

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BÁRBARA MAFRA NEVES ARANTES

REDE DE APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS,
PARANÁ: UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL SEGUNDO A PERSPECTIVA
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PONTA GROSSA
2020

BÁRBARA MAFRA NEVES ARANTES

REDE DE APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS,
PARANÁ: UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL SEGUNDO A PERSPECTIVA
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, área de Concentração Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Xavier Ravelli.

PONTA GROSSA
2020

A662 Arantes, Barbara Mafra Neves
Rede de apoio ao aleitamento materno nos Campos Gerais, Paraná: um diagnóstico situacional segundo a perspectiva dos profissionais de saúde / Barbara Mafra Neves Arantes. Ponta Grossa, 2020.
126 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges.
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula Xavier Ravelli.

1. Sistemas nacionais de saúde. 2. Pessoal de saúde. 3. Equipe de assistência ao paciente. I. Borges, Pollyanna Kássia de Oliveira. II. Ravelli, Ana Paula Xavier. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

CDD: 612.664

BARBARA MAFRA NEVES ARANTES

**REDE DE APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS,
PARANÁ: UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL SEGUNDO A PERSPECTIVA
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

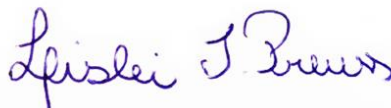
Ponta Grossa, 20 de março de 2020.



Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges– Orientadora
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza
Doutora em Ciências
Universidade Federal do Paraná



Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss
Doutora em Serviço Social
Universidade Estadual de Ponta Grossa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu Senhor e Rei, por me acompanhar, abençoar e guiar em cada uma das etapas deste precioso processo. Ao meu amado esposo, Bernardo, pelo companheirismo e paciência em todos os momentos em que estive ausente e por priorizar o “nosso mestrado”. À minha mãe querida, pelas sólidas bases que me permitiu construir e por trazer poesia à minha caminhada. À Bia e Pepê, minhas filhas queridas, companheirinhas nas madrugadas de estudo, alegrias da minha vida.

À minha orientadora e amiga Pollyanna, minha gratidão pelo aprendizado compartilhado, pela força nos momentos difíceis, pelo respeito e incentivo. À Ana Paula, co-orientadora, companheira de sonhos e planos para o aleitamento materno, agradeço pela inspiração. À Beatriz, sou grata pelo auxílio e comprometimento.

Não posso deixar de agradecer a todos os meus professores, colegas do mestrado – em especial à querida Liz – e do trabalho e aos participantes desta pesquisa. Cada um trouxe preciosas contribuições não apenas para este trabalho, mas para meu crescimento pessoal e profissional.

À 3ª Regional de Saúde do Paraná (ressalto o apoio essencial da amiga e colega Vanessa Tizott), à Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa e ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, agradeço pela acolhida e crédito concedido a esta pesquisa.

*Para isso existem as escolas: não para ensinar as respostas, mas para ensinar as perguntas.
As respostas nos permitem andar sobre a terra firme.
Mas somente as perguntas nos permitem entrar pelo mar desconhecido.*

Rubem Alves

RESUMO

O aleitamento materno deve ser iniciado na primeira hora após o nascimento e mantido como única fonte de alimentação do bebê até os 6 meses de vida, devendo ainda ser ofertado, juntamente com a alimentação saudável, pelo mínimo período de 24 meses. Apesar de a amamentação ter sua importância reconhecida e ser considerada como prática de excelência para alcançar o desenvolvimento das crianças com boas condições de saúde e nutrição, ainda são frequentes os casos de desmame precoce, suscitando a necessidade de priorizar a promoção dessa prática dentro das políticas públicas, pois a fragmentação da atenção que lhe é atribuída revela a debilidade das redes de apoio e das políticas públicas que respaldam o aleitamento materno no Brasil. Frente ao exposto, o presente estudo objetivou investigar as fragilidades e potencialidades do apoio ao aleitamento materno, segundo a perspectiva de profissionais da atenção básica, especializada e hospitalar no cuidado materno-infantil nos municípios da região dos Campos Gerais, Paraná. Por meio de um estudo observacional transversal descritivo, esta pesquisa contou com métodos quali-quantitativos, executados em 3 fases distintas: Fase 1 quantitativa (levantamento de dados sobre aleitamento materno em Ponta Grossa), Fase 2 quali-quantitativa (verificação das fragilidades e potencialidades sentidas por servidores da atenção primária, secundária e terciária) e Fase 3 qualitativa (proposta de narrativa, para a investigação das fragilidades e potencialidades no apoio ao aleitamento materno). Os achados deste estudo revelam que a atual situação do aleitamento materno nos Campos Gerais vai ao encontro das fragilidades e potencialidades por ele apontadas. Os investimentos em recursos humanos realizados até o momento, como a formação de tutores pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e o apoio às capacitações voltadas à amamentação contribuíram para os avanços alcançados até o momento. Porém, a falta de comunicação entre os níveis de atenção, a escassez de recursos financeiros, de flexibilidade nas agendas de trabalho e de pontos de apoio especializados para atendimento em aleitamento materno são algumas das fragilidades levantadas às quais se atribuem os entraves do bom funcionamento da rede. Conclui-se, portanto, que o fortalecimento das políticas públicas brasileiras é primordial para o avanço da adesão ao aleitamento materno e que a integração entre todos os pontos e níveis de atenção da rede se torna possível quando há abertura para discutir, traçar metas e objetivos em comum entre eles, além de investimentos em formação permanente e sensibilização para o trabalho na área.

Palavras-chave: Sistemas Nacionais de Saúde. Pessoal de Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Breastfeeding should be started within the first hour after birth and maintained as the baby's only source of nutrition until 6 months of age, and should also be offered, along with healthy eating, for a minimum of 24 months. Although breastfeeding is recognized for its importance and is considered a practice of excellence to achieve the development of children with good health and nutrition, cases of early weaning are still frequent, raising the need to prioritize the promotion of this practice within public policies, because the fragmentation of the attention attributed to it reveals the weakness of support networks and public policies that support breastfeeding in Brazil. In view of the above, the present study aimed to investigate the weaknesses and potential of support for breastfeeding, from the perspective of professionals in primary, specialized and hospital care in maternal and child care in the municipalities of the Campos Gerais region, Paraná. Through a descriptive cross-sectional observational study, this research relied on quali-quantitative methods, carried out in 3 distinct phases: quantitative phase 1 (data collection on breastfeeding in Ponta Grossa), qualitative quantitative phase 2 (verification of weaknesses and potentialities felt by primary, secondary and tertiary health care workers) and qualitative Phase 3 (narrative proposal, for the investigation of the weaknesses and potentialities in supporting breastfeeding). The findings of this study reveal that the current situation of breastfeeding in Campos Gerais meets the weaknesses and potentialities pointed out by him. Investments in human resources made so far, such as training tutors under the Amamenta and Alimenta Brasil Strategy and supporting training aimed at breastfeeding, have contributed to the advances achieved so far. However, the lack of communication between the levels of care, the scarcity of financial resources, flexibility in work schedules and specialized support points for breastfeeding care are some of the weaknesses raised to which the obstacles to the proper functioning of the institution are attributed. network. It is concluded, therefore, that the strengthening of Brazilian public policies is essential for the advancement of adherence to breastfeeding and that the integration between all points and levels of care in the network becomes possible when there is openness to discuss, outline goals and objectives in common between them, in addition to investments in ongoing training and awareness of work in the area.

Keywords: National Health Systems. Health Personnel. Patient Assistance Team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	23
FIGURA 2	- Estrutura do apoio ao aleitamento materno no Brasil	30
FIGURA 3	- Progressão da taxa de aleitamento materno exclusivo e as ações que marcaram a história do apoio à amamentação no Brasil	33
FIGURA 4	- Desenho metodológico da pesquisa	55
FIGURA 5	- Fluxo proposto para a rede de apoio ao aleitamento materno nos Campos Gerais	98
GRÁFICO 1	- Distribuição geral do aleitamento materno em Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018	64
GRÁFICO 2	- Frequência do aleitamento materno, por idade, em Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018	65
GRÁFICO 3	- Bebês em aleitamento materno exclusivo por unidade de saúde de Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018	68
GRÁFICO 4	- Unidades de saúde onde a queda da frequência do aleitamento materno exclusivo foi mais expressiva nos 6 primeiros meses de vida em Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018	70
GRÁFICO 5	- Representação do escore comparativo no domínio “Recursos Humanos” entre funcionários da Atenção Primária e Terciária (Hospital)	79
QUADRO 1	- Artigos encontrados, selecionados e incluídos na revisão, segundo fontes de informação	35
QUADRO 2	- Síntese dos principais resultados dos estudos relacionados às redes de apoio ao aleitamento materno	36
QUADRO 3	- Faixas etárias pesquisadas	63
QUADRO 4	- Divisão de unidades de saúde e territórios por distrito sanitário em Ponta Grossa, Paraná, 2018-2019	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Dados gerais do aleitamento materno no município de Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018	64
Tabela 2	- Unidades de saúde com maior proporção de bebês sem leite materno em Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018	69
Tabela 3	- Dados gerais do aleitamento materno por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para a região com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e a maior frequência de bebês sem leite materno, 2015-2018	71
Tabela 4	- Aleitamento materno, na faixa etária de 0 a 1 mês, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para as regiões com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e as maiores frequências de bebês sem leite materno, 2015-2018	71
Tabela 5	- Aleitamento materno, na faixa etária de 1 a 2 meses, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para as regiões com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e as maiores frequências de bebês sem leite materno, 2015-2018	71
Tabela 6	- Aleitamento materno, na faixa etária de 4 a 5 meses, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para as regiões com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e as maiores frequências de bebês sem leite materno, 2015-2018	72
Tabela 7	- Aleitamento materno, na faixa etária de 5 a 6 meses, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para as regiões com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e as maiores frequências de bebês sem leite materno, 2015-2018	72
Tabela 8	- Bebês que recebem leite materno, na faixa etária de 12 a 24 meses, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018	72
Tabela 9	- Características dos participantes da equipe multiprofissional participante da pesquisa	74
Tabela 10	- Resultados obtidos no domínio “Processos de Trabalho”.....	75
Tabela 11	- Resultados obtidos no domínio “Recursos Administrativos”...	76
Tabela 12	- Resultados obtidos no domínio “Recursos Humanos”	76

Tabela 13	- Resultados obtidos no domínio “Determinantes Sociais”	77
Tabela 14	- Escores geral e por domínio obtidos com a aplicação do instrumento da “Fase 2”	77
Tabela 15	- Escores comparativos por gênero – geral e por domínio	78
Tabela 16	- Escores comparativos por local de trabalho – geral e por domínio.....	78
Tabela 17	- Escores comparativos por formação específica em aleitamento materno – geral e por domínio	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alimentação Complementar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMTA	Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta
APS	Atenção Primária à Saúde
BLH	Banco de Leite Humano
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IFF	Instituto Federal Fluminense
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LM	Leite Materno
MMS	Programa Mães Mentoras
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RMP	Rede Mãe Paranaense
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO PESSOAL	13
2	INTRODUÇÃO	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	DETERMINANTES SOCIAIS E CULTURAIS DO ALEITAMENTO MATERNO	20
3.2	SISTEMAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	22
3.2.1	Redes de atenção materno-infantil	26
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS E O ALEITAMENTO MATERNO.	27
3.4	POSSIBILIDADES DE ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR AO ALEITAMENTO MATERNO: UM PANORAMA SOBRE AS REDES DE APOIO À AMAMENTAÇÃO	34
3.5	O USO DAS NARRATIVAS NAS PESQUISAS EM SAÚDE	44
4	JUSTIFICATIVA	50
4.1	HIPÓTESE	52
5	OBJETIVOS	53
5.1	OBJETIVO GERAL	53
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
6	MATERIAL E MÉTODOS	54
6.1	FASE 1 – PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO	56
6.2	FASE 2 – ABORDAGEM QUANTITATIVA	57
6.3	FASE 3 – ABORDAGEM QUALITATIVA	58
7	RESULTADOS	62
7.1	PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO EM PONTA GROSSA	62
7.2	SITUAÇÃO DO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS	73
7.3	POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS: CONSTRUÇÃO DE UMA NARRATIVA	80
8	DISCUSSÃO	83
8.1	PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO EM PONTA GROSSA	83
8.2	SITUAÇÃO DO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS	86
8.3	POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS	91
9	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	97
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICE A	113
	APÊNDICE B	115

APÊNDICE C	116
APÊNDICE D	117
APÊNDICE E	119
APÊNDICE F	120
APÊNDICE G	122
ANEXO A	123

1 APRESENTAÇÃO PESSOAL

A construção do conhecimento se dá paralelamente à edificação da vida pessoal. A cada dia novos tijolos de saber – vivências, estudos, discussões – são a ela acrescentados. Novos olhares para as práticas emergem à medida que se aprofunda nos estudos. Assim fui mobilizada para o desenvolvimento desta pesquisa.

Graduada em Fonoaudiologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora no ano de 2007, desde o ano de 2008, iniciei minha carreira no SUS. Inicialmente, atuei na atenção especializada, com foco em reabilitação. No ano de 2015, passei a integrar uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) na cidade de Ponta Grossa. O ingresso na atenção primária à saúde, em uma equipe multiprofissional, desafiou-me para a interdisciplinaridade, fez-me pensar de maneira abrangente, ampliar meu olhar para a integralidade do cuidado e a qualidade de vida dos usuários da saúde pública.

A saúde materno-infantil representa, em nosso estado, um dos principais focos do cuidado integral. Porém, os últimos cinco anos de minha trajetória profissional, foram marcados pela percepção de que, na prática, é ainda muito falho o acesso das gestantes e mães à informação e ao suporte à prática do aleitamento materno (AM), contribuindo para elevados números de desmame precoce.

Hoje, muito se fala acerca da importância do AM e seus benefícios para mãe e bebê, mas quando estes enfrentam dificuldades no período do puerpério, não sabem onde buscar a ajuda prática necessária para o enfrentamento das situações-problema e, quando a encontram, se deparam com profissionais pouco preparados ou mesmo qualificados, porém sobrecarregados e sem disponibilidade para este tipo de atendimento – contexto que suscita a necessidade de investimentos na formação de equipes, na atenção direta à população e na organização de uma rede coesa de apoio ao AM.

A carreira docente, com foco nas disciplinas de Saúde Pública e Saúde e Sociedade, somada ao aprofundamento nos estudos e na realidade vivenciada nos serviços de saúde do município e região trouxeram a necessidade de aprofundamento. Passei a atuar como facilitadora nas oficinas para formação de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e de aconselhamento em

AM no ano de 2019, além de compor um grupo municipal de discussões em amamentação – com participação de gestores municipais e regionais.

Tal cenário fez nascer em mim uma inquietude, na busca por formação/qualificação na área do AM – me formei tutora da EAAB, consultora em AM e ingressei no Mestrado em Ciências da Saúde –, a fim de me tornar agente de transformação e, assim, contribuir para a mudança do panorama atual da amamentação na região dos Campos Gerais.

Mobilizada a ingressar no Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Saúde, da UEPG, cursei, entre outras, as disciplinas “Políticas Públicas de Saúde no Brasil”, “Tópicos Avançados em Epidemiologia”, “Avaliação da qualidade de vida em saúde”, “Estudos Interdisciplinares em Doenças Crônicas”, que me moveram a pensar na integralidade do cuidado em saúde e contribuíram para um importante deslocamento, não apenas pela aquisição de novos conhecimentos, mas pela aplicação dos mesmos à minha prática profissional.

Sob orientação, fui instigada a pesquisar sobre uma temática que me inspirasse pessoal e profissionalmente. Por atender aos critérios de inquietação e motivação para a pesquisa, o AM foi a temática escolhida. Inicialmente, faríamos uma proposta de construção de uma rede de apoio ao AM na região dos Campos Gerais. No entanto, como construir essa rede sem antes investigar a sua existência e potencialidades? Então, foi decidido, em consenso com as orientadoras, que, para que a proposta da rede não fosse verticalizada e passiva para os profissionais nela inseridos, seria interessante a participação daqueles que a compunham, além das ferramentas e instituições disponíveis. Assim, fomos motivadas à realização de um diagnóstico da rede de AM atual, levantando suas potencialidades e fragilidades, a fim de despertar os envolvidos para o remodelamento do apoio à amamentação, e propiciar seu fortalecimento.

2 INTRODUÇÃO

A amamentação é considerada a melhor prática para alcançar o desenvolvimento da criança, com boas condições de saúde e nutrição, devendo ser iniciada ainda na primeira hora após o nascimento e mantida como única fonte de alimentação do bebê até os 6 meses de vida (GRUMMER-STRAWN et al., 2017). Após este período, o leite materno deve continuar a ser ofertado juntamente com a alimentação complementar saudável, até pelo menos 24 meses de idade (BOFF et al., 2015).

Os benefícios obtidos com a amamentação e a alimentação saudável são incontáveis. Dentre estes destacam-se: diminuição das taxas de mortalidade, prevenção de doenças gastrointestinais e respiratórias, infecções e otites médias, além de contribuir para a redução da possibilidade de desenvolver obesidade e diabetes ao longo da vida (ARORA et al., 2017; VICTORA et al., 2016). Porém, apesar do aleitamento materno ter sua importância reconhecida, ainda são frequentes os casos de desmame precoce, suscitando a necessidade de priorizar a promoção dessa prática dentro das políticas públicas – posto que o envolvimento da família, comunidade, governo e sociedade civil apresenta expressivo impacto sobre a saúde materno-infantil, com baixo custo (JOLLY et al., 2018; LUBOLD, 2017).

Assim, considerando as Políticas Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2018) e de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), além de dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009), que comprovou a baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses de idade, bem como a curta duração do aleitamento materno (AM) total e a introdução precoce de alimentos e hábitos alimentares não saudáveis, foi instituída, na Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).

Esta Estratégia visa otimizar as ações de promoção do aleitamento materno, por meio da qualificação dos profissionais de saúde, ao fomentar tal prática nas atividades de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o

objetivo de aumentar a prevalência de crianças em aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade, bem como a de crianças amamentadas até os 2 anos de idade ou mais, reduzindo práticas desestimuladoras da amamentação, de acordo com a realidade local (BRASIL, 2015).

Neste contexto, por seus princípios e organização do processo de trabalho, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta condições favoráveis à atuação positiva sobre os indicadores de aleitamento materno: conhecimento do território, da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade das famílias, bem como a possibilidade de propor ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde (FERREIRA; GOMES; FRACOLLI, 2018).

A PNAB prevê que atividades relativas ao cuidado façam parte do roteiro de atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nos espaços de vida cotidiana. Estes profissionais promovem o vínculo da unidade de saúde com a comunidade (e também desta para com aquela), atuando nos domicílios e na coletividade, estendendo o acesso às ações e serviços de informação, promoção social e de proteção da cidadania, além de participar da orientação, acompanhamento e educação em saúde, constituindo elemento em posição privilegiada para a implementação de ações em prol do aleitamento materno, devendo ser capacitado para tal (BRASIL, 2017).

