dúvidas, queixas; Reforçar a importância do aleitamento materno para criança, orientar quanto ao choro persistente, mamadas em livre demanda. Se necessário após a consulta médica receber a mãe em uma consulta de enfermagem e avaliar a mama se há ingurgitamento, fissuras, auxiliar na pega e orientar quanto a ordenha se necessário.</p> <p>Realizar dinâmica de interação entre as mães e equipe para favorecer o vínculo com equipe, ouvir as mães em suas queixas. Ensinar tarefas que possa relaxar a mãe no período que o bebê esteja dormindo e bem, como por exemplo pintura, bordado, etc. Diante de alguma alteração como choro, tristeza da mãe e auto estima diminuída, receber essa mãe em uma sala reservada para uma conversa onde ela possa expressar o que está se causando esse desconforto e assim ajudá-la a melhorar. Se necessário encaminhar para médico evitando complicações de uma depressão, entre outras doenças.</p> <p>Orientar sobre o teste da linguinha, teste da orelhinha explicando como é feito e sua importância; Reforçar a importância do aleitamento materno para o bebê e incentivar o não uso de chupetas e mamadeiras, explicando como isso pode ser prejudicial para a criança; Registrar todos os encontros nos livros atas e lançados no sistema E-SUS atendimento em grupo.</p>		<p>fonoaudióloga</p> <p>Terapeuta ocupacional</p> <p>Fonoaudióloga</p>
<p>➤ Visita domiciliar</p> <p>Em relação à mãe</p> <p>Ouvir queixas ou dúvidas em relação ao pós-parto e nascimento do bebê, higiene, alimentação, fluxo vaginal, sangramento, dores abdominais; Verificar presença de leite nas mamas, cicatriz cesárea ou episiorrafia se houver, sinais de depressão pós-parto, etc.; Orientar sobre planejamento familiar, prática sexual; Verificar se há prescrição de suplementação de ferro; Agendar consulta com ginecologista até 42 dias após o parto.</p> <p>Em relação ao bebê</p> <p>Verificar condições de saúde, icterícia, palidez ou cianose, alguma alteração física, coto e cicatrização umbilical;</p>	<p>1ª Semana após nascimento</p>	<p>Agente comunitário de saúde Enfermeira Se necessário o médico clínico</p>

<p>Verificar caderneta de vacinação da criança;</p> <p>Investigar sobre alimentação do bebê e amamentação;</p> <p>Colocar bebê para mamar, observando como está a pega, posicionamento do bebê e da mãe, auxiliando esse momento com muito carinho e respeito;</p> <p>Incentivar a participação de familiares durante a amamentação, apoiando a mãe e percebendo como é importante amamentar. Orientar também os familiares;</p> <p>Registrar na ficha de visita domiciliar (agente comunitário de saúde) e ao chegar na USF anotar no prontuário da criança (enfermeira);</p> <p>Agendar visita domiciliar com outro profissional (médico ou psicólogo), ou uma consulta na USF diante de queixas como alterações no pós-parto, sangramento, cicatriz de cesárea, dores abdominais, sinais de tristeza, desânimo, choro persistente.</p> <p>Incentivar o aleitamento materno alertando sobre seus benefícios para o bebê;</p> <p>Verificar se criança está em aleitamento materno exclusivo;</p> <p>Examinar cavidade oral, gengivas;</p> <p>Ensinar a mãe a realizar higiene oral diariamente, se possível após todas as mamadas;</p> <p>Orientar o não uso da chupeta ou da mamadeira e suas complicações para desenvolvimento dos músculos da face e da boca da criança;</p> <p>Examinar alteração como frênulo lingual e, se necessário, encaminhar para tratamento com pediatra, ou outro profissional de referência;</p> <p>Agendar consulta a partir do quinto mês para avaliação e orientações sobre nascimento dos dentes.</p>	<p>Entre o 15º e o 30º dia de vida do bebê</p>	<p>Dentista</p>
--	--	-----------------