A formação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) traz às equipes de saúde da família empoderamento e conseqüente autonomia, permite a descentralização do cuidado em amamentação e um maior alcance na comunidade, a partir da qualificação dos profissionais de saúde. A EAAB tem como objetivo aumentar a prevalência de crianças em aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, bem como a de crianças amamentadas até os 2 anos de idade ou mais, além de reduzir as práticas desestimuladoras da amamentação, de acordo com a realidade local (BRASIL, 2015a).

Amamentar é uma opção materna que sofre influência de fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos (ARORA et al., 2017; LUBOLD, 2017; MORAES DE OLIVEIRA; CAMELO, 2017). Estes fatores tornam imprescindível a atuação articulada não apenas das equipes de saúde da família, mas também dos demais níveis de atenção à saúde – atenção especializada e hospitalar – em ações de promoção do aleitamento materno, além das parcerias com instituições da sociedade civil organizada e intersetoriais. Estas estratégias ajudam a elevar a

prevalência de aleitamento materno no Brasil, prevenir a morbidade e a mortalidade infantil, estimular a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta, e garantir a formação do vínculo essencial entre mãe e bebê (LUBOLD, 2017).

Pesquisas têm mostrado que as mães mais propensas a interromper a amamentação são as que se mostram insatisfeitas com a falta de apoio e cuidados recebidos durante as primeiras semanas da prática (JOLLY et al., 2018) e que o apoio desigual às gestantes e puérperas dentro e entre os serviços de saúde contribui para a redução dos índices de aleitamento materno (LUBOLD, 2017).

A hipótese aqui levantada sugere que o conhecimento das fragilidades na atenção ao aleitamento materno possibilita o fortalecimento do vínculo entre Unidades de Saúde, serviços especializados, hospitalares e as comunidades, por meio da articulação, organização e capacitação das pessoas e organizações sociais, visando à atuação conjunta, permitindo a descentralização do cuidado e a consequente ampliação do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Assim, este estudo poderá contribuir para o conhecimento do apoio ao AM local, por possibilitar, à gestão e servidores de saúde, a possibilidade de minimizar as fragilidades da rede de atenção à saúde das gestantes/puérperas, a ampliação do acesso das mesmas à informação e intervenção antecipada (quando necessária), viabilizando a redução do desmame precoce.

Frente ao exposto, o presente estudo possibilitou investigar as fragilidades e potencialidades do apoio ao aleitamento materno, segundo a perspectiva de profissionais da atenção básica, especializada e hospitalar no cuidado materno-infantil e, a partir de então, ampliar a atenção às gestantes e puérperas, a fim de contribuir para a redução de casos de desmame precoce e estimular a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança.

No Brasil, os governos federal e estadual têm trabalhado conjuntamente para a construção de redes de atenção à saúde. No estado do Paraná, a Rede Mãe Paranaense tem, desde o ano de 2012, concentrado esforços em direção à saúde materno-infantil, com a proposição da organização da atenção no pré-natal, puerpério e puericultura, porém ainda sem a proposição de uma rede de apoio ao aleitamento materno em quaisquer das esferas – local, regional ou estadual (PARANÁ, 2012).

As iniciativas anteriormente relatadas contribuíram para que a Região dos Campos Gerais - PR contasse, no ano de 2019, com 60 tutoras em aleitamento materno, formadas pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, banco de leite humano municipal e hospitais, que realizam atendimentos a gestantes, parturientes e puérperas de baixo a alto risco. Contudo, não se sabe ao certo as taxas de desmame precoce do município. Mas, pela observação empírica da realidade regional, a partir da atuação profissional desta pesquisadora em aleitamento materno, com fonoaudióloga e tutora da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), na Atenção Básica da cidade de Ponta Grossa, pude notar fragilidades relacionadas ao desmame precoce e introdução alimentar antes do período recomendado, e também dificuldades em reduzir a mortalidade infantil para menos de um dígito no maior município participante – retrato que sugere a dificuldade de articulação entre os níveis de atenção no suporte à saúde materno-infantil.

Desta forma, esta pesquisa pretendeu discutir o AM nos três níveis de atenção à saúde, investigando a composição, organização e os hiatos existentes na rede regional de apoio ao AM. Seu diagnóstico permitiu averiguar que o fortalecimento do vínculo entre Unidades de Saúde, comunidade, banco de leite e hospitais, por meio da articulação, organização e capacitação das pessoas e organizações sociais é de fundamental relevância para a otimização do suporte à amamentação na região dos Campos Gerais.

A busca pelo diagnóstico do apoio ao AM nos Campos Gerais surgiu da necessidade de conhecer as fragilidades e potencialidades da organização do apoio à prática do AM nos três níveis de atenção à saúde, por meio de um estudo observacional transversal descritivo e contou com métodos quali-quantitativos, executados em 3 fases distintas: Fase 1 quantitativa (levantamento de dados sobre AM em Ponta Grossa), Fase 2 quali-quantitativa (verificação das fragilidades e potencialidades sentidas por servidores da atenção primária, secundária e terciária) e Fase 3 qualitativa (proposta de narrativa, para a investigação das fragilidades e potencialidades no apoio ao AM). Para realização do estudo, houve submissão e aprovação ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, conforme parecer número 3.799.307, de 13 de janeiro de 2020.

Com temática original e de extrema relevância para o conhecimento e organização dos serviços em saúde materno-infantil em toda uma região de saúde, este estudo avança ao discutir a importância e centralidade da Rede de Apoio do

Aleitamento Materno nos Campos Gerais. A discussão proposta se constitui como inédita, uma vez que trata de investigar sobre as fragilidades e potencialidades da rede de AM, a partir da perspectiva de profissionais atuantes nos três níveis de atenção à saúde – atenção básica, especializada e hospitalar – no cuidado materno-infantil em toda a região dos Campos Gerais.

Pode-se dizer, também, que o tema discutido contribui para o processo de produção de conhecimento sobre Redes de Atenção, no caso de apoio ao AM, nos três níveis de atenção, o que envolve inúmeras particularidades, incluindo o desafio de integrar ações que de fato o promovam. O estudo desenvolvido também estabelece a interlocução e reflexão entre profissionais de saúde no âmbito local e regional, viabilizando o avanço da atenção integral, a partir do fortalecimento das potencialidades suscitadas e da busca pela resolução das fragilidades levantadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DETERMINANTES SOCIAIS E CULTURAIS DO ALEITAMENTO MATERNO

Amamentar denota alimentar, nutrir, aleitar, dar de mamar, criar o filho ao seio, com seu próprio leite e não se restringe ao aspecto puramente biológico, mas transpassa-o, por envolver as emoções dos relacionamentos da mulher com seu bebê, com a família e o mundo ao seu redor. Sendo assim, de acordo com as várias culturas nas quais pode se desenvolver, o AM carrega em si significados diversos, impregnado dos determinantes sociais e manifestações culturais, influenciado pelos valores e concepções da mulher (ALVES et al., 2014).

Por ser um processo complexo, que envolve aspectos biopsicossociais, culturais, econômicos e políticos, o AM demanda modelos práticos e teóricos voltados às vivências das mulheres – muitas vezes pautados na cultura e nas relações familiares. Portanto, as maneiras de significar, atuar e nutrir consistem em práticas de cuidado aprendidas e transmitidas entre gerações, que emergem das relações coletivas e individuais das mulheres durante a amamentação (ARAUJO-MOREIRA et al., 2018).

Porém, conflitos podem surgir quando há divergência entre os novos conhecimentos adquiridos pelas mulheres de gerações atuais e a sabedoria e a experiência das gerações anteriores, advindas de suas mães, avós, vizinhos e outros (ARAUJO-MOREIRA et al., 2018).

O extenso território brasileiro, com vasta diversidade sociocultural também pode ser citado como fator de influência sobre as mulheres que amamentam, pois os determinantes locais acerca do AM podem explicar as variações de simbologia e valor da prática (ARAUJO-MOREIRA et al., 2018).

Cabe ressaltar que a organização e intensificação de atividades/ações de apoio e intervenção realizadas pelos serviços de saúde, especialmente pela ESF, ordenadora do cuidado integral em saúde, na amamentação, constituem-se instrumentos fundamentais ao prosseguimento do AM, pois possibilitam o estreitamento do contato entre profissionais de saúde e o trinômio mãe-filho-família, aproxima-os da realidade vivenciada e permite identificar suas principais necessidades (CARVALHO et al., 2018).

Merecem destaque outros determinantes do AM citados na literatura, como a renda per capita familiar, uso de chupeta, gestações prévias, peso ao nascer, além da introdução alimentar precoce e da participação paterna.

Crê-se que quanto maior a renda familiar, mais positiva seja a adesão à amamentação (CAVALCANTI et al., 2015). Famílias que possuem situação socioeconômica desfavorável e elevado número de moradores por domicílio, justificam a necessidade de a mãe ter que trabalhar para contribuir com a subsistência da família, trazendo dificuldades para o estabelecimento do AME e continuidade deste. Rendimentos familiares menores ou iguais a três salários-mínimos foram responsáveis pelo crescimento, em três vezes, das chances de haver desmame precoce (OLIVEIRA et al., 2013).

Além de sofrer influência de condições socioeconômicas, culturais, das vivências pregressas individuais, de seu grupo familiar, a mídia também interfere no aprendizado. O acesso facilitado às tecnologias tornou a amamentação uma prática influenciada pela televisão e a internet, acessíveis à toda população brasileira (ARAUJO-MOREIRA et al., 2018).

O uso habitual da chupeta, bastante aceito em nossa sociedade, pode ser citado como o aspecto mais fortemente associado à interrupção precoce do AME (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015), por favorecer a diminuição da frequência com que o bebê mama no seio materno, causando a redução da produção de LM e trazendo alterações na dinâmica orofacial da criança (CARVALHO et al., 2018).

Outro aspecto relevante é o número de filhos. Experiências prévias de AME elevam a prevalência da prática, pois mães que já amamentaram a relacionam às suas experiências prévias (CARVALHO et al., 2018), mas mulheres que nunca aleitaram, especialmente as mais jovens, têm no apoio um mecanismo de proteção, já que costumam apresentar-se vulneráveis e despreparadas para o manejo do AM. Nestes casos, a interferência familiar pode ser desfavorável à sua continuidade, quando impregnada de crendices e pressões (MOREIRA et al., 2018).

O baixo peso ao nascer, amplamente estudado, revela-se um importante determinante para o AM. As crianças com peso inferior a 2500g, por sua condição de imaturidade, têm mais limitações funcionais relativas à sucção, além de possíveis períodos prolongados de separação de suas mães, por internação em unidades neonatais (CARVALHO et al., 2018), com dificuldade para manter o AM.

As crenças de que existe “leite fraco” e seios que não têm formato ou tamanho ideal para a amamentação levam à oferta de água, chás, sucos e leites de origem animal/vegetal. A introdução precoce de alimentos, considerada inofensiva pelo meio familiar, é algo bastante frequente e fortemente arraigado à cultura brasileira (CARVALHO et al., 2018).

Pessoas mais experientes (avós, mães) encorajam mulheres a ofertá-los, também, na expectativa de resolução de possíveis problemas como sede, gases ou cólicas do bebê. Esta prática, além de provocar a redução da ingesta de LM e levar à baixa produção, afeta a duração do AM e expõe os bebês ao risco de contaminação. Mas, acima de tudo, reduz a segurança e confiança da mãe que amamenta, tornando sua trajetória mais desafiadora (CARVALHO et al., 2018).

A inclusão do pai durante o processo da amamentação é um dos fatores para a sua manutenção, pois simboliza o apoio, a divisão de tarefas e a preocupação com a saúde dos filhos, além de estreitar vínculos familiares (MOREIRA et al., 2018).

3.2 SISTEMAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde convenientemente distinguem as condições agudas das condições crônicas, que demandam um sistema que as responda de maneira contínua e integrada, por um período mais prolongado que nas primeiras. As condições materno-infantis e o acompanhamento por ciclos de vida, como a puericultura, compõem as condições crônicas e dependem da maneira como se organizam os sistemas de saúde, e não somente dos recursos dispendidos, para a sua adequada condução (MENDES, 2010).

A fragmentação dos sistemas de atenção à saúde impossibilita a prestação de atenção contínua e integral à população, pois voltam-se para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas, organizam-se por meio de um conjunto de pontos de atenção isolados e sem comunicação entre si. Neles, a organização hierárquica torna a atenção primária incapaz de exercer a coordenação do cuidado – pois os diferentes níveis de atenção à saúde não se comunicam entre si, tampouco com os sistemas de apoio – e a continuidade da atenção torna-se inexistente (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010).

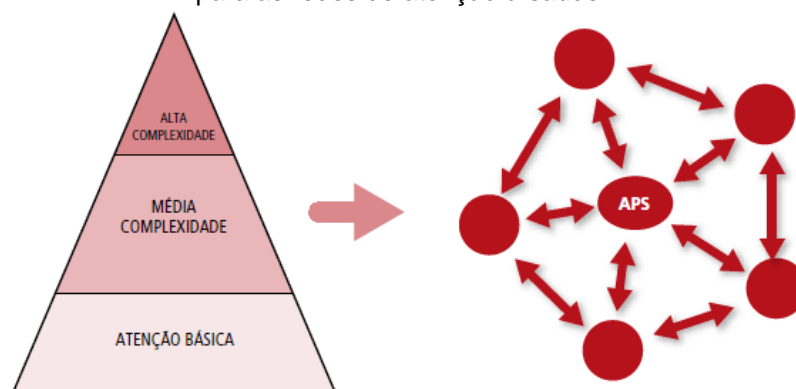
As redes de atenção à saúde (RAS) surgem como proposta para dirigir, em meio a recursos escassos e problemas complexos, políticas e projetos. Por meio de intervenções preventivas e curativas, integração vertical entre os diferentes níveis de atenção e os serviços diversos, atenção contínua à saúde, garantem o vínculo da gestão com a formulação de políticas de saúde e o trabalho (MENDES, 2011).

Por definição, as RAS constituem-se de um conjunto de serviços de saúde, com uma única missão e objetivos comuns, além de ações interdependentes. Por suas características, permitem ofertar atenção contínua e integral, a determinada população, no tempo e lugar adequados, com qualidade e de maneira humanizada (ARRUDA et al., 2015; MENDES, 2011).

Com o objetivo de trazer melhora à qualidade da atenção, bem como à qualidade de vida de seus usuários, com melhores resultados sanitários, maior eficiência na destinação dos recursos e equidade na prestação de serviços em saúde, as RAS viabilizam o acesso contínuo de pessoas a serviços preventivos e curativos, conforme suas necessidades, perpassando os diferentes níveis de atenção à saúde, focando no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde (MENDES, 2011).

A ausência de hierarquia entre os diversos componentes das RAS revela a igualdade de importância entre os pontos de atenção, que se relacionam horizontalmente, a fim de estabelecer um fluxo contínuo entre os níveis primário, secundário e terciário (organização poliárquica). Desta maneira, propõem atenção integral, agregando ações de promoção, prevenção, curativas, reabilitadoras e paliativas, sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme a Figura 1 (ARRUDA et al., 2015; MENDES, 2011).

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, 2011.

A região de saúde consiste num recorte de território que une municípios a fim de alcançar complexidade tecnológica suficiente para assegurar a integralidade da atenção à saúde em pelo menos 90% das necessidades da população (SANTOS, 2017).

Pontos de atenção, com densidades tecnológicas distintas, igualmente importantes entre si, compõem uma rede horizontal de atenção à saúde. Todos eles desempenham seus papéis equitativamente, a fim de cumprir os objetivos da rede, diferenciando-se apenas por suas características (MENDES, 2011).

A complexidade da APS, responsável pelo atendimento de mais de 85% dos problemas de saúde, não é menor e menos valorosa que os cuidados de serviços especializados. A clínica ampliada oferta serviços complexos, capazes de provocar mudanças de comportamento e estilo de vida, para alcançar melhores condições de saúde, como exemplo citamos: programas antitabagismo, de mudança de comportamento alimentar e prática de atividades físicas. Já os níveis de atenção secundário e terciário possuem maior densidade tecnológica, porém não com mais vasta complexidade. A maneira distorcida de enxergar a complexidade leva gestores, profissionais de saúde e população a valorizar em demasia a atenção especializada, em detrimento da APS. Contudo, a ordenadora das RAS desempenha, também, o singular papel de centro de comunicação entre os constituintes das redes (MENDES, 2011).

Três elementos compõem as RAS: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Quanto à população, o sistema de atenção precisa identificar as necessidades da população sob sua responsabilidade, conforme os riscos que apresenta, para propor, implementar e avaliar as intervenções propostas, fornecer o cuidado necessário, conforme a cultura e as preferências locais. A população deve ser conhecida e registrada em adequados sistemas de informação, além de estratificada por riscos em relação às suas condições de saúde. Tal conhecimento envolve diversos processos, como a territorialização, o cadastro, a classificação socio-sanitária e o estabelecimento de vínculo das famílias com a APS (MENDES, 2011).

A estrutura operacional das redes é composta de cinco elementos, a saber: seus nós (o centro de comunicação – APS –, os pontos de atenção secundário e terciário e o sistema de apoio), a ligação entre eles (sistema logístico) e a gerência

das relações entre todos os componentes da rede (sistema de governança). A coordenação do cuidado cabe à APS, central comunicadora e estabelecadora dos fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, pautado nas necessidades de saúde da população, com menores custos e redução de procedimentos mais caros, mais equidade e qualidade, por priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças. É pertinente ressaltar que as RAS necessitam ser suportadas por bons sistemas de informação em saúde para, desta forma, garantir a organização racional de fluxo e contrafluxo de pessoas, informações e produtos. O uso de prontuários clínicos, cartões de identificação, sistemas de regulação de acesso e de transporte constituem importantes ferramentas para este apoio (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção à saúde organizam o funcionamento das RAS, articulando os riscos aos quais as populações estão expostas e as possibilidades de intervenção, conforme os panoramas demográfico e epidemiológico, além dos determinantes sociais da saúde de certa sociedade, em um período de tempo. Mendes (2011) propôs um modelo de atenção às condições crônicas, para utilização no SUS, voltado à saúde e à comunidade. Nele, mudanças na organização e no desenho da atenção à saúde possibilitam a articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade, formando usuários e equipes de saúde mais informados e preparados para a produção de melhores resultados sanitários.

Mendes (2011) relata haver na literatura internacional evidências de que as RAS “podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde”.

Edgar Morin (1998) defende que vivemos o paradigma da simplificação, numa realidade repleta de hiperespecialização e fragmentação de saberes, práticas e realidades, reduzindo o complexo ao simples. Em sua Teoria da Complexidade, ressalta a necessidade de pensarmos na multidimensionalidade das realidades, reconhecendo a existência e relevância das interações e retroações. Trazendo para a realidade dos serviços de saúde, as RAS surgiram na contramão dos sistemas fragmentados, a fim de prestar assistência integral e contínua a uma população definida. Por sua complexidade, as RAS propõem relações horizontais entre os pontos de atenção, com efetivo sistema de comunicação entre eles e centralidade nas necessidades em saúde da população, com cuidado multidisciplinar (ARRUDA et al., 2015).

Pode-se dizer que a organização das RAS em crescentes níveis de complexidade, permitiria à população, por meio da proposição de fluxos coerentes, a fruição dos serviços necessários aos cuidados em saúde. Na prática, porém, o funcionamento burocrático, truncado e desarticulado dos fluxos, não prioriza as necessidades reais da população, tornando o sistema lento, com elevados custos (KUSCHNIR; CHORNY, 2010) e resultados precários. Assim, a teoria de Morin traz à tona a necessidade de organizar os serviços de maneiras diversas, conforme a realidade e carências da população, a fim de que as redes fluam e sejam efetivas (ARRUDA et al., 2015).

De semelhante modo, o apoio ao AM necessita ser organizado em redes que considerem as fragilidades e potencialidades de cada realidade local, permitindo o movimento dinâmico e integrado do cuidado, preconizado pelas RAS.

3.2.1 Redes de atenção materno-infantil

A Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011) é a atual denominação atribuída à rede de atenção materno-infantil nacional e foi criada para assegurar às mulheres “o direito à gravidez, parto e puerpério seguros e humanizados, o direito ao planejamento reprodutivo” e às crianças “o direito ao nascimento seguro e humanizado, crescimento e desenvolvimento saudáveis”.

Com o objetivo de implementar um modelo de atenção ao parto e nascimento, baseando-se nos princípios da humanização, a RC busca reduzir a mortalidade materna e neonatal ao garantir o acesso, a vinculação e o acolhimento de mães e bebês (CAVALCANTI et al., 2013). A promoção do AME nos 6 primeiros meses de vida e do AM complementado por alimentação saudável até os 2 anos, bem como o fortalecimento da Rede Amamenta e Alimenta Brasil são preconizados nas diretrizes da RC (BRASIL, 2011).

De igual modo, a Rede Mãe Paranaense (RMP) é a expressão da rede materno-infantil do Paraná que, orientada pela rede nacional e adequações estaduais, propõe organizar a atenção materno-infantil no estado, desde a captação precoce da gestante até o primeiro ano de vida da criança, em ações de pré-natal, puerpério e puericultura. A capacitação das equipes e a melhoria de investimentos na APS, a implantação de ambulatórios para gestantes e crianças de risco, a referência a hospitais da rede e o incentivo para uma adequada atenção ao parto

são alguns dos apontamentos da RMP, além de sugerir, em sua linha guia, que no puerpério haja, na consulta do 5º dia de nascido, o estímulo ao AM (PARANÁ, 2012).

Ambas as propostas trazem cuidados específicos direcionados à gestação e ao parto, com foco na redução das mortes maternas e infantis, porém sem claras diretrizes para a organização de fluxos e serviços voltados à amamentação.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS E O ALEITAMENTO MATERNO

A maior participação das mulheres no mercado de trabalho, desde a revolução industrial, elevou a frequência do desmame precoce em todo o mundo, despertando na OMS e na UNICEF a necessidade de promover práticas em prol do AM (SILVA et al., 2019). Assim, desde a década de 80, com base nas propostas destes órgãos, foi implantado no Brasil o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, que destacou-se internacionalmente pela grande diversidade de propostas, incluindo ações que fomentam a assistência no período pré-natal, incentivam o alojamento conjunto e a amamentação nos hospitais e maternidades, disseminam as vantagens do leite materno à população, apoiam a formação profissional, realizam monitoramento estatal sobre a venda/divulgação das fórmulas infantis e protegem – por meio de leis – a nutriz. Desde esta época, então, municípios, estados e federação passaram a promover, proteger e apoiar o AM, por meio da implementação de intervenções normatizadas (SILVA et al., 2019; SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

No Brasil, a partir da década de 80 houve a elaboração de múltiplos programas, portarias, leis e resoluções em prol do aleitamento materno. Porém, para que estes sejam implantados, necessitam de ações articuladas por equipes interdisciplinares, em solidariedade a organizações comunitárias e ações governamentais, para que haja a promoção e o apoio ao aleitamento materno, reduzindo as chances de desmame precoce.

No ano de 1979, a OMS e o UNICEF organizaram uma Reunião Conjunta – contando com a participação do Brasil – visando a promoção do AM e a melhora do estado nutricional infantil. Este movimento mundial culminou na criação/aprovação do Código Internacional para o Comércio de Substitutos do Leite Materno, pela OMS, em 1981 e, no mesmo ano, o Programa Nacional de Incentivo

ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi oficialmente lançado, com propostas que abrangiam desde campanhas de comunicação de massa a treinamento de profissionais, propondo, também, a adequação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno no Brasil (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Desde 1943 os Bancos de Leite Humano surgiram no país, porém de maneira desordenada. Somente em 1985 um novo modelo, criado pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), passou a prezar pelo aproveitamento das propriedades imunológicas e nutricionais, além de garantir a qualidade higiênica e sanitária do leite materno, tornando o projeto nacional em 1988 (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Ao assegurar que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a Constituição Federal de 1988 contribuiu para o incentivo ao AM por subsidiar a implementação do SUS – incrementando as atenções básica, especializada e hospitalar – e garantindo o direito à licença de 120 dias às gestantes/puérperas, sem que houvesse prejuízos ao seu emprego ou salário (artigo 5º, inciso XVIII), permitindo a dedicação exclusiva da mãe ao bebê durante o período da licença (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Assinada por 12 países, inclusive o Brasil, a *Declaração de Innocenti* conduziu a OMS e o UNICEF ao lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1992, com o objetivo de mobilizar os profissionais de saúde para a modificação de condutas e rotinas que poderiam levar a elevados índices de desmame precoce. A partir dela, foi estabelecida a meta de colocar em prática os *Dez Passos para o Sucesso de Aleitamento Materno* (FL; OTTO; SCHMITZ, 2003). Neste mesmo ano, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Resolução de 12 de outubro de 1992 – a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), que tornou obrigatória a afixação, com destaque, de advertência em locais de comércio de alimentos infantis, enfatizando a proibição da oferta dos mesmos aos lactentes, nos primeiros seis meses de vida, exceto quando da indicação médica ou nutricional (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

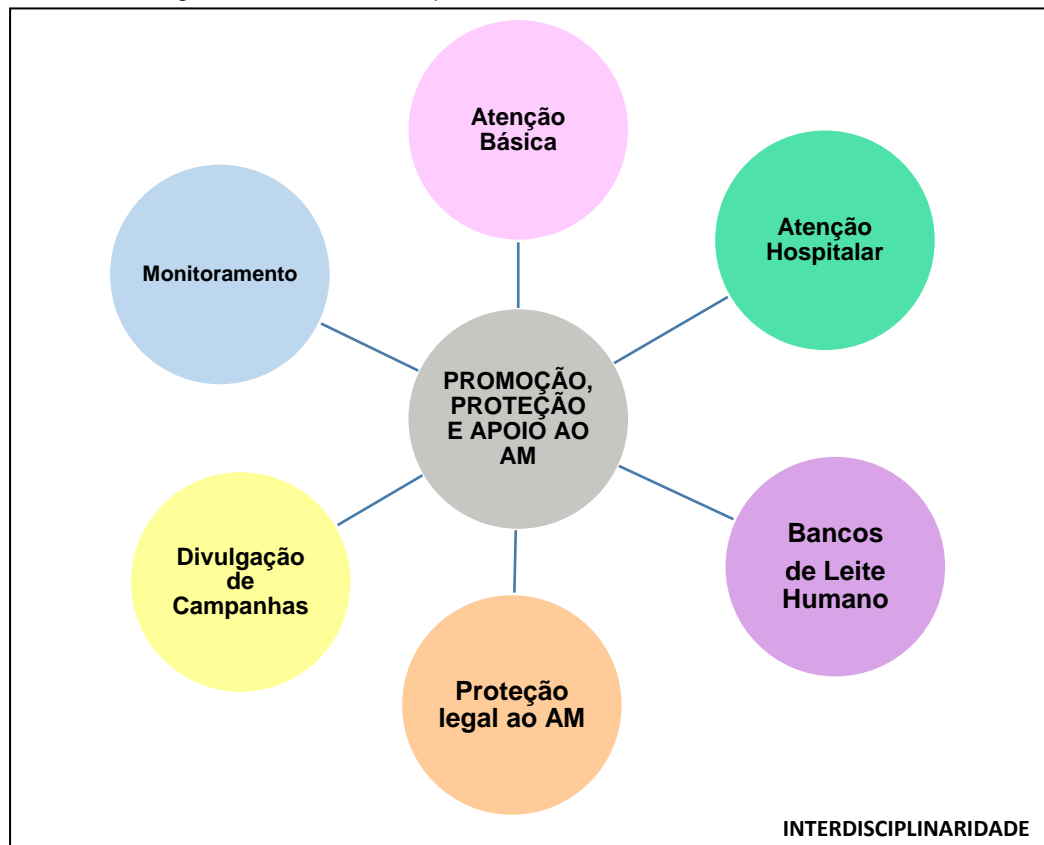
No ano de 1993, houve revisão e atualização da Resolução nº 18, de 1983, do Ministério da Saúde, que ditava a obrigatoriedade do alojamento conjunto nas maternidades, dispondo as normas básicas para o estabelecimento deste, que é

tido por facilitador do AM, por manter próximos a mãe e o Bebê durante as 24 horas do dia (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Desde 1998, o Ministério da Saúde passou a gerir, no setor de Saúde da Criança, o Programa de Aleitamento Materno responsabilizando-se pelas ações já existentes e pelas ações vindouras voltadas ao AM. A partir de então, o MS normatiza, por meio da Portaria nº 693/2000, o Método Canguru, para o atendimento aos recém-nascidos de baixo peso, sugerindo que permaneçam unidos ao peito da mãe, favorecendo a amamentação e, em agosto de 2002, aprova a Resolução nº 221, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, norteando o uso de chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo, destacando a necessidade de haver advertências, em locais de fácil visualização, de que tais utensílios são dispensáveis às crianças que mamam no peito e que seu uso prolongado, além de interferir na amamentação, trazem prejuízos à dentição e à fala da criança (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Atualmente, a Política Nacional de Aleitamento Materno organiza-se em seis ramificações estratégicas, conforme a figura 2 (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010):

Figura 2: Estrutura do apoio ao aleitamento materno no Brasil



Fonte: BRASIL, 2010 (adaptado).

- 1- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB): criada em 2008, incentiva o AM na Atenção Básica, por meio da educação permanente em saúde, capacitando as equipes das unidades de saúde para o trabalho interdisciplinar, respeitando a visão dos profissionais envolvidos e as realidades locais e regionais. Os tutores da Estratégia, profissionais com experiência em AM, coordenam oficinas para discussão da prática junto às equipes das unidades da atenção básica, auxiliam na execução das ações pactuadas nos planos de ação e monitoram os índices da amamentação da população atendida (BRASIL, 2015);
- 2- A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (LAMOUNIER et al., 2019) e o Método Canguru (BRASIL, 2011) estão inseridos na Atenção Hospitalar. A primeira, por meio de mudanças nas rotinas das maternidades, a fim de que sejam cumpridos os Dez Passos para o

- Sucesso do Aleitamento Materno, está inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, da OMS e da UNICEF, com o objetivo de resgatar o direito da mulher aprender a praticar a amamentação. Os hospitais que aderem à IHAC recebem remuneração diferenciada pelo SUS, elevando consideravelmente seus rendimentos com partos, consultas obstétricas e pediátricas de puericultura. Já o segundo, baseado no contato “pele a pele” e sustentado pela premissa de que todo neonato não poderia ser privado desta sensação de contato íntimo com sua mãe após o nascimento, é utilizado prematuros, para melhorar os índices de AM (BOCCOLINI et al., 2017; LAMOUNIER et al., 2019; SILVA et al., 2019);
- 3- A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH) figura entre as principais políticas governamentais para a promoção do AM, pois assiste às lactentes cujos bebês estão hospitalizados ou que tenham qualquer dificuldade com a amamentação, além de coletar, processar e distribuir leite humano (BRASIL, 2017; LAMOUNIER et al., 2019). Atualmente, o Brasil possui a maior rede de bancos de leite do mundo (SILVA et al., 2019);
 - 4- No que diz respeito à proteção legal ao AM, o Brasil foi um dos pioneiros a adotar, em sua totalidade, o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno e, a partir dele, criar a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) (BRASIL, 2007), em 1992, que visa o combate às práticas não éticas de marketing de substitutos do leite materno, mamadeiras e chupetas (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição-INAN / MS, 1992). A Lei nº 11.770/2008 funda o Programa Empresa Cidadã, que estimula as empresas a aumentarem a duração da licença maternidade das mulheres trabalhadoras para 6 meses, mediante concessão de incentivo fiscal. Tal lei protege e corrobora a importância do AME até os 6 meses de vida do bebê (BRASIL, 2008). Em 2010, o programa “Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta” (AMTA), do Ministério da Saúde, passou a conscientizar empresas públicas e privadas para a importância da prática da amamentação, visando o respeito e apoio às suas funcionárias nesse período. A estratégia possui três eixos

fundamentais: 1) licença-maternidade de seis meses; 2) implementação de creches nos locais de trabalho ou convênio com creches próximas; 3) implantação das salas de aleitamento materno (BRASIL, 2015b). Neste importante período, o auxílio paterno também ganhou força e, por meio do Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257), havendo prorrogação da licença paternidade – antes estabelecida em cinco dias, passando agora para vinte dias (BRASIL, 2016; RIMES; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2019). O AMTA confere à nutriz o direito de gozar de dois intervalos de meia hora durante sua jornada de trabalho, até que a criança complete 6 meses – idade em que o aleitamento deixa de ser exclusivo e passa a ser complementado – e, além disso, as empresas com mais de 30 funcionárias mulheres, acima de 16 anos de idade, deve oferecer um local adequado (seja na própria empresa ou em local conveniado) para deixar os filhos destas, que estejam em período de amamentação, sob vigilância e assistência (BRASIL, 2015b). Também é estimulada a criação de Salas de Apoio à Amamentação nas empresas, possibilitando a coleta e o armazenamento seguro do leite materno pela mulher trabalhadora, a fim de que possa ser ofertado ao bebê durante quando de sua ausência (BRASIL, 2017; MONTEIRO et al., 2017; SILVA et al., 2019);

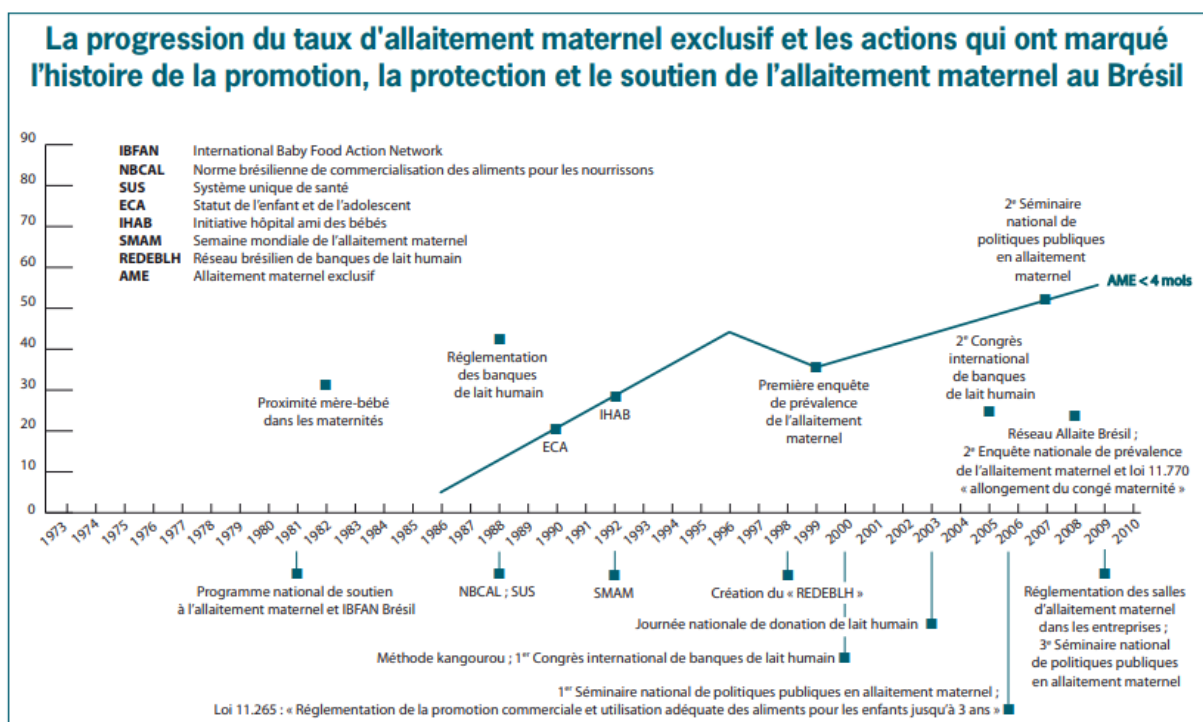
- 5- Dentre as ações de mobilização social em prol do AM, pode-se citar a Semana Mundial da Amamentação, que, comemorada desde 1992 em cerca de 120 países, conta com a participação da mídia, empresas, bem como de diferentes setores da sociedade – todos sensíveis ao resgate da cultura da amamentação; o Dia Nacional de Doação de Leite Humano (2003), visando elevar o volume de LM doado no país; além do projeto Carteiro Amigo, da empresa de Correios, que incentiva o AM e do envolvimento dos Bombeiros, que realizam coleta de LM nas residências de mais de 500 municípios do Brasil (BRASIL, 2017);
- 6- O monitoramento das ações e práticas de amamentação no Brasil também constituem importantes componentes da Política Pública de Incentivo ao Aleitamento Materno. Nos anos de 1999 e 2008, durante as campanhas de vacinação contra a poliomielite, foram realizados

inquéritos à população, além da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (realizada a cada 10 anos) (BRASIL, 2017).

Partindo das vertentes anteriormente explicitadas, o apoio ao AM deve, então, organizar-se em rede, mobilizando os 3 níveis de atenção à saúde: atenção primária, secundária e terciária, visando a atenção integral ao binômio mãe/bebê.

No Brasil, a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (PPAM) expôs e analisou a situação e a evolução da amamentação nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, a saber: a prevalência do AME cresceu a cada década, entre os anos de 1986 e 2006, com ganhos estatisticamente significativos, estabilizando em 2013 (ORTELAN; AUGUSTO; SOUZA, 2019). Tais ganhos refletem a substituição do modelo hospitalocêntrico pela descentralização da atenção, tomando a atenção primária à saúde como ordenadora da rede, trouxe à tona a priorização das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (SILVA et al., 2019), reforçando o apoio ao AM nas consultas de pré-natal, nas orientações em sala de espera, nos grupos de gestantes e nos acompanhamentos da puericultura, informando-as e habilitando-as para a prática da amamentação.