SEGUIMENTO DO BINÔMIO MÃE-FILHO ATÉ O SEXTO MÊS

Ações	Periodi- cidade	Profissional responsável
<p>➤ Consulta médica</p> <p style="text-align: center;">Do Lactente</p> <p>Ouvir as queixas e dúvidas da mãe; Realizar avaliação clínica do bebê; Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança; Verificar a amamentação se está em aleitamento materno exclusivo, ou não, tipo de alimentação, eliminações, Incentivar o aleitamento materno reforçando sua importância até sexto mês. Não prescrever fórmulas sem comprovar a necessidade; Registrar informações no prontuário do bebê.</p> <p>Ouvir queixas da mãe; Realizar avaliação clínica do bebê; Avaliar crescimento e desenvolvimento, alimentação, eliminações; Incentivar o aleitamento materno exclusivo. Se a mãe for voltar ao trabalho entre o 4º e 5º mês, orientar armazenamento do leite, como oferecer esse leite de maneira correta e, se necessário, prescrever a papa doce no intervalo das mamadas; Registrar informações no prontuário do bebê.</p> <p>Ouvir queixas da mãe; Realizar avaliação clínica do bebê; Avaliar crescimento e desenvolvimento; Prescrever suplemento vitamínicos conforme protocolo; Orientar sobre alimentação saudável e prescrever papas; Incentivar manutenção do aleitamento materno até 2º ano de vida; Registrar informações no prontuário do bebê.</p> <p style="text-align: center;">Da Mãe</p> <p>Realizar o acolhimento; Dar escuta sobre dúvidas e alterações, corporais e emocionais após o parto; Realizar a avaliação clínico-ginecológica; Orientar sobre higiene, alimentação, cuidados com as mamas incentivando o aleitamento materno, direitos sociais e trabalhistas, atividade física e planejamento familiar; Registrar consulta no prontuário; Agendar retorno se necessário.</p>	<p>45º Dia de vida</p> <p>3º Mês de vida</p> <p>6º Mês de vida</p> <p>Até 42º dias após parto</p>	<p>Clínico geral ou pediatra</p> <p>Ginecologista</p>

<p>➤ Consulta de enfermagem</p> <p>Ouvir as queixas e dúvidas da mãe; Realizar o exame físico; Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança; Verificar a amamentação se está em aleitamento materno exclusivo, ou não, tipo de alimentação, eliminações; incentivar o aleitamento materno; avaliar as mamas; auxiliar na pega se necessário. Se a mãe for voltar ao trabalho, ensinar a técnica da ordenha, o armazenamento desse leite e como oferece-lo para bebê de maneira correta; Convencer a mãe que não é necessário introduzir outro leite, reforçar o direito de amamentar e, caso seja indicado, ensinar a mãe a preparar papa doce para oferecer no intervalo das mamadas; Registrar informações no prontuário do bebê.</p>	<p>5º Mês de vida</p>	<p>Enfermeira</p>
<p>➤ Grupo educativo / Roda de conversa</p> <p>Incentivar o aleitamento materno exclusivo. Se a mãe for retornar ao trabalho, orientar ordenha, armazenamento do leite materno e como oferecer de maneira correta para o bebê.</p> <p>Orientar a alimentação saudável a partir do sexto mês; se necessário no quarto mês, com dicas e ensinamentos de preparo dos alimentos, condicionamento, ingesta de líquidos e água, etc.</p> <p>Ouvir dúvidas, queixas e troca de experiências entre as mães; Registrar todos os encontros nos livros atas e lançados no sistema E-SUS atendimento em grupo.</p>	<p>3º e 5º Mês de vida</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Nutricionista</p>

Referências

- ALMEIDA, K. R. *et al.* Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 258-262, mar./abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201820212917>. Acesso em: 25 fev. 2019.
- ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-438, ago. 2007.
- BRAHM, P.; VALDÉS, V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamentar. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 88, n. 1, p. 7-14, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
- BRASIL. Lei nº 13002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13002.htm. Acesso em: 23 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CHETLEY, A. **The cost of bottle**, 08 sept. 2003. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/bottle.htm>. Acesso em 28 abr. 2019.
- CHINNADURAI, S. *et al.* Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 135, n. 6, p. e1467-74, Jun. 2015.
- COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet**, London, v. 360, n. 9328, p. 187-195, Jul. 2002.
- GARCIA, M. V. *et al.* The influence of the type of breastfeeding on middle ear conditions in infants. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 78, n. 1, p. 8-14, Feb. 2012.
- HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; VICTORA, C. G. Breastfeeding and intelligence: systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr.**, Oslo, v. 104, suppl. 467, p. s14-19, Dec. 2015.
- HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. **Long-term health effects of breastfeeding: a systematic review**. Geneva: Word Health Organization, 2013. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79198/9789241505307_eng.pdf;jsessionid=B C886E2E52C00508DFC6C5E2FD265189?sequence=1. Acesso em: 10 mar. 2019.

HAISMA, H. *et al.* Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. **J. Nutr.**, Springfield, v. 135, n. 8, p. 1889-1895, Aug. 2005.