Figura 3: Progressão da taxa de aleitamento materno exclusivo e as ações que marcaram a história do apoio à amamentação no Brasil



Fonte: (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

A instituição de políticas de promoção, proteção e apoio ao AM, foi deveras importante para a mudança do cenário do AME no Brasil. Ao longo dos anos, é possível notar sua clara ascensão à medida que mais medidas e programas foram instaurados (Figura 3).

3.4 POSSIBILIDADES DE ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR AO ALEITAMENTO MATERNO: UM PANORAMA SOBRE AS REDES DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

As redes de apoio ao AM se fazem presentes em todo o mundo e possuem reconhecida relevância mundial, transformando realidades locais na atenção materno-infantil. Para a construção deste item, objetivando identificar as propostas de redes de apoio ao AM existentes ao redor do mundo, foi realizada uma revisão integrativa de literatura, seguindo o método de construção descrito por Souza, Silva e Carvalho (2010) e Ercole, Melo e Alcoforado (2014), atendendo às seguintes fases: 1ª fase – elaboração da pergunta norteadora; 2ª fase – busca ou amostragem na literatura (estabelecimento dos descritores e critérios de inclusão/exclusão e seleção de artigos); 3ª fase – coleta de dados (definição das informações a serem extraídas dos artigos); 4ª fase – análise crítica dos estudos incluídos; 5ª fase – discussão dos resultados; 6ª fase – apresentação da revisão integrativa (síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados).

Estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: De que maneira se organizam as redes de apoio materno ao redor do mundo? Utilizando os descritores *breastfeeding and support and network and public policies* e limitando as publicações ao período compreendido entre os anos de 2013 e 2018, a coleta de dados se deu entre os meses de junho e julho de 2018.

Os critérios de inclusão adotados pelo presente estudo foram: a publicação ser classificada como artigo completo, original, ter como temática as redes de apoio ao aleitamento materno e conter resumo e indexadores nas bases de dados *Scopus, PubMed e Scielo*. Foram excluídos os trabalhos de revisão, os editoriais, as cartas ao editor, bem como os estudos que não abordavam a temática relevante ao objetivo da revisão, chegando-se a um número de 10 artigos incluídos na revisão integrativa, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Artigos encontrados, selecionados e incluídos na revisão, segundo fontes de informações

Recursos informacionais	Artigos encontrados	Artigos selecionados para leitura	Artigos incluídos na revisão
<i>Scopus</i>	13	8	4
<i>PubMed</i>	140	27	4
<i>Scielo</i>	5	5	2

Fonte: os autores.

Assim, após o percurso metodológico descrito, foram selecionados os artigos que contemplavam os objetivos do presente trabalho – elucidação de propostas de redes de apoio ao aleitamento materno, publicadas na literatura internacional e nacional –, bem como os que atendiam aos critérios previamente estabelecidos. A análise de dados das políticas de redes de apoio ao aleitamento materno ocorreu mediante avaliação da metodologia de cada artigo e observou-se os atores envolvidos, as práticas comumente realizadas e os principais resultados encontrados.

Foram localizados 158 estudos, distribuídos nas 3 bases de dados pesquisadas. Desse total, foram excluídos 118 estudos, em razão de incongruência com a temática da revisão “rede de apoio ao aleitamento materno”. Assim, foram potencialmente relevantes para análise 40 estudos, advindos da leitura dos títulos e resumos, porém 30 não atendiam aos critérios de inclusão e também foram excluídos. Finalmente, 10 estudos foram usados na presente revisão integrativa.

Quanto ao delineamento dos estudos incluídos, evidenciou-se, na amostra, o predomínio de pesquisas do tipo transversal e de ensaios clínicos (ambos com 30% em cada categoria de estudo), seguido pelos estudos qualitativos descritivos (20%) e estudos de coorte e *outcomes research* (ambos com 10%). Quanto ao idioma, verifica-se que a língua inglesa foi a mais frequente (80%) e a classificação dos artigos foi disposta por níveis de evidência, conforme a proposta de Oxford (2009), em que a análise de qualidade resultou da concordância classificatória entre dois avaliadores independentes. Os artigos encontrados compreendem os anos de publicação de 2014 a 2018, sendo os resultados da revisão sintetizados no Quadro 2.

Quadro 2 – Síntese dos principais resultados dos estudos relacionados às redes de apoio ao aleitamento materno

Local	Tipo de estudo	Nível de evidência (*)	Estratégia utilizada	Principais achados
Países do Sul da África	Coorte retrospectivo	1B (BERGMAN, 2016)	4 visitas de mães mentoras no pré e pós-natal	Redução do risco de descontinuação do AM
África do Sul	Ensaio clínico randomizado controlado	2B (NKONKI et al., 2014)	Apoio de pares para o AM 1 vez no pré-natal e 4 vezes após o parto	O programa tem menor custo que outros.
Nova Zelândia	Transversal	4 (JOHNSON et al., 2017)	Apoio de pares no pré e pós natal	Maior confiança na capacidade de amamentação
EUA	Transversal	4 (LERUTH et al., 2017)	Apoio individual de pares desde a gravidez até os 6 meses pós-parto	Melhora da iniciação do AM e das taxas de amamentação
Reino Unido	Ensaio clínico não randomizado	2C (PARANJOTHY et al., 2017)	Entrevistas motivacionais em até 48 horas após o parto, por apoiadores de pares	A intervenção foi aceitável e viável e sua eficácia deve ser testada via estudo controlado
Suécia	Ensaio clínico controlado e randomizado	1B (ERICSON; FLACKING; UDO, 2017)	Suporte proativo e reativo por telefone durante 14 dias após parto	Aspectos positivos em ambos os suportes. O suporte reativo isolado, porém, pode ser insuficiente para mães com maior necessidade de apoio
Espanha	Transversal	4 (BAÑO-PIÑEROA et al., 2018)	Verificação da eficácia dos programas formais e informais de apoio ao AM	As redes de apoio influenciam positivamente a prevalência e duração do AM
Brasil	Qualitativo descritivo	4 (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015)	Pesquisa sobre a rede social da puérpera	A rede de apoio social foi representada, principalmente, pelos familiares e comunidade
Itália	Qualitativo descritivo	4 (SOUZA; NESPOLI; ZEITOUNE, 2016)	Pesquisa sobre a rede social da puérpera	O conhecimento da rede social é um importante subsídio para que profissionais de saúde atuem de maneira mais eficaz no apoio ao AM
Gana	<i>Outcomes research</i>	2C (DOUGHERTY et al., 2018)	Mensagens de saúde através de vídeos, teatro, visitas e rádio, favorecendo discussões e diálogos sobre o AM na comunidade	Os esforços destinados a aumentar a comunicação entre as mulheres e suas redes sociais podem levar a melhoras nos resultados de saúde

Fonte: os autores.

Nota: (*) Nível de evidência conforme Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2009).

Ao analisar os estudos selecionados, observou-se duas principais temáticas nas redes de apoio ao aleitamento materno (AM): temática 1 - projetos/programas desenvolvidos em nível local com apoiadores, com 7 estudos; e temática 2 – influência da rede social nas mulheres que estão amamentando, com 3 estudos.

Na primeira temática, destaca-se o programa Mães Mentoras (MMS), que iniciou em 2002. Este projeto foi desenvolvido em regiões urbanas do sul da África, como a Suazilândia. No MMS os desvios positivos, ou seja, as mulheres que, apesar de pobres, tiveram condições e criaram crianças saudáveis, são formadas em saúde materna e infantil, nutrição e prevenção do HIV para, em seguida, fazerem visitas domiciliares em sua comunidade, a gestantes e mães de crianças pequenas, espalhando seu conhecimento. O suporte das MMS teve impacto positivo sobre as taxas de aleitamento materno exclusivo (BERGMAN, 2016).

Na África do Sul, o programa *Promise-EBF* destinou-se a promover o AME em três regiões (Paarl, Rietvlei e Umlazi). Nesta iniciativa, desenvolvida de 2005 a 2007, os apoiadores de pares, com pelo menos 12 anos de estudo, interesse por saúde infantil e experiência na comunidade, visitaram mulheres para apoiar o AME por 5 vezes (uma vez no período pré-natal e quatro após o parto). Os autores concluíram que o programa foi mais barato que outros antes implantados, mas ainda custou US\$228 por mulher. Assim, sugerem que estender as tarefas de apoio ao AME aos agentes comunitários de saúde seria uma opção para reduzir esses custos e também potencializar as ações de AME na comunidade (NKONKI et al., 2014).

Outra iniciativa de sucesso é a *Mum4Mum* (M4M), que de acordo com Johnson et al., (2017), foi introduzida em 2007, visando aumentar as taxas de iniciação da amamentação e estender o apoio à mulher em áreas rurais na Nova Zelândia (NZ), nos períodos pré e pós-natal. A iniciativa é baseada no programa de aconselhamento de pares da amamentação. Desde o início do programa até 2014, 153 mulheres completaram o treinamento, o que resultou na criação de uma rede de apoio à amamentação em toda a região rural. Uma estratégia reconhecida como efetiva no apoio à iniciação e manutenção da amamentação.

Os EUA também desenvolveram iniciativas de apoio ao AM. Uma delas é o *Westside Healthy Start* (WHS), implantada em Chicago no ano de 2015. Este programa conta com conselheiros de apoio à amamentação certificados e treinados para atuar junto a mulheres afro-americanas de baixa renda. As ações incluem educação individual e aconselhamento da gravidez até 6 meses após o parto e

parceria com um hospital local para implementar a iniciativa hospital amigo da criança, além de fornecer apoio à lactação na alta de pacientes. Cabe destacar que ao intervir em vários níveis antes, durante e após a alta hospitalar, este modelo maximizou as oportunidades de melhorar as taxas de amamentação na comunidade (LERUTH et al., 2017).

Na Inglaterra e País de Gales, a intervenção verificada foi o projeto piloto *Mam-Kind*, desenvolvido em 2013. Conforme Paranjothy et al., (2017) a iniciativa contou com entrevistas motivacionais e contato pessoal, em até 48 horas após o nascimento, por apoiadores de pares proativos (*Mam-Kind Buddy*), seguido por contato com duração de mais 2 a 6 semanas. Estes apoiadores de pares eram supervisionados por um *Mam-Kind supervisor*, uma parteira da comunidade local que deu suporte aos apoiantes de pares com consultas clínicas e em ligação com outros profissionais de saúde.

Outra estratégia interessante foi desenvolvida em um hospital, na Suécia, entre os anos de 2013 e 2016. Consistia no suporte proativo e reativo por telefone, por enfermeiros, para mães de prematuros que tiveram alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) hospitalar. O suporte proativo incluía uma ligação diária para as mães, durante 14 dias; já no suporte reativo eram as mães que poderiam chamar a equipe de apoio à amamentação quando desejassem. Os resultados indicaram que as mães que receberam suporte proativo, relataram que se sentiram fortalecidas, apoiadas e seguras, como resultado dos contínuos cuidados prestados pela equipe. As mães que receberam suporte reativo experimentaram sentimentos contraditórios: algumas sentiam-se seguras, porque elas tinham a oportunidade de ligar para o suporte, enquanto outras julgaram ser difícil decidir quando e se deveriam utilizar o serviço (ERICSON; FLACKING; UDO, 2017).

Por fim, na Espanha, foi desenvolvido estudo para verificar a eficácia dos programas formais e informais de apoio ao AM, na região da Múrcia, com aplicação de questionário para 500 mães no período de junho a novembro de 2014. Conforme explicam Baño-Piñeroa et al., (2018) foi constatado que as mães que conseguiram amamentar por períodos mais longos foram as que tiveram maior grau de satisfação com as redes de apoio. Contudo, o estudo não aponta as estratégias utilizadas pelas redes nem os atores sociais envolvidos.

Na temática 2 – influência da rede social nas mulheres que estão amamentando, foram encontrados 3 estudos, contendo resultados semelhantes:

ressaltam que a família (mãe, marido, irmãs, sogra, cunhada, etc.) e profissionais de saúde, com destaque para as enfermeiras das unidades de atenção primária, que são os maiores influenciadores da decisão e do tempo de duração do AM (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015; SOUZA; NESPOLI; ZEITOUNE, 2016; DOUGHERTY et al., 2018).

As mulheres pertencem a um contexto relacional, no qual os membros da família (rede social primária) ocupam papel de destaque e de referência, tendo a possibilidade de compartilhar conhecimentos, experiências, hábitos e condutas. Esta familiaridade é fundamental, principalmente para garantir o início do AM. O apoio familiar neste contexto inclui companhia, ajuda no cuidado da criança e nas tarefas domésticas e é atribuído, principalmente, à figura feminina de mãe, irmã, sogra, cunhada, amiga (SOUZA; NESPOLI; ZEITOUNE, 2016).

Nesta temática, além dos estudos que discutiram o papel da rede social na mulher, está uma iniciativa intitulada programa comunitário de saúde (CBH), implementado na região rural de Gana, entre 2013 e 2016. Este teve como objetivo introduzir uma mudança de comportamento, abordando normas sociais e práticas culturais que influenciam a saúde materna e o AM. O programa contou com mensagens de saúde por meio de vídeos, teatro, visitas domiciliares e rádio, divulgadas na comunidade, para gerar discussões e favorecer o diálogo sobre o AM na comunidade. Ao término dos 3 anos de execução do programa, verificou-se que houve melhora significativa de três dos seis pontos avaliados: início precoce de cuidados pré-natais, quatro ou mais consultas no pré-natal e início precoce do AM (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

Cabe destacar a fragilidade das informações apresentadas nos estudos sobre as redes sociais de apoio à mulher. Embora apontem a importância do seu papel, não apresentam informações concretas sobre a organização, as estratégias utilizadas e os atores envolvidos, o que inviabiliza sua replicação ou comparação com os demais estudos. Porém, por abordarem o AM no ambiente comunitário, promovendo maior atenção e cuidado, têm seu valor e aplicabilidade.

As taxas de amamentação estão aumentando lentamente em todo o mundo. Contudo, a promoção, a proteção, a manutenção e o apoio à amamentação ainda são um desafio importante, já que sua duração diminui ao longo dos primeiros seis meses de vida. Na Espanha, por exemplo, há uma tendência descendente no AME,

caindo de 66,2% nas seis primeiras semanas de vida para 37,8% aos seis meses (BAÑO-PIÑEROA et al., 2018).

Para Leruth et al., (2017) todas as mulheres experimentam desafios ao amamentar, mas as mulheres de baixa renda e as minorias raciais/étnicas enfrentam dificuldades distintas e mais numerosas, incluindo a falta de apoio em casa, no trabalho e em suas comunidades. As mães com menor rendimento e menores níveis de educação também são as menos propensas a iniciar o AM.

Diante destas dificuldades, o apoio, leigo ou profissional, de acordo com Johnson et al., (2017) é visto como a estratégia mais eficaz para alcançar altas taxas de amamentação. Para facilitar o aleitamento materno, o apoio adequado deve ser centrado na pessoa e deve incluir relações de confiança e continuidade. Os apoiadores de pares incluem, principalmente, mães mentoras treinadas por profissionais de saúde para atuar nas suas comunidades, agentes comunitários de saúde (ACS) e conselheiros de apoio à amamentação (ERICSON; FLACKING; UDO, 2017).

Autores salientam que as mães que esclarecem dúvidas e discutem seus problemas em redes de apoio são mais susceptíveis a amamentar por mais tempo, em comparação com aquelas que não o fazem. Além disso, o treinamento sobre amamentação durante o período pré-natal afeta positivamente a decisão da mãe de buscar apoio profissional para a resolução de problemas ou dúvidas sobre o aleitamento materno (BAÑO-PIÑEROA et al., 2018).

A promoção do AM requer uma atuação interdisciplinar, realizada por todos os profissionais envolvidos no cuidado materno-infantil, posto que o sucesso da amamentação advém de uma adequada assistência prestada às mulheres e bebês, desde o pré-natal, em ações educativas e preparatórias. O olhar global, não segmentado, viabilizado pelas ações de equipes interdisciplinares capacitadas, é capaz de promover o correto manejo da lactação, favorecendo a amamentação bem-sucedida nos recém-nascidos.

Cabe destacar, então, a relevância dos programas descritos nesta revisão integrativa, sendo de maior sustentabilidade as intervenções baseadas na comunidade, em especial em ambientes de baixa renda, com destaque ao Mães Mentoras, *Promisse-EBF*, *Mum4Mum*, *Westside Healthy Start* e *Mam-Kind*, todos baseados em apoio aos pares, atuando nas comunidades.

O apoio de pares baseado na comunidade mostrou-se eficaz na melhoria das taxas de aleitamento materno exclusivo em diversos contextos (NKONKI et al., 2014). Além disso, estes programas suprem a demanda crescente em cuidados de saúde, que os governos de muitas nações continuam incapazes de cobrir plenamente, especialmente em áreas rurais ou bairros mais remotos, onde o recrutamento e retenção de profissionais de saúde é um grande desafio (BERGMAN, 2016; JOHNSON et al., 2017).

Muitos países desenvolvem ações e práticas para apoio à amamentação. Como exemplo, pode-se citar um estudo realizado no Condado de Erie, cidade de Buffalo - New York (EUA), que objetivava conhecer 5 práticas amigáveis de amamentação lá desenvolvidas. Nele, o número de práticas designadas ao aleitamento materno foi muito superior ao objetivo inicial da pesquisa. No final do estudo, foram vistas 14 práticas. Os autores explicam que esforços futuros devem ser direcionados para ampliar esta iniciativa em todo o estado e determinar seu impacto (GREGG et al., 2015).

No entanto, estudos que avaliam o impacto das redes de apoio à amamentação ainda são muito heterogêneos e negligenciam as características maternas e familiares, o tipo de programa de apoio utilizado ou os contextos em que os programas de suporte são aplicados (BAÑO-PIÑEROA et al., 2018).

No Brasil, governos federal e estaduais têm trabalhado conjuntamente para a construção de redes de atenção à saúde. Desde 2013, foi implementada a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde, que busca o incremento das ações de promoção do aleitamento materno pela qualificação profissional, incentivando a inserção desta prática nas atividades de rotina das Unidades de Saúde, visando a elevação da prevalência de crianças em AME até os seis meses de idade, bem como a de crianças amamentadas até os 2 anos de idade ou mais, minimizando, conforme a realidade local, as práticas desestimuladoras da amamentação (BRASIL, 2013).

A orientação da EAAB instrui as equipes de saúde, contribuindo para a sua autonomia, possibilitando a descentralização do cuidado em amamentação e, conseqüentemente, um maior alcance na comunidade. Considerando, então, os processos de trabalho e princípios organizacionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), pode-se afirmar que a mesma possui condições facilitadoras para a melhoria

dos índices de aleitamento materno – conhecimento do território, da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade das famílias, bem como a possibilidade de propor ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde (FERREIRA; GOMES; FRACOLLI, 2018).

Atividades relativas ao cuidado fazem parte do roteiro de atuação previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde para o ACS nos espaços de vida cotidiana. Tais profissionais estabelecem uma dupla conexão: da unidade de saúde com a comunidade e desta para com aquela, agindo nos domicílios e na coletividade, sendo, portanto, capaz de estender o acesso às ações e serviços de informação, promoção social e de proteção da cidadania, além de participar da orientação, acompanhamento e educação em saúde, constituindo elemento em posição privilegiada para a implementação de ações em prol do aleitamento materno, devendo ser capacitado para tal (BRASIL, 2017).

Além disso, um ACS trabalha inserido na comunidade à qual pertence. Em muitas áreas do mundo, a demanda por profissionais de saúde treinados ultrapassa o número de profissionais existentes, ao mesmo tempo em que a demanda por cuidados de saúde está em ascensão. Nesse sentido os ACS podem ajudar a preencher esta lacuna (BERGMAN, 2016).

Contudo, mesmo em face às políticas e iniciativas citadas, o país ainda apresenta taxas expressivas de desmame precoce, com introdução da alimentação complementar antes do período recomendado (SANTOS et al., 2018). Tal cenário sugere a falta de articulação entre os níveis de atenção no suporte à saúde materno-infantil.

Pelos estudos aqui discutidos, percebe-se que em diversos países bons resultados foram alcançados não apenas por meio do estabelecimento de políticas públicas, mas por propostas de apoio aos pares (JOHNSON et al., 2017; LERUTH et al., 2017; PARANJOTHY et al., 2017; ERICSON; FLACKING; UDO, 2017; BAÑO-PIÑEROA et al., 2018; PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015; DOUGHERTY et al., 2018). O Brasil apresenta um cenário favorável à instituição de redes públicas de apoio ao AM, por meio da adoção das propostas da EAAB, do estreitamento do vínculo entre os serviços de saúde e as gestantes/puérperas das comunidades, bem como da proposição/estabelecimento de redes locais de apoio à amamentação que permitam a descentralização do cuidado e a consequente ampliação do AME.

As condições sociais e econômicas ainda não são favoráveis à amamentação para grande parte das mulheres que almejam aleitar, já que as mesmas precisam retornar brevemente ao mercado de trabalho e enfrentam falta de estrutura e apoio familiar, o que não contribui para o ato de amamentar exclusivamente. Contudo, os países podem melhorar as práticas de amamentação por meio da ampliação de intervenções, políticas e programas que sejam desenhadas em redes de apoio ao aleitamento materno, pois o sucesso na amamentação não é responsabilidade apenas da mulher, mas da sociedade (ROLLINS et al., 2016). Assim, se faz necessário mais suporte político e investimento financeiro para proteger, promover e apoiar a amamentação. Cabe destacar que as organizações globais sugerem maior necessidade de compromisso político e financeiro para a questão do AM, além de mudança de atitude sobre este assunto (BERGMAN, 2016).

A literatura expõe a fragilidade do suporte ao AM na esfera mundial. Mesmo em face ao conhecimento de todos os benefícios da prática para a díade mãe-bebê e das diretrizes divulgadas pela OMS, existem poucas iniciativas propostas de redes de apoio. Poucas pesquisas discutem a relevância da intervenção das equipes de profissionais da saúde em suas diversas possibilidades de atuação – educação em saúde, resolução de problemas e assistência satisfatória –, porém a carência na qualificação destas para lidar com a amamentação foi evidenciada.

A replicação de experiências de sucesso relatadas nas pesquisas representa uma possibilidade de ampliação do apoio ao AM, desde que adaptadas ao contexto onde serão replicadas. Nas diversas localidades estudadas, o suporte partiu de iniciativas governamentais ou de serviços públicos de saúde – pautados no treinamento de pessoas-chave na comunidade, no apoio de pares e nas redes sociais de mães –, mostrando-se resolutivo, consistente e acessível. No Brasil, as propostas da EAAB contribuem para o preparo profissional, bem como para a sensibilização de gestores e da comunidade, mas ainda são pouco aplicadas, corroborando o quão desafiadora é a consolidação do apoio ao AM.

Muitas vezes os serviços de saúde constituem barreiras intransponíveis entre as gestantes/puérperas e os profissionais habilitados para atendê-las, gerando falhas na busca, orientação e no amparo às mesmas e seus bebês, contribuindo para o desmame precoce. Contudo, iniciativas diversas por todo o mundo, como as relatadas nesta revisão integrativa, mostraram-se efetivas e de

grande importância para o estímulo e apoio necessários à manutenção do aleitamento materno. Conclui-se, portanto, que é de fundamental importância para o estímulo e crescimento do AM a implementação e o fortalecimento de redes locais e regionais de apoio à amamentação, que considerem as regionalidades e particularidades de suas comunidades, bem como valorizem a importância da interdisciplinaridade no cuidado materno-infantil.

3.5 O USO DAS NARRATIVAS NAS PESQUISAS EM SAÚDE

O ato de narrar é intrínseco ao homem e traz em si as características de uma trajetória, um enredo vivido pela personagem no relato.

Não se sabe exatamente quando surgiram as primeiras narrativas no mundo, mas os registros deixados nas cavernas e revelados através das escavações arqueológicas demonstram que desde os primórdios o homem se preocupou em narrar o vivido por ele, os seus feitos, seu dia a dia, suas caçadas e lutas. E esses sinais evidenciados nos desenhos rupestres, que hoje podem ser contemplados inclusive em museus de arqueologia, livros e arquivos históricos, contam uma história. São narrativas de um tempo em que o código alfabético ainda não existia.

Nota-se, também que havia uma preocupação do homem primitivo em registrar, por exemplo, suas descobertas acerca das técnicas de plantio e armazenamento daquilo que ele colhia.

Além disso, nessas manifestações traçadas nas paredes das cavernas, observa-se a necessidade do homem de se reunir com seus semelhantes em torno de uma fogueira para narrar esses seus feitos e conquistas. Essas narrativas vinham também recheadas de figuras mágicas e fantásticas, criadas pelo narrador para representar os elementos e manifestações da natureza, para os quais ele não tinha explicação científica. Os astros celestes, o trovão, o raio, o fogo, a água, a própria terra, se tornavam seus deuses e divindades que povoavam as narrativas, as quais foram propagadas oralmente através dos tempos.

Com a evolução natural advinda das experiências vividas pelo homem, surgiram os códigos da escrita e os registros foram ampliados para os conhecimentos sobre a conservação de alimentos, a cultura pecuária, confecção de

tecidos e vestimentas, arquitetura, além dos experimentos ligados às doenças e saúde.

Todas essas e tantas outras informações foram repassadas através das narrativas, de geração para geração, até que grande parte das pessoas pudesse decodificar a escrita e, assim, ter acesso aos conhecimentos e culturas já registradas por meio desse recurso.

Dessa maneira, as narrativas deram origem a todo um caudal de literatura escrita e, posteriormente, muitas se transformaram em verdadeiras obras de arte reproduzidas em vários estilos, versões e traduções.

Porém, a narrativa não se limita apenas a um relato, com princípio, meio e fim, que serve para entreter ou transmitir os conhecimentos de maneira factual. A narrativa traz em seu âmago o conhecimento sim, mas aquele adquirido pelo homem através dos sentidos. Ou seja, ela carrega em si a emoção do vivido, pleno de significados.

Assim sendo, para além da importância da narrativa em outros aspectos apresentados anteriormente de forma resumida, ela é reconhecida como uma relevante técnica a ser aplicada em pesquisas qualitativas em saúde.

Como explica Cunha (1997), ao narrar fatos vivenciados por ela mesma, a pessoa é capaz de reconstruir sua trajetória, atribuindo à mesma novos significados. Portanto, as narrativas não consistem apenas em relatos literais de fatos, mas na representação que o indivíduo faz dos mesmos, e nesta capacidade transformadora da realidade reside a sua riqueza.

Portanto, a relação estabelecida entre a narrativa e o que foi experienciado é um processo dialético, que produz uma modalidade de discurso transformador, considerando-se que a narrativa cria o relato, assim como esse relato recria a realidade.

Por intermédio da linguagem é que os sujeitos, nomeando suas experiências e expondo seu mundo, afirmam-se como agentes sociais imbuídos de vontades e propósitos e passam a ressignificar aquelas experiências, ao examiná-las criticamente (CUNHA, 1997).

Costa e Gualda (2010) afirmam que a narrativa parece ser o único caminho para descrever o tempo vivido, pois pode ser usada para compreender um momento atual da vida, não se limitando ao passado e possibilitando a antecipação do futuro,

além de evidenciar o contraste entre as expectativas construídas com base em modelos culturais e a experiência individual do sujeito.

Assim, as narrativas possibilitam compreender a maneira como as experiências humanas são compartilhadas e como se dá a organização dos comportamentos e seus significados, a produção de histórias, os processos de aquisição do conhecimento e as múltiplas maneiras de se captar vivências (COSTA E GUALDA, 2010).

Schraiber et al. (1988) apresentam uma pesquisa qualitativa aplicada à saúde coletiva e medicina social, para a qual foram recolhidas narrativas pessoais sobre a vida profissional de médicos graduados entre 1930-1955. Esses relatos orais foram registrados como narrativas da vida no trabalho. No início, a pesquisa baseou-se na coleta de dados em livros, textos e outras publicações, mas a modalidade narrativa foi escolhida como a mais adequada ao estudo de práticas médicas, numa dimensão subjetiva.

Para os autores, as conclusões acerca do instrumento de pesquisa foram as seguintes:

“O caráter do instrumento de pesquisa muito amplo, sua definição sob princípios operativos muito genéricos e a grande dose de decisões pessoais do pesquisador no curso de sua utilização no trabalho de campo, têm sido os aspectos mais polêmicos quanto à técnica desta forma de investigação. São eles, porém, ao mesmo tempo, sua marca mais produtiva. É exatamente esta sua natureza que permite melhor explorar a subjetividade como objeto de conhecimento, já que promove resgate das dimensões subjetivas dos processos sociais que respeita o todo complexo de sua constituição. Tal capacidade nos é evidenciada por ser o relato oral a apreensão da subjetividade na forma de um pensamento externalizado, vale dizer, a narrativa. Trata-se, assim, da objetivação de pensamentos, por meio da construção de um pensar” (SCHRAIBER ET AL, 1995, p.73).

Moscovici considera que as representações são essencialmente sociais e acredita que se manifestam através das expressões de indivíduos ou coletivos durante suas interações sociais, conforme o contexto social do qual são parte integrante. As representações sociais surgem sempre que, ao entrar em contato com as ideias de novos sujeitos e grupos, um novo saber criado e compartilhado adquire novas representações (COELHO; CARVALHO; PORCINO, 2019). O principal objetivo do seu estudo é alcançar a compreensão de como um grupo de

peças elabora e organiza seus saberes e ideias, conferindo identidade a este conjunto de indivíduos (VISENTIN; LHULLIER, 2019).

Por isso, credita-se à pesquisa qualitativa e particularmente à produção de narrativas, a característica de ferramenta extremamente apropriada para o estudo das representações sociais (SCHRAIBER, 1995).

Outros pesquisadores também apresentam a narrativa como técnica muito utilizada em Antropologia Médica, com o objetivo de compreender de maneira mais ampliada a doença, por parte do profissional de saúde, ao proporcionar uma relação de empatia entre este e o paciente (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003).

Os mesmos autores creditam à narrativa a capacidade de, mesmo abordando um pequeno grupo de sujeitos, prover um entendimento mais profundo da realidade estudada, por meio da avaliação completa dos problemas, como vivenciados na realidade (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003).

Onoko-Campos e Furtado (2008) destacam a importância das narrativas no processo de pesquisa qualitativa em saúde de acordo com várias correntes, ressaltando seu potencial uso no estudo de situações que exijam interlocução entre experiência e discurso, indivíduos e coletivos, interessando, principalmente, à área de “Políticas, Planejamento e Gestão” da saúde coletiva brasileira.

Todas essas leituras, acerca da importância da narrativa como técnica na pesquisa qualitativa em saúde, justificam a escolha feita para a apresentação dos resultados da presente pesquisa.

E, examinando atentamente todas essas ideias, julga-se importante considerar CUNHA (1997, p.188) ao afirmar que:

“A narrativa provoca mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros. Tomando-se distância do momento de sua produção, é possível, ao ‘ouvir’ a si mesmo ou ao ‘ler’ seu escrito, que o produtor da narrativa seja capaz, inclusive, de ir teorizando a própria experiência. Este pode ser um processo profundamente emancipatório em que o sujeito aprende a produzir sua própria formação, autodeterminando a sua trajetória.”

Diferente dos métodos lógico-científicos, o uso das narrativas traz a possibilidade de investigação com um enfoque específico, contendo características próprias de credibilidade e legitimidade, a fim de construir o conhecimento. Sua principal contribuição é representar diferentes experiências humanas (sentimentos, intenções, desejos, singularidades), trazendo à luz informações inalcançáveis por

métodos tradicionais de investigação científica – a significação que as pessoas atribuem às suas vivências individuais e na coletividade (DAMASCENO, 2018).

Para Bolívar (2002), conforme o método de análise, as pesquisas narrativas podem ser diferenciadas em dois tipos: 1) apreciação de dados por meio de categorias e 2) análise da narrativa - análise utilizada neste estudo. Enquanto a primeira visa alcançar generalizações do grupo estudado, a segunda propõe a construção de uma nova narrativa, pelo pesquisador, com base no depoimento pessoal de diferentes participantes, a fim de significar e integrar os dados, sem que haja manipulação dos seus relatos, para conferir singularidade às histórias relatadas.

Minayo (1998) e Bolívar (2002) atribuem à pesquisa narrativa uma perspectiva interpretativa, na qual os sujeitos autointerpretam seus relatos, conferindo-lhes valor e significado, com dimensões temporal e biográfica, em primeira pessoa. Os autores sugerem, respectivamente, que a “hermenêutica-dialética” e o “giro hermenêutico” possibilitam um “caminho do pensamento” para o tratamento dos dados obtidos, porém sem estabelecer técnicas rígidas.

Os mesmos autores ressaltam o desafiador papel do pesquisador que, ao trilhar estes caminhos, deve buscar não contaminar-se de suas próprias opiniões prévias, assumir uma postura sensível e receptiva ao que lhe é comunicado, porém sem assumir neutralidade, posto que cabe a ele a tarefa de compreender seus próprios conceitos e preconceitos, a fim de separá-los do que é comunicado pelo outro.

É importante ressaltar que os atores envolvidos na pesquisa narrativa possuem marcas e influências do tempo, da história, da cultura e do grupo em que estão inseridos. Assim também ocorre com os pesquisadores inseridos no contexto investigado, como muitas vezes ocorre na área da Saúde Coletiva, que devem manter-se capazes de estranhar o que lhes parece familiar (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

No momento em que há a relação do informante com o pesquisador, acontece a busca pela significação do que é narrado pelo pesquisado. Por meio da interpretação do que é dito, sob mediação da linguagem, um processo dialético de pergunta e resposta leva, pelo diálogo e a troca, à compreensão do conteúdo e ao consequente encontro de argumentos (DAMASCENO, 2018)

Ao interpretar e compreender, é necessário que o pesquisador una a hermenêutica à dialética, na busca pelo entendimento de que seu depoimento resulta de processos sociais e de conhecimento. Sua fala consiste na “representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais” (MINAYO, 1998, p.227-8).

A partir desta concepção, por meio da interação e da dialética, se dá a possibilidade de reconstrução da perspectiva do sujeito a respeito da realidade social do grupo em que está inserido – num construir/desconstruir, concordar/discordar sucessivos dos atores envolvidos (DAMASCENO, 2018).

4 JUSTIFICATIVA

Considerado padrão ouro em alimentação para os primeiros anos de vida, o leite materno (LM) apresenta inúmeros efeitos benéficos para a saúde física e psicológica do lactente e sua ausência pode levar ao surgimento de diversas doenças na infância (obesidade, doença celíaca, asma, rinite alérgica), devendo ser continuado, de maneira exclusiva, até os seis meses de idade (GOMES; PATRICIA; REBELO, 2019).

Pesquisadores advertem que, em locais mais vulneráveis em suas características socioeconômicas, onde as crianças são mais expostas a agentes causadores de doenças, o AME torna-se fundamental, por suas propriedades protetoras, concedendo-lhes um desenvolvimento saudável (SILVA et al., 2019).

Importantes estudos comprovam que as vantagens do AM podem estender-se em longo prazo tanto para o bebê quanto para a mãe (FRAZÃO; VASCONCELOS; PEDROSA, 2019). Há evidências crescentes de que a prática é capaz de exercer, no lactente, proteção contra sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2 (HORTA; MOLA; VICTORA, 2015). Já as mulheres contam, imediatamente, com a involução uterina, redução dos sangramentos e das infecções, amenorreia, diminuição da gordura e do peso corporal, atenuação da depressão pós-parto, bem como do estresse e da ansiedade, além de imagem corporal melhorada. Em longo prazo, há menores chances de desenvolver câncer de mama, ovários e endométrio, endometriose, diabetes, osteoporose, hipertensão e doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, artrite reumatoide, Alzheimer e esclerose múltipla (DEL CIAMPO; DEL CIAMPO, 2018).

A praticidade, o menor custo e o vínculo mãe-filho representam algumas das principais vivências positivas do AM (BOZZINI et al., 2019; ROCHA et al., 2018), contribuindo este para o estabelecimento de relações pessoais de melhor qualidade, mais sólidas (FRAZÃO; VASCONCELOS; PEDROSA, 2019).

Pesquisas atuais ressaltam que o conhecimento dos benefícios do LM, tanto para a saúde do bebê quanto a da mãe, constitui um dos principais determinantes para a decisão de amamentar, além das influências da rede de relações construída ao redor da mulher. Assim, companheiro, amigas, vizinhas, membros da família também devem ser envolvidos e informados acerca das vantagens e dos cuidados durante a amamentação, para que possam contribuir

positivamente para a adesão ao AM. É de fundamental importância o investimento na difusão dessas informações, seja na mídia, em campanhas na comunidade, na rede de atenção à saúde (PRIMO, 2016).

Mesmo em face a tantos benefícios para a díade mãe-bebê, a decisão e a função de aleitar cabe exclusivamente à mulher. Porém, sabe-se que o apoio é essencial e determinante para o sucesso ou fracasso da prática. Por este motivo, é necessário que profissionais de saúde, serviços e gestão sejam sensibilizados e capacitados, para que haja suporte devido àquelas que decidiram amamentar.