INGRAM, J. *et al.* The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed**, London, v. 100, n. 4, p. F344-8, Apr. 2015.

IP, S. *et al.* A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries. **Breastfeed Med**, New Rochelle, v. 4, suppl. 1, p. 17-30, Oct. 2009.

ISAACS, E. B. *et al.* Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. **Pediatr Res**, New York, v. 67, n. 4, p. 357-362, Apr. 2010.

KNOX, I. Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn. **Neoreviews**, Elk Grove Village, v. 11, n. 9, p. e513-519, Sept. 2010.

LANFREDI, F. B. **Amamentação ajuda no posicionamento do maxilar e auxilia a respiração das crianças**, 2018. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br>. Acesso em: 28 mar. 2019.

MARTINS, E. J.; GIUGLIANI, E. R. J. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 88, n. 1, p. 67-73, fev. 2012.

NUNES, M. L. Distúrbios do sono. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 78, suppl. 1, p. S63-S72, ago. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000700010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2019.

OLIVEIRA, J. S. *et al.* Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 95-102, 2010.

PRADO, M. H. P.; SANTOS, P. R. **A importância do aleitamento materno: proteção e segurança para mães e recém-nascidos**. Monografia de Graduação, Lins, 2009.

RIBEIRO, A. C. M. **Desenvolvimento do bebê**, 2019. Disponível em: <https://www.guiadobebe.com.br/>. Acesso em: 15 mar. 2019.

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

SANCHES, M. T. C. **Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico**. Orientador: Keiko Ogura Buralli. 2000. 173 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SANCHES, M. T. C. Amamentação-enfoque fonoaudiológico. In: CARVALHO, R. T.; TAMEZ, R. N. (Eds.). **Amamentação-bases científicas para prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 50-59.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar – um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Rev Kairós**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 205-221, jun. 2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6501>. Acesso em: 12 mar. 2019.

THE LULLABY TRUST. Safer sleep for babies - support for families. **A guide to safe sleep for babies**, 2018. Disponível em: <https://www.lullabytrust.org.uk/safer-sleep-advice/>. Acesso em: 21 mar. 2019.

VAN VELDHUIZEN-STAAS, C. Overabundant milk supply: an alternative way to intervene by full drainage and block feeding. **Int Breastfeed J.**, London, v. 2, p. 11, Aug. 2007.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 475-490, Jan. 2016.

YAN, J. *et al.* The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. **BMC Public Health**, London, v. 14, p. 1267-1278, Dec. 2014. Disponível em: <https://bmcpubheath.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-1267>. Acesso em: 21 mar. 2019.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA). **World breastfeeding week**, 2003. Disponível em: <http://www.waba.org.br/folder98.htm>. Acesso em: 8 set. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde (Brasil). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília: OPAS, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusion of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Infant and young child feeding**: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization, 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. WHO/UNICEF. **Baby-Friendly Hospital Initiative**. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1: Background and implementation. Geneva, Switzerland: World Health Organization/UNICEF, 2009b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Born too soon**: the global action report on preterm birth. The Global action report. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Acesso em: 19 mar. 2019.

Anexo 1

ANUÊNCIA DO SECRETÁRIO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JACUÍ – MG

MUNICÍPIO DE JACUÍ/MG
SECRETARIA DE SAÚDE*"Mãe do Sudoeste Mineiro"*

Praça Presidente Vargas, 72 – Centro – Jacuí – Minas Gerais – CEP: 37.965-000

Fone: (35) 3593-1426 Fax (35) 3593-1305

Email - saude@jacui.mg.gov.br

Eu **Fábio Lucas Vieira Oliveira**, secretário Municipal de Saúde do município de Jacuí – MG, autorizo a enfermeira e pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –USP **Flávia Souza Proença** a realizar sua pesquisa para coleta de dados e orientações aos profissionais e nutrízes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde Odila Pereira e Benedito Nogueira no ano de 2018.

Jacuí 12 de Dezembro de 2017

Fábio Lucas Vieira Oliveira
Secretário Municipal de
Saúde de Jacuí - MG

Anexo 2

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento de um guia prático para incentivo ao aleitamento materno exclusivo em unidades de saúde da família de uma cidade do interior de Minas Gerais

Pesquisador: FLAVIA SOUZA PROENCA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 91850418.9.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.899.166

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto em pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras incluíram o manejo dos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: ofício de encaminhamento, projeto de pesquisa e três TCLEs, sendo que um deles, para os demais profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Saúde da Família do Município de Jacuí-MG, foi acrescentado agora.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as correções foram realizadas de maneira adequada.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br