Tendo conhecidos os incontáveis benefícios do AM – para a saúde da criança e da mãe, bem como para a economia e a ecologia globais – o interesse pela pesquisa e o incentivo de sua prática têm sido frequentes, protagonizando políticas públicas de saúde no Brasil e no mundo.

Mesmo em meio a elaboração e promoção das políticas de apoio à amamentação e ao ganho notório de visibilidade e interesse públicos, impressionam os números ainda pouco expressivos da prática em nosso país (BOCCOLINI et al., 2017).

Vêm crescendo e se fortalecendo as ações direcionadas para níveis de atenção à saúde específicos (EAAB, IHAC), sem, contudo, alinhar, permear tais níveis; sem que haja uma proposta de trabalho integrado, em rede, ajustando as práticas às necessidades reais do binômio mãe/bebê. Esse panorama se repete em todo o mundo, elevando as taxas, porém sem que haja a manutenção/duração expressiva do AM (BAÑO-PIÑEROA et al., 2018).

As estratégias de apoio localizadas, fragmentadas e, por vezes, controversas, contribuem para o desmame precoce e o desestímulo dos profissionais de saúde, que buscam alcançar melhorias da prática do AM em suas realidades isoladas (LUBOLD, 2017). Esse contexto, portanto, justifica a realização dessa pesquisa, pois a partir do diagnóstico da situação regional do apoio à amamentação, poderão ser identificadas as possibilidades de integração e fortalecimento do trabalho em rede, auxiliando na organização do fluxo, refletindo em melhores e mais efetivas estratégias para assegurar início e continuidade sólidos do AM.

A forte comercialização de produtos alimentícios infantis e o desestímulo ao parto natural e ao AM presenciados nos dias atuais, somados aos retrocessos importantes nas políticas públicas de saúde, com congelamento no repasse de

verbas aos estados e municípios, desde o ano de 2016, por 20 anos (BRASIL, 2016), e extinção de programas e serviços essenciais para o estabelecimento e fortalecimento das RAS, tornam ainda mais importante este estudo, a fim de identificar as maneiras pelas quais o apoio ao AM pode ser ampliado e fortalecido.

4.1 HIPÓTESE

A hipótese deste estudo baseou-se na teoria de que o conhecimento das fragilidades e potencialidades na atenção ao aleitamento materno viabilizaria o fortalecimento do vínculo entre Unidades de Saúde, serviços especializados, hospitalares e as comunidades, por meio da articulação, organização e capacitação das pessoas e organizações sociais, ao visar a atuação conjunta, permitir a descentralização do cuidado e a consequente ampliação do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). O conhecimento do apoio ao AM local facilitará, à gestão e servidores de saúde, a minimização das fragilidades da rede de atenção à saúde das gestantes/puérperas, por promover a ampliação do acesso das mesmas à informação e intervenção antecipada (quando necessária) e, assim, reduzir o desmame precoce.

As fragilidades e hiatos presentes na articulação dos diversos níveis de atenção à saúde no apoio ao aleitamento materno, como a falta de vínculo entre as unidades de saúde e as comunidades, dificuldades para articular e capacitar pessoas e organizações sociais para que atuem de forma conjunta, dificultam a descentralização do cuidado e a consequente ampliação do AME.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo geral descrever as fragilidades e potencialidades da rede de apoio ao aleitamento materno, segundo a perspectiva de profissionais da atenção básica, especializada e hospitalar no cuidado materno-infantil nos municípios da região dos Campos Gerais, Paraná.

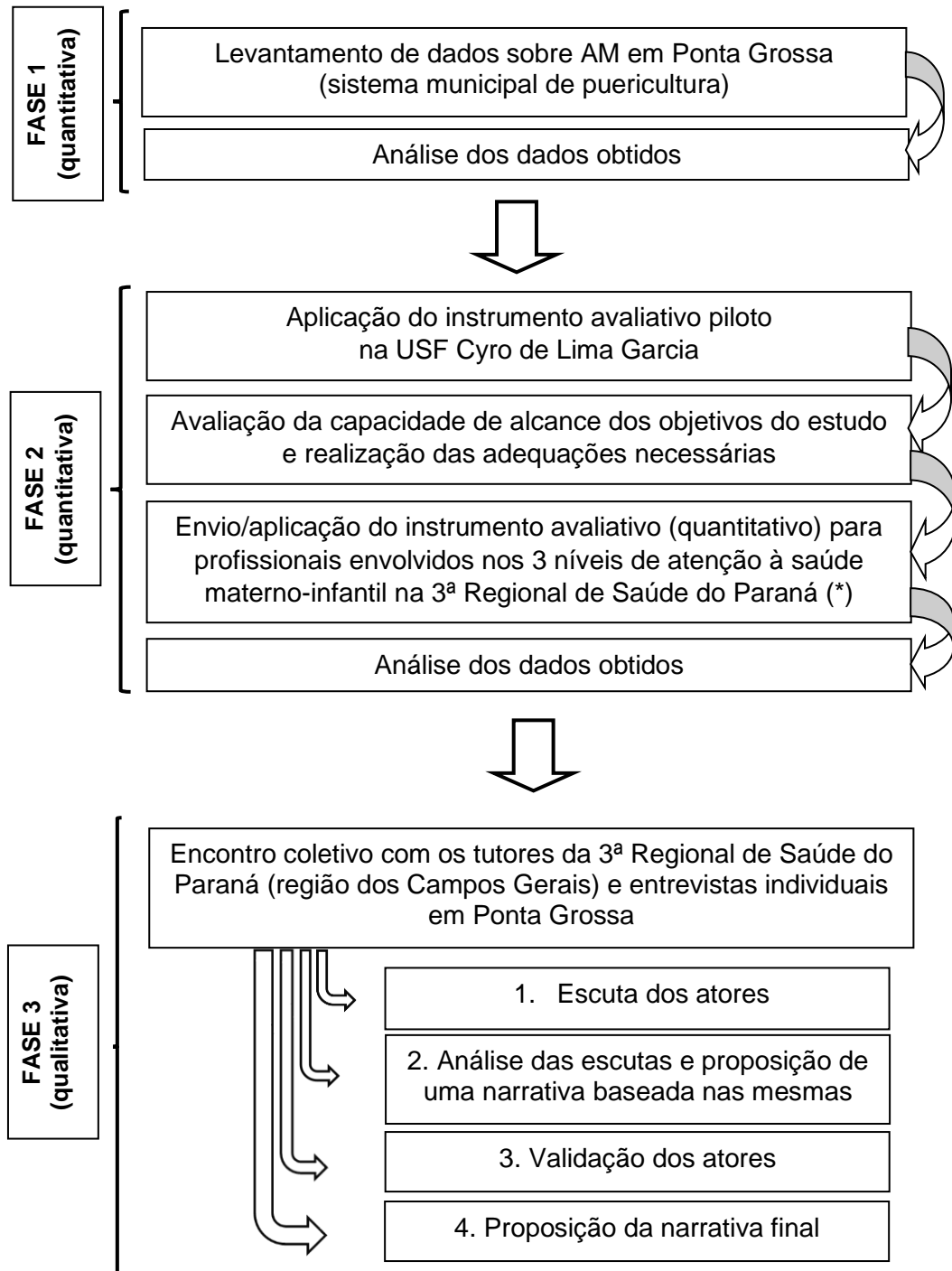
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ouvir os atores envolvidos na atenção às gestantes e puérperas no município acerca do aleitamento materno e o trabalho em rede de apoio ao AME;
- Listar as estratégias já empregadas para a atenção ao aleitamento materno em rede;
- Conhecer as dificuldades da rede de apoio ao AME; s
- Construir uma narrativa com os discursos profissionais, relativa ao trabalho na rede de apoio ao AM, a partir da interpretação das exposições coletadas;
- Elucidar as intercorrências responsáveis pelo desmame precoce, no AM, sob a perspectiva profissional;
- Desvendar as redes mundiais de suporte ao AM, a fim de entender a composição/organização deste apoio nos Campos Gerais;
- Identificar o perfil do AM em Ponta Grossa, maior cidade dos Campos Gerais.

6 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética da UEPG (aprovação e TCLE nos anexos e apêndices), sob parecer número 3.799.307, em 13 de janeiro de 2020, e constituiu-se de um estudo observacional transversal descritivo, contando com métodos quali-quantitativos, executados em 3 fases distintas, a saber:

Figura 4: Desenho metodológico da pesquisa



Fonte: os autores.

Nota: (*) Municípios pertencentes à 3ª Regional de Saúde do Paraná (região dos Campos Gerais): Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo, Sengés.

6. 1 FASE 1 – PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO

Nesta fase, foi realizado o levantamento do perfil do aleitamento materno em Ponta Grossa – maior cidade da região dos Campos Gerais-PR – entre os anos de 2015 e 2018. Tal coleta se deu no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019, em computadores diversos ligados à intranet da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa. Os dados obtidos foram compilados pela pesquisadora em tabela do programa *Microsoft Excel* e, posteriormente, analisados estatisticamente com frequência relativa e absoluta.

Assim, por meio da análise do banco de dados do sistema municipal de puericultura, objetivou-se responder às seguintes perguntas:

- (1) Qual a frequência dos tipos de aleitamento no município de Ponta Grossa?
- (2) Qual a frequência dos tipos de aleitamento de acordo com as faixas etárias entre 0 e 6 meses de idade no município de Ponta Grossa?
- (3) Qual a frequência dos tipos de aleitamento de acordo com os bairros no município de Ponta Grossa?
- (4) Qual a frequência dos tipos de aleitamento de acordo com as faixas etárias entre 0 e 6 meses de idade e de acordo com os bairros no município de Ponta Grossa?
- (5) Quais são os bairros em que o aleitamento materno é menos frequente?
- (6) Em qual faixa etária o aleitamento materno é menos frequente?
- (7) Especialmente, como é a distribuição do aleitamento em cada região da cidade?
- (8) Existem áreas mais fragilizadas?

Para alcançar tais respostas, inicialmente procedeu-se à análise descritiva dos dados, com estimativa das frequências dos tipos de aleitamento geral, segundo faixas etárias e unidades de saúde. Em seguida, optou-se por evidenciar as principais fragilidades graficamente em barras com a proporção dos tipos de aleitamento em cada faixa etária. Dado que foram 54 UBS analisadas, apresentaram-se tabelas de frequência do dado eleito de maior gravidade (frequência de crianças sem aleitamento materno – geral e por faixa etária) segundo as 4 UBS em que o mesmo foi mais frequente. Assim, os dados foram analisados

de maneira descritiva com gráficos de barras e tabelas no Excel e no SPSS 21.0 (IBM, 2012).

6.2 FASE 2 – ABORDAGEM QUANTITATIVA

Para a execução desta fase da pesquisa, todos os profissionais envolvidos no apoio ao aleitamento materno nos 12 municípios da região dos Campos Gerais - PR foram convidados a participar da pesquisa. A partir de então, realizou-se a distribuição e aplicação do instrumento avaliativo, a fim de verificar as fragilidades e potencialidades sentidas pelos servidores das UBS, Banco de Leite Humano e Hospital Universitário (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogas, atuantes no setor da maternidade, incluindo profissionais efetivos e temporários que atuem diretamente com a comunidade e sejam preceptores, excluindo-se os profissionais residentes) no trabalho da rede de apoio ao aleitamento materno na região dos Campos Gerais.

Nesta etapa foi empregado um instrumento quantitativo (apêndice B) elaborado com base na escala de *Likert*, a fim de medir e conhecer o grau de conformidade do participante com as afirmações nele propostas – havendo 5 possibilidades de resposta (concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo ou discordo totalmente). Este instrumento, elaborado pela equipe de pesquisadores, foi testado com uma equipe de UBS e, depois de avaliada sua capacidade de alcance dos objetivos do estudo, foi encaminhado, juntamente com o TCLE, via malote da Fundação Municipal de Saúde/PG, grupos de *whatsapp* oficiais e e-mail (meios formais/oficiais adotados pela FMS-PG e 3ª Regional de Saúde do Paraná para envio de documentos), aos profissionais da atenção primária, secundária e terciária. Aos profissionais do HU, o instrumento foi entregue e recolhido pelas pesquisadoras e apoiadores, em mãos, em envelope lacrado, identificado com o nome do profissional, contendo os contatos (e-mail e telefone) dos pesquisadores para informe do preenchimento. Para realização da pesquisa, foram envolvidos os 3 níveis de atenção à saúde materno-infantil da 3ª região de saúde do Paraná. Por e-mail e *whatsapp*, foi encaminhado um link contendo a versão eletrônica do mesmo questionário físico, a fim de possibilitar mais uma oportunidade de os participantes da pesquisa participarem, minimizando as possibilidades de perdas.

Por meio da análise do questionário proposto, puderam ser respondidas as seguintes perguntas:

- (1) Qual a percepção dos processos de trabalho segundo o sexo, formação, local em que trabalha, e se fez formação específica em aleitamento materno?
- (2) Qual a percepção sobre os recursos humanos segundo o sexo, formação, local em que trabalha, e se fez formação específica em aleitamento materno?
- (3) Qual a percepção sobre os recursos administrativos segundo o sexo, formação, local em que trabalha, e se fez formação específica em aleitamento materno?
- (4) Qual a percepção sobre os determinantes sociais segundo o sexo, formação, local em que trabalha, e se fez formação específica em aleitamento materno?
- (5) Qual a percepção geral segundo o sexo, formação, local em que trabalha, e se fez formação específica em aleitamento materno?

De posse dos dados obtidos, procedeu-se, inicialmente, com a análise descritiva dos dados, com a estimativa das frequências de todas as variáveis do questionário, segundo a percepção profissional - desde discordo fortemente a concordo fortemente. Tais respostas geraram um escore de 1 a 5 em cada pergunta, que gerou uma pontuação em cada domínio (processos de trabalho, recursos administrativos, recursos humanos e determinantes sociais) e uma pontuação geral. Com tais escores, foram avaliadas as diferenças segundo sexo, formação, local em que trabalha e formação específica em aleitamento materno com o teste U de Mann Withney ou prova de Kruskal-Wallis a depender se 2 ou 3 grupos, respectivamente. Para melhor visualização das análises, foram produzidos gráficos do tipo boxplot. Todas as análises foram realizadas no SPSS 21.0 (IBM, 2012).

6.3 FASE 3 – ABORDAGEM QUALITATIVA

O estudo envolveu 60 tutores da EAAB atuantes nas Unidades Básicas de Saúde de seus municípios, no Banco de Leite Humano de Ponta Grossa, além do

Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais e 3ª Regional de Saúde do Paraná.

A partir dos resultados quantitativos, foi organizado um encontro com os Tutores da EAAB dos municípios pertencentes à 3ª Regional de Saúde do Paraná, para a coleta de dados da fase qualitativa da pesquisa. Nesta ocasião, utilizou-se um segundo instrumento (apêndice D) elaborado pelas pesquisadoras, com questões semi-estruturadas que ajudaram a explicar qualitativamente a fase 2 e, a partir destas, outros questionamentos surgiram, com base no método dialético.

A escolha deste método científico se justifica por permitir a captação do movimento da história do apoio ao AM nos Campos Gerais – considerando tanto o mundo exterior, como o pensamento humano dos pesquisados. O materialismo histórico de Marx sugere que não se deve considerar o mundo um complexo de coisas acabadas, mas um processo histórico em constante mutação. Assim, esta concepção revela a importância das contradições, conflitos e transformações, evidenciando que as ideias são reflexos do mundo exterior, representações do real, independentes do pensamento (PIRES, 1997).

Todos os 60 tutores da região foram convidados para este momento de coleta, envolvendo profissionais de cada município, hospital e banco de leite humano, a fim de obter representatividade de todos os atores na fase qualitativa.

Puderam estar presentes, nesta etapa, 33 tutores, representando os municípios de Arapoti, Sengés, Jaguariaíva, Piraí do Sul, Castro, Carambeí, Ipiranga, Ivaí, Ponta Grossa, Palmeira, Porto Amazonas e São João do Triunfo.

Oportunizou-se, também, a realização de entrevistas individuais com aqueles profissionais da cidade de Ponta Grossa (município com o maior número de tutores da EAAB da região) que não puderam estar presentes no encontro coletivo, além da possibilidade do envio de respostas gravadas em áudio (por *whatsapp*), alcançando mais 27 respondentes.

A análise dos dados qualitativos fundamentou-se na proposta de narrativa de Damasceno et al. (2018), com abordagem interpretativa para a investigação das fragilidades e potencialidades no apoio ao AM, constando das seguintes etapas:

1. escuta dos atores;
2. análise das escutas e proposição de uma narrativa baseada nas mesmas;
3. validação dos atores;
4. proposição da narrativa final.

Bolívar (2002), propõe usar o depoimento pessoal de diferentes informantes a fim de obter, como produto da sua análise, uma nova narrativa que integre e signifique os dados obtidos, sem que a voz dos informantes seja manipulada, enfatizando os elementos singulares de suas histórias, sem as generalizar.

Assim, com base no autor supracitado, os relatos das tutoras da EAAB, colhidos em momentos coletivos (roda de conversa) e individuais (entrevistas), foram analisados e interpretados conforme a hermenêutica-dialética e, a partir de então, deram origem a uma narrativa, construída pela pesquisadora. Tal texto foi enviado aos participantes da pesquisa, por meio de formulário eletrônico do *Google Forms*, que o validaram, em concordância total com o produto, sem sugerir possíveis acréscimos ou modificações à versão inicial.

Depois de cumprir todas as exigências éticas em pesquisa com seres humanos, as questões norteadoras foram elaboradas. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas pela pesquisadora, que organizou-as conforme dois critérios: a) potencialidades do apoio ao AM nos Campos Gerais; b) fragilidades do apoio do AM nos Campos Gerais. Assim, duas tabelas foram elaboradas, conforme propôs Fontanella et al., (2001), utilizando os enunciados dos núcleos argumentais, a fim de sistematizar o conteúdo narrado pelas entrevistadas e verificar a saturação dos dados obtidos (apêndices F e G).

Após a transcrição e organização de todas as entrevistas, foram realizados ajustes, semelhantes ao processo de enxugamento da classificação, sugerido por Minayo (1998), construindo núcleos argumentais a partir do refinamento dos dados, da percepção de discursos repetitivos, singularidades e divergências.

A abordagem hermenêutica-dialética permitiu expressar, na narrativa construída, como são vivenciadas as experiências das tutoras, pois enquanto alguns relatos podem sugerir uma potencialidade aos olhos de um participante, para o outro estes podem significar uma fragilidade.

O material produzido surgiu pelo alinhavo dos núcleos argumentais (ONOCKO-CAMPOS, 2008;2011) entre si e com as observações da pesquisadora, buscando a reprodução dos relatos dos participantes, com seus autoquestionamentos, concordâncias, discordâncias, espantos e encantamentos. A fim de obter um material consistente, que integrasse todas as entrevistas coletadas, o processo de construção da narrativa foi dinâmico, com revisões e reescritas,

considerando não somente as recorrências nas falas das tutoras, mas todos os elementos relacionados ao apoio do AM nos Campos Gerais.

A narrativa foi apresentada a todas as tutoras, quando finalizada, por meio de formulário eletrônico do Google. Neste momento, foram convidadas a ler o texto e destacar pontos a esclarecer, alterar ou aprofundar. Esta etapa, como descreve Onocko-Campos (2011) tem efeitos de intervenção, por possibilitar às participantes a identificação de seus relatos em um coletivo integrado de histórias, que refletiam não apenas suas vivências, mas outros contextos nos quais também estavam inseridas e foram descritos por suas colegas ou pela pesquisadora, com base em suas observações durante as entrevistas.

As participantes foram informadas de que poderiam ser realizados quantos encontros fossem necessários até que considerassem a narrativa adequada. Porém todas consideraram o processo finalizado já à apresentação da primeira versão, aprovando-a sem necessidade de alteração.

7 RESULTADOS

7.1 PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO EM PONTA GROSSA

Com o objetivo de identificar o perfil do AM em Ponta Grossa, a partir do levantamento de dados do sistema municipal de puericultura, foi possível analisar o tipo de aleitamento que as crianças de 0 a 24 meses de idade recebiam – ou se nem o recebiam no município, desde janeiro de 2015 até dezembro de 2018, conforme a unidade de saúde e a região da cidade em que estavam cadastradas.

Assim, a classificação por tipo de aleitamento recebido, estabelecida pela gerência da saúde materno-infantil da Atenção Primária da Fundação Municipal de Saúde foi:

- Crianças em aleitamento materno exclusivo: quando o único alimento ofertado ao bebê é o leite materno, sem que haja oferecimento de água, sucos, chás ou qualquer outro tipo de alimento;
- Crianças em aleitamento materno predominante: quando a alimentação do bebê é composta predominantemente pelo leite materno, porém a criança recebe outros tipos de alimento (chás, sucos, água e alimentos em geral);
- Crianças recebendo alimentação complementar: quando o bebê é alimentado com o auxílio de fórmulas lácteas – leites artificiais – e/ou quando começa a receber outros alimentos, no período de introdução da alimentação complementar saudável (recomendado pelo Ministério da Saúde após os 6 meses de idade), mas ainda assim recebe leite materno;
- Crianças sem leite materno: quando o bebê não recebe leite materno.

As faixas etárias analisadas foram extraídas do sistema municipal de puericultura, com intervalos de um mês entre as idades, possibilitando identificar os pontos em que houve redução da oferta do leite materno e, por conseguinte, aumento do uso de complementos ou até mesmo presença de desmame precoce.

Quadro 3: Faixas-etárias pesquisadas

Divisões por faixa-etária pesquisadas	0-1 mês
	1-2 meses
	2-3 meses
	3-4 meses
	4-5 meses
	5-6 meses
	6-7 meses
	7-8 meses
	8-9 meses
	9-10 meses
	10-11 meses
	11-12 meses
	12-24 meses

Fonte: os autores.

A partir da alimentação do sistema de puericultura, em consultas mensais de acompanhamento aos bebês de 0 a 12 meses e semestrais dos 12 aos 24 meses, realizadas nas 54 unidades de saúde da cidade – incluindo as localizadas no interior do município – foi possível chegar aos dados gerais de aleitamento materno em Ponta Grossa.

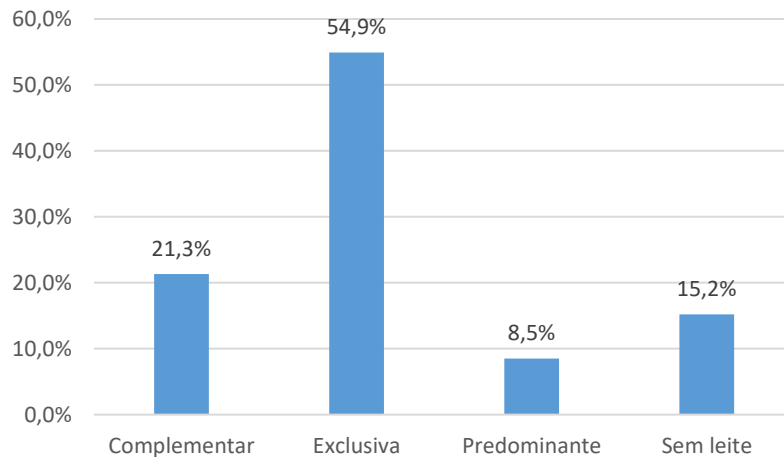
Durante os 4 anos pesquisados, houve uma média de 834 crianças atendidas em cada unidade de saúde, com frequência de 54,9% delas em AME, 21,3% em AC, 15,2% sem leite materno e 8,5% recebendo LM de maneira predominante (tabela 1 e gráfico 1).

Tabela 1: Dados gerais do aleitamento materno no município de Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018

	AC		AME		AM PREDOMINANTE		SEM LEITE		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GERAL	178	21,3	458	54,9	71	8,5	127	15,2	834	100
0 – 1 mês	14	4,4	280	88,3	11	3,5	12	3,8	317	100
1 – 2 meses	5	6,0	58	69,8	10	11,9	10	11,9	83	100
2 – 3 meses	5	6,8	47	64,3	10	13,6	11	14,9	73	100
3 – 4 meses	7	10,6	36	54,5	11	16,5	12	18,0	66	100
4 – 5 meses	15	24,5	25	40,8	10	16,2	11	17,8	61	100
5 – 6 meses	28	54,3	6	11,6	7	13,6	10	19,3	51	100
6 – 7 meses	18	58,8	2	6,5	3	9,8	7	22,8	30	100
7 – 8 meses	15	58,6	1	3,9	2	7,8	7	27,2	25	100
8 – 9 meses	21	62,4	1	3,0	2	5,9	9	26,7	33	100
9 – 10 meses	11	59,1	0	0,0	1	5,4	6	32,2	18	100
10 – 11 meses	8	54,9	0	0,0	1	6,9	5	34,2	14	100
11 – 12 meses	10	53,9	1	5,4	1	5,4	6	32,2	18	100
12 – 24 meses	21	46,2	1	2,2	2	4,4	21	46,1	45	100

Fonte: os autores.

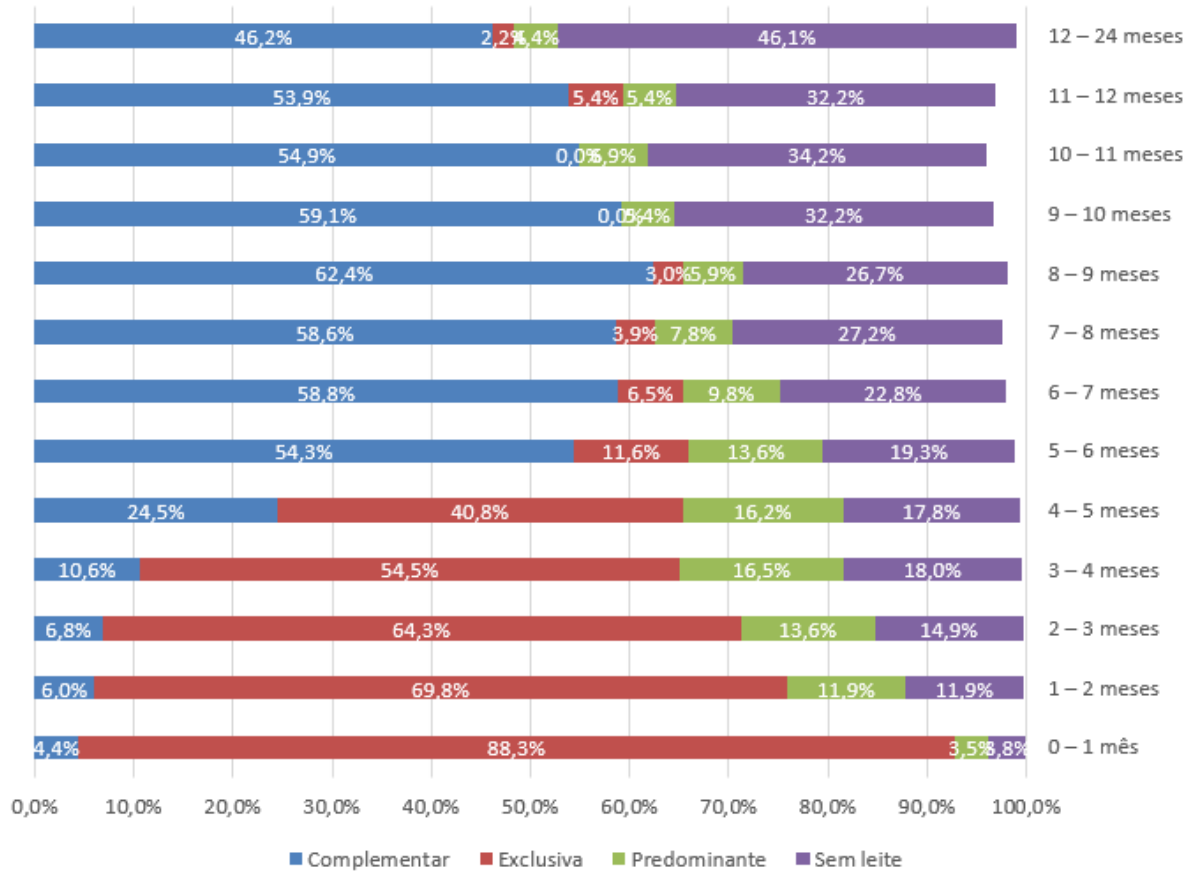
Gráfico 1: Distribuição geral do aleitamento materno em Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018



Fonte: os autores.

Conforme as informações apresentadas no gráfico a seguir, é possível visualizar importantes declínios da frequência do AME após o primeiro, o quarto e o quinto meses de vida.

Gráfico 2: Frequência do aleitamento materno, por idade, em Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018



Fonte: os autores.

O município de Ponta Grossa conta, atualmente, com 54 unidades de saúde – entre unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde – situadas nas zonas urbana e rural. A divisão político-administrativa dessas unidades, porém, segue um critério de regiões sanitárias, estipulado, pela gestão da Fundação Municipal de Saúde, visando agrupá-las por proximidade territorial (quadro 4):

Quadro 4: Divisão de unidades de saúde e territórios por distrito sanitário em Ponta Grossa, Paraná, 2018-2019

Território/ total de equipes	Unidade	Equipes
Oficinas (13)	Adão Ademar de Andrade	1
	Agostinho Brenner	1
	Aluizio Grochoski	1
	Cyro de Lima Garcia (Roberto Fustemberg)	2
	Ezebedeu Linhares	1
	João de Oliveira Belo	1
	Jayme Gusmann	1
	José Carlos Araujo	1
	Lauro Muller	2
	Otoniel Pimentel dos Santos	2
Uvaranas I (16)	Antero Machado de Mello	2
	Antonio Saliba	1
	Cleon Francisco C. de Macedo	2
	Horácio Droppa	2
	Biscaia/ Crutac – Itaiacoca	1
	Luiz Conrado Mansani	2
	Nilton Luiz de Castro	3
	Santo Domingo Zampier	2
Sharise Arruda	1	
Uvaranas II (11)	Abrahão Federmann	2
	César Rocha Milleo	2
	Lubomir Antonio Urban	2
	Madre Josefa Stenmanns	2
	Sady Silveira	1
	Silas Sallen	2
Santa Paula (13)	Alfredo Levandovski	2
	Adilson Baggio	2
	Carlos Dezaunet Neto	1
	Clyceu Carlos de Macedo	1
	Egon Roskamp	2
	Félix Vianna	1
	Jamil Mussi	1
	Paulo Madureira Novaes	1
	Roberto de Jesus Portela	2
Esplanada (15)	Adam Polan Kossobudzki	3
	Antonio Horácio de Miranda	2
	Aurélio Grott	2
	Eugênio José Bocchi	1
	José Bueno	2
	Júlio de Azevedo	2
	Zilda Arns	3
Nova Rússia (10 + 1 UBS)	Antonio Russo	UBS
	Antonio Schwanzee	2
	Ambrósio Bricailo	2
	Carlos Ribeiro de Macedo (Planalto)	1
	Javier Cejas Arzabe	2
	Louis A. Charles Buron	1
	Luiz Fernando Cajado Braga (Uvaia/ Pinheirinho)	1
	Rômulo Pazzinato	1

Fonte: os autores.

Na análise de distribuição do AME em bebês de 0 a 6 meses, em cada uma das unidades de saúde da cidade, verificou-se a baixa frequência do AME, quando comparado ao número total de crianças atendidas pelas USF/UBS (Gráfico 3):

Gráfico 3: Bebês em aleitamento materno exclusivo por unidade de saúde de Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018



Fonte: os autores.

A tabela 2 considera as unidades de saúde com a maior proporção de bebês sem leite materno, quando comparadas com outras unidades de saúde, em qualquer faixa etária. Sabe-se, então, a partir de seus dados, que a USF Aluizio Grochoski teve 39,4% dos seus bebês, de 0 a 24 meses de vida, sem leite materno e foi a unidade com a maior frequência, seguida da USF José Carlos Araújo, com 28,2%.

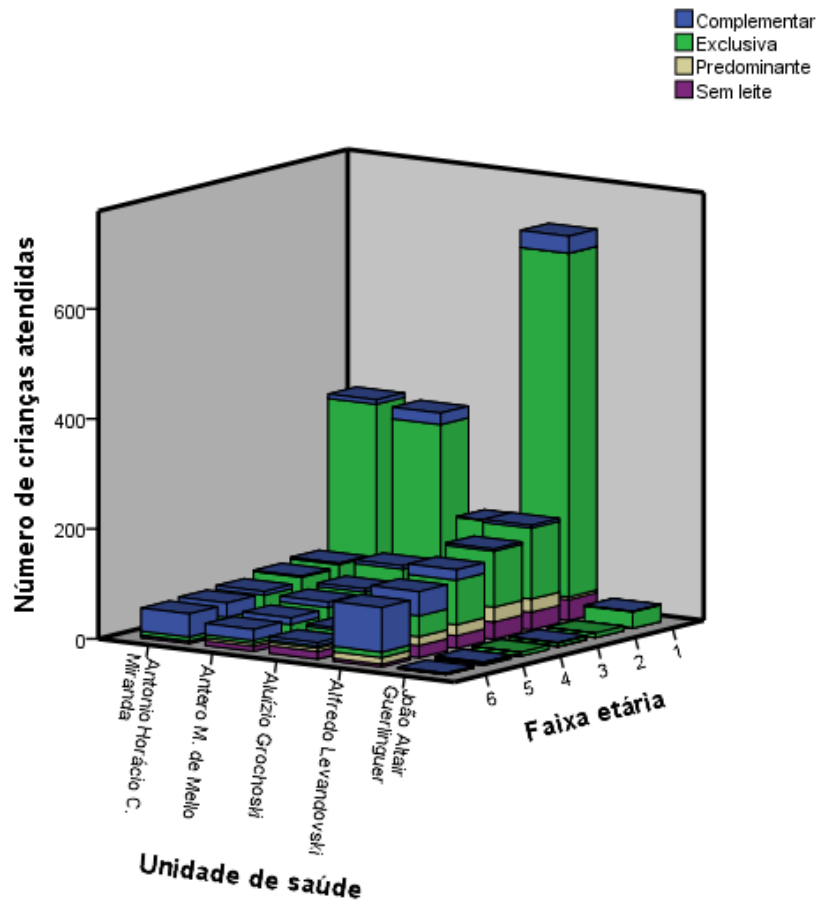
Tabela 2: Unidades de saúde com maior proporção de bebês sem leite materno em Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018

GERAL POR UBS	AC		AME		AM PREDOMINANTE		SEM LEITE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aluizio Grochoski	49	9,9	209	42,2	42	8,5	195	39,4
José Carlos Araújo	310	22,6	581	42,3	95	6,9	388	28,2
João de Oliveira Bello	191	27,0	323	45,6	13	1,8	181	25,6
Antonio Schwanzee	267	15,8	690	40,7	323	19,1	415	24,5
Jamil Mussi	228	31,0	314	42,7	28	3,8	166	22,6

Fonte: os autores.

O gráfico 4, tridimensional, retrata a redução significativa do AME ao longo dos 6 primeiros meses de vida, período em que sua prática é recomendada, e nos retrata as 5 unidades de saúde em que houve maior frequência de crianças sem oferta de LM.

Gráfico 4: Unidades de saúde onde a queda da frequência do aleitamento materno exclusivo foi mais expressiva nos 6 primeiros meses de vida em Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018



Fonte: os autores.

Os dados seguintes referem-se às regiões/distritos da cidade de Ponta Grossa, conforme apresentados na tabela 3. No geral, com um total de 13.784 crianças atendidas, a região de Uvaranas foi a que apresentou dados mais expressivos de AME em crianças de 0-24 meses, 59,55% no período pesquisado. Já a região de Oficinas, apresentou o pior panorama: 21,48% das crianças não receberam AM.

Tabela 3: Dados gerais do aleitamento materno por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para a região com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e a maior frequência de bebês sem leite materno, 2015-2018

GERAL	AC		AME		AM PREDOMINANTE		SEM LEITE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OFICINAS	1900	22,72	4061	48,56	606	7,25	1796	21,48	8363	100
UVARANAS	2698	19,57	8208	59,55	1129	8,19	1749	12,69	13784	100
ESPLANADA	1911	24,65	4214	54,36	575	7,42	1052	13,57	7752	100
NOVA RUSSIA	1022	17,06	3211	53,59	711	11,87	1048	17,49	5992	100
SANTA PAULA	2104	22,55	5087	54,51	840	9,00	1301	13,94	9332	100

Fonte: os autores.

Tabela 4: Aleitamento materno, na faixa etária de 0 a 1 mês, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para as regiões com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e as maiores frequências de bebês sem leite materno, 2015-2018

0 - 1 MESES	AC		AME		AM PREDOMINANTE		SEM LEITE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oficinas	110	4,12	2305	86,23	100	3,74	158	5,91
Uvaranas	278	4,60	5366	88,89	187	3,10	206	3,41
Santa Paula	129	3,66	3158	89,49	117	3,32	125	3,54
Esplanada	125	4,8	2303	88,5	96	3,6	78	3
Nova Rússia	108	4,82	1974	88,09	70	3,12	89	3,97

Fonte: os autores.

Tabela 5: Aleitamento materno, na faixa etária de 1 a 2 meses, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para as regiões com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e as maiores frequências de bebês sem leite materno, 2015-2018

1 - 2 MESES	AC		AME		AM PREDOMINANTE		SEM LEITE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oficinas	57	6,61	585	67,87	80	9,28	140	16,24
Uvaranas	97	6,96	978	70,21	171	12,28	147	10,55
Santa Paula	49	5,52	612	68,92	119	13,40	108	12,16
Esplanada	55	6,94	571	72,10	82	10,35	84	10,61
Nova Rússia	24	4,06	404	68,36	83	14,04	80	13,54

Fonte: os autores.

As tabelas 3, 4 e 5 tornam claro que as regiões de Santa Paula (20,57%), Nova Rússia (19,73%) e Uvaranas (18,68) tiveram os maiores declínios do AME entre a primeira e a segunda consultas de puericultura, assim como os distritos de Oficinas (10,33%), Nova Rússia (9,57%) e Santa Paula (8,62%) alcançaram as maiores frequências de bebês sem leite materno.

Tabela 6: Aleitamento materno, na faixa etária de 4 a 5 meses, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para as regiões com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e as maiores frequências de bebês sem leite materno, 2015-2018

4 - 5 MESES	AC		AME		AM		SEM LEITE	
	N	%	N	%	PREDOMINANTE		SEM LEITE	
					N	%	N	%
Oficinas	146	23,32	230	36,74	88	14,06	162	25,88
Uvaranas	231	24,71	374	40,00	172	18,40	158	16,90
Santa Paula	165	25,94	253	39,78	114	17,92	104	16,35
Esplanada	172	24,68	360	51,65	75	10,76	90	12,91
Nova Rússia	95	22,25	150	35,13	90	21,08	92	21,55

Fonte: os autores.

Tabela 7: Aleitamento materno, na faixa etária de 5 a 6 meses, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, com destaque para as regiões com a maior frequência de aleitamento materno exclusivo e as maiores frequências de bebês sem leite materno, 2015-2018

5 - 6 MESES	AC		AME		AM		SEM LEITE	
	N	%	N	%	PREDOMINANTE		SEM LEITE	
					N	%	N	%
Oficinas	324	52,26	69	11,13	80	12,90	147	23,71
Uvaranas	453	58,08	74	9,49	104	13,33	149	19,10
Santa Paula	254	55,34	55	11,98	69	15,03	81	17,65
Esplanada	318	59,11	83	15,43	53	9,85	84	15,61
Nova Rússia	153	43,34	34	9,63	90	25,50	76	21,53

Fonte: os autores.

Da quarta para a quinta consulta de puericultura – período em que a maior parte das mães que trabalham deixam de usufruir da licença-maternidade e reassumem suas funções fora de casa e, por conseguinte, o AME – os distritos de Esplanada (36,22%), Uvaranas (30,51%) e Santa Paula (27,8%) foram aqueles em que mais houve queda na frequência do AME.

Tabela 8: Bebês que recebem leite materno, na faixa etária de 12 a 24 meses, por distrito sanitário de Ponta Grossa, Paraná, 2015-2018

12 - 24 MESES	AC		AME		AM		SEM LEITE	
	N	%	N	%	PREDOMINANTE		SEM LEITE	
					N	%	N	%
Oficinas	276	43,67	18	2,85	14	2,22	324	51,27
Uvaranas	258	49,81	17	3,28	18	3,47	225	43,44
Santa Paula	239	48,38	9	1,82	19	3,85	227	45,95
Esplanada	219	54,89	8	2,01	12	3,01	160	40,10
Nova Rússia	117	33,24	16	4,55	40	11,36	179	50,85

Fonte: os autores.

Já na tabela 8, os dados do município, de maneira geral, nos apresentam um panorama favorável frente à realidade nacional: 48,73% (Oficinas) até 59,9% (Esplanada) das crianças de 12 a 24 meses de idade recebem algum tipo de LM, evidenciando a prática do AM estendido, conforme preconiza o MS.

7.2 SITUAÇÃO DO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS

A fim de conhecer as fragilidades e potencialidades da rede de apoio ao AM, conforme a perspectiva de profissionais da atenção básica, especializada e hospitalar nos municípios da 3ª Regional de Saúde do Paraná, esta etapa da pesquisa contou com um público heterogêneo: trabalhadores da saúde de diversas formações (médicos, enfermeiros, dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas e biólogos), atuantes nas 12 cidades da Região dos Campos Gerais, no estado do Paraná, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Conforme a tabela a seguir, pode-se constatar que os participantes foram predominantemente do gênero feminino (94,2%), atuantes na cidade de Ponta Grossa (88,7%), na atenção primária à saúde (88,4%), com formação principal em enfermagem (66,7%), que trabalham cotidianamente com AM (98,6%), passaram por formação da EAAB (52,2%) e tiveram formação em universidades privadas (58%).

Tabela 9: Características dos participantes da equipe multiprofissional participante da pesquisa

		N	%
Gênero	Feminino	65	94,2
	Masculino	4	5,8
Cidade	Ponta Grossa	55	88,7
	Fora de Ponta Grossa	7	11,3
Local	Atenção primária	61	88,4
	Hospital	8	11,6
Formação	Biólogo(a)	1	1,4
	Cirurgiã Dentista	1	1,4
	Enfermeira	46	66,7
	Fonoaudióloga	4	5,8
Trabalha no cotidiano com o aleitamento materno?	Médico(a)	11	15,9
	Nutricionista	6	8,7
	Não	1	1,4
Cursos na área de aleitamento materno	Sim	68	98,6
	Não fez cursos	20	29,0
Formação em universidade	EAAB	36	52,2
	Outros	13	18,8
	Privada	40	58,0
	Pública	29	42,0

Fonte: os autores.

Os participantes da pesquisa responderam, nesta etapa, a um questionário estruturado, dividido em 4 principais domínios (processos de trabalho, recursos administrativos, recursos humanos e determinantes sociais), contendo 5 possibilidades de resposta (concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo ou discordo totalmente), conforme seu grau de conformidade com a afirmação realizada.

Chegamos, assim, às tabelas 10, 11, 12 e 13:

Tabela 10: Resultados obtidos no domínio “Processos de Trabalho”

Processos de Trabalho	Concordo		Concordo totalmente		Discordo		Discordo totalmente		Não concordo nem discordo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Há comunicação entre os níveis de atenção à saúde materno-infantil	14	20,3	0	0,0	34	49,3	11	15,9	10	14,5
A comunicação é efetiva entre os níveis de atenção à saúde materno-infantil	8	11,6	0	0,0	36	52,2	12	17,4	13	18,8
Existe um sistema eletrônico unificado de prontuários para facilitar o acesso a informações relevantes	15	21,7	4	5,8	26	37,7	15	21,7	8	11,6
Existem facilidades para organizar o cronograma de atividades do meu local de trabalho, de maneira a incluir atividades relacionadas ao AM	27	39,1	2	2,9	17	24,6	2	2,9	21	30,4
Há facilidade na captação e manutenção da puérpera e bebê em acompanhamento após o nascimento	35	50,7	5	7,2	16	23,2	1	1,4	12	17,4
A equipe conhece as possibilidades de articulação do AM na rede, o que é determinante para o seu apoio	30	43,5	3	4,3	15	21,7	1	1,4	18	26,1

Fonte: os autores.

Quanto aos processos de trabalho, a maioria dos trabalhadores discorda que haja comunicação entre os níveis de atenção à saúde materno-infantil, que a mesma seja efetiva e que exista um sistema eletrônico unificado de prontuários para facilitar o acesso a informações relevantes. Porém, concordam que existam facilidades para organizar o cronograma de atividades em seus locais de trabalho, de maneira a incluir atividades relacionadas ao AM, que há facilidade na captação e manutenção da puérpera e bebê em acompanhamento após o nascimento e que a equipe possui conhecimento sobre as possibilidades de articulação do AM na rede, o que é determinante para o seu apoio (tabela 10).

Tabela 11: Resultados obtidos no domínio “Recursos Administrativos”

Recursos administrativos	Concordo		Concordo totalmente		Discordo		Discordo totalmente		Não concordo nem discordo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Há satisfatória estrutura e materiais para implementação de ações em AM	17	24,6	1	1,4	28	40,6	6	8,7	17	24,6
A gestão apoia as ações propostas em AM	42	60,9	4	5,8	2	2,9	3	4,3	18	26,1
Na rotina diária do serviço, há tempo hábil para a execução de ações em prol do AM	24	34,8	2	2,9	25	36,2	7	10,1	11	15,9
Há incentivo à participação do profissional em cursos, eventos e congressos sobre AM	22	31,9	2	2,9	22	31,9	5	7,2	18	26,1

Fonte: os autores.

No que diz respeito aos recursos administrativos, os participantes concordam que a gestão apoia as proposições de ações em AM e que existe incentivo à participação dos profissionais em cursos, eventos e congressos sobre AM. Porém, discordam que haja satisfatória estrutura e materiais para implementação de ações em AM, que disponham de tempo hábil para a execução de ações em prol do AM na rotina diária do serviço e que a participação dos profissionais em cursos, eventos e congressos sobre AM seja incentivada (tabela 11).

Tabela 12: Resultados obtidos no domínio “Recursos Humanos”

Recursos humanos	Concordo		Concordo totalmente		Discordo		Discordo totalmente		Não concordo nem discordo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conta-se com satisfatória formação dos profissionais em AM	17	24,6	3	4,3	28	40,6	2	2,9	19	27,5
Há priorização do tema AM nas ações de educação permanente em saúde	15	21,7	0	0,0	26	37,7	6	8,7	22	31,9
Existem bastantes profissionais capacitados para o manejo do AM	17	24,6	1	1,4	29	42,0	4	5,8	18	26,1
Há muitos profissionais dispostos a apoiar o AM	32	46,4	3	4,3	18	26,1	1	1,4	15	21,7

Fonte: os autores.

Quanto aos recursos humanos, os respondentes concordam que existem muitos profissionais dispostos a apoiar o AM, porém discordam que exista satisfatória formação dos profissionais em AM, que haja priorização do tema AM

nas ações de educação permanente em saúde e que existam bastantes profissionais capacitados para o manejo do AM (tabela 12).

Tabela 13: Resultados obtidos no domínio “Determinantes Sociais”

Determinantes sociais	Concordo		Concordo totalmente		Discordo		Discordo totalmente		Não concordo nem discordo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gestantes/puérperas aderem às atividades propostas	26	37,7	1	1,4	15	21,7	3	4,3	24	34,8
Famílias são participantes no processo de pré-natal/consultas puericultura	25	36,2	0	0,0	21	30,4	3	4,3	20	28,9
Crenças e costumes locais contribuem para o sucesso do AM	13	18,8	6	8,7	35	50,7	4	5,8	11	15,9

Fonte: os autores.

Sobre o último domínio pesquisado, determinantes sociais, os sujeitos concordam que exista adesão de gestantes/puérperas às atividades propostas e que as famílias participam do processo de pré-natal e consultas de puericultura. As crenças e costumes locais, porém, foram consideradas limitantes para o sucesso do AM (tabela 13).

Tabela 14: Escores geral e por domínio obtidos com a aplicação do instrumento da “Fase 2”

Escores	Média	Media na	Desvio padrão	Percentil 25%	Percentil 75%
Geral	50	49	8	44	55
Processos de trabalho	17	16	3	15	19
Recursos administrativos	12	12	2	11	14
Recursos humanos	12	12	3	10	14
Determinantes Sociais	9	9	2	7	10

Fonte: os autores.

Quanto ao gênero, local de trabalho e formação em AM, comparando funcionários da atenção primária e terciária (hospital), é possível perceber que têm opiniões semelhantes, porém com diferença significativa ($p=0,009$) no domínio Recursos Humanos, no qual o score da atenção primária foi significativamente maior, conforme as tabelas 15, 16 e 17 e o gráfico 5.

Tabela 15: Escores comparativos por gênero – geral e por domínio

Escore	Gênero						p-valor
	Mediana	Feminino		Mediana	Masculino		
		Percentil 25%	Percentil 75%		Percentil 25%	Percentil 75%	
Geral	49	45	56	48	37	54	0,433
Processos de trabalho	17	15	19	16	14	17	0,238
Recursos administrativos	12	11	14	11	9	13	0,200
Recursos humanos	12	10	14	11	8	15	0,861
Determinantes Sociais	9	7	10	8	6	11	0,644

Fonte: os autores.

Tabela 16: Escores comparativos por local de trabalho – geral e por domínio

Escore	Local onde trabalha						p-valor
	Atenção primária			Hospital			
	Mediana	Percentil 25%	Percentil 75%	Mediana	Percentil 25%	Percentil 75%	
Geral	50	44	56	46	41	52	0,375
Processos de trabalho	17	15	19	15	11	16	0,071
Recursos administrativos	12	10	14	15	12	15	0,118
Recursos humanos	12	10	14	10	7	11	0,009
Determinantes Sociais	9	7	10	9	8	11	0,614

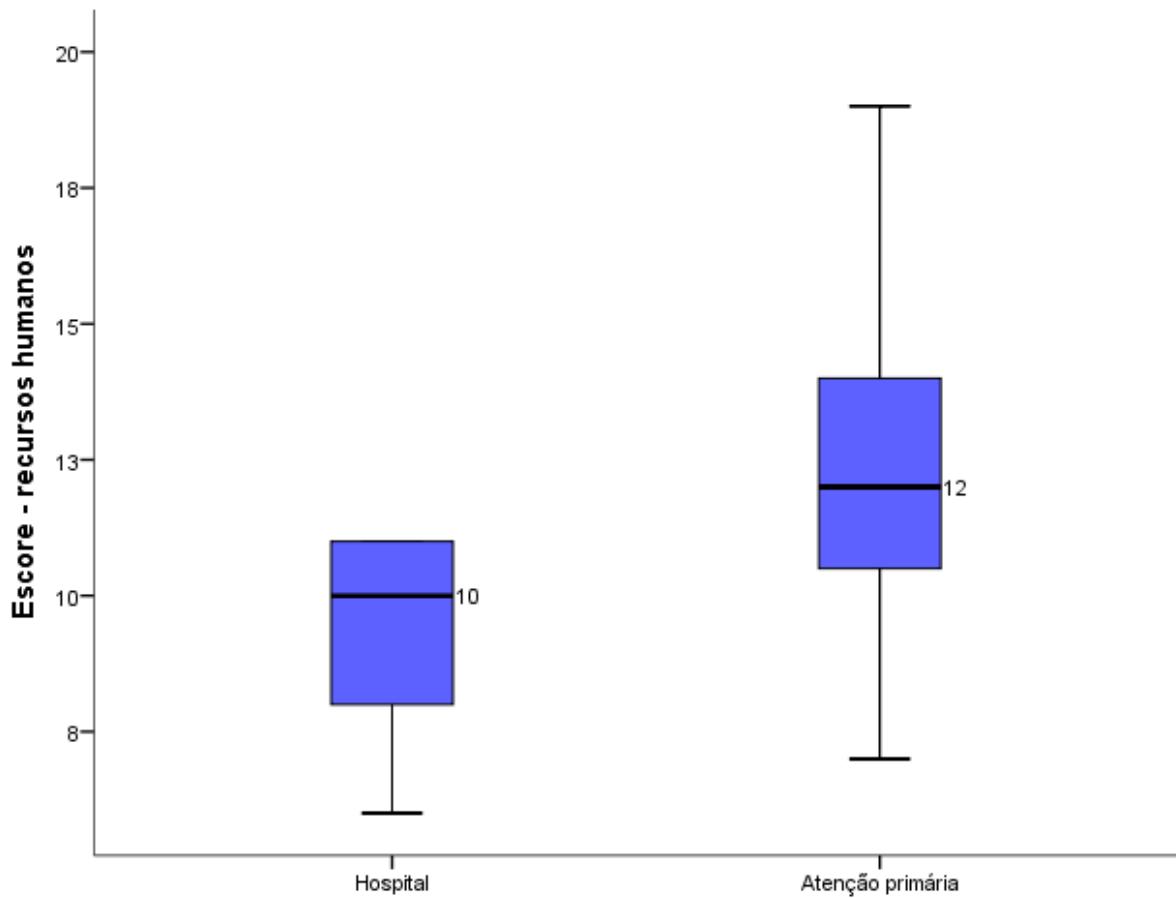
Fonte: os autores.

Tabela 17: Escores comparativos por formação específica em aleitamento materno – geral e por domínio

Escore	Participou de algum curso de formação em aleitamento materno?						p-valor
	Mediana	Percentil 25%	Percentil 75%	Mediana	Percentil 25%	Percentil 75%	
Geral	50	46	54	47	41	57	0,850
Processos de trabalho	17	16	19	16	15	19	0,732
Recursos administrativos	11	10	14	12	11	15	0,098
Recursos humanos	12	11	14	11	9	14	0,470
Determinantes Sociais	10	8	11	8	7	10	0,212

Fonte: os autores.

Gráfico 5: Representação do escore comparativo no domínio “Recursos Humanos” entre funcionários da Atenção Primária e Terciária (Hospital)



Fonte: os autores.

7.3 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO APOIO AO AM NOS CAMPOS GERAIS: CONSTRUÇÃO DE UMA NARRATIVA

Para a composição da narrativa, utilizou-se o método de Damasceno (2018). A partir dos relatos das tutoras da EAAB participantes, as principais fragilidades e potencialidades do apoio ao AM nos municípios da região dos Campos Gerais foram compiladas em tabelas (apêndices E e F). Partindo dos dados alcançados, elaborou-se quadros contendo a saturação dos discursos encontrados (apêndices G e H) e construiu-se uma proposta de narrativa para apresentar aos sujeitos participantes da pesquisa:

“O apoio ao AM na região dos Campos Gerais conta com enfermeiras, nutricionistas e fonoaudiólogas, tutoras da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), que trabalham nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde – primária, secundária e terciária – nos 12 municípios pertencentes à 3ª Regional de Saúde do Paraná. Atuando em comunidades rurais, muitas vezes em realidades difíceis, com gestantes e puérperas de diferentes idades e classes sociais, seu caminhar tem sido marcado por muita luta em favor da vida, permeado de ações estratégicas para informar e preparar mães, famílias e comunidade para a amamentação. Por meio de suas histórias, destacam, em conjunto, quais são as potencialidades e fragilidades do apoio ao aleitamento materno na região, com a finalidade de impulsionar ações futuras, organizar e promover a rede de apoio ao aleitamento.

Nesse caminhar, mesmo que limitadas às suas realidades locais, as profissionais não desacreditam do potencial de melhora do suporte ao AM na região. Pelo contrário, creem que atuam em municípios com grandes possibilidades e plenas condições de desenvolver um trabalho diferenciado no tocante à amamentação, tendo em vista o crescimento atual da rede.

Ao refletir sobre as potencialidades, o expressivo número de tutoras na região é destacado. Na cidade de Ponta Grossa, por exemplo, a maioria das unidades de saúde conta com um profissional capacitado pela EAAB, atuante na atenção básica, auxiliando mães que apresentam dificuldades na prática da amamentação. Contudo, ainda há, neste caminhar, o desafio da certificação das unidades – tendo em vista o grande número de tutores e a ausência de certificação.

No tocante à qualificação profissional, formação das equipes e estratégias de educação em saúde, o apoio recebido de instituições de ensino públicas e privadas, com cursos de graduação que desenvolvem projetos voltados para o AM, com consultórios, consultorias gratuitas e cantinhos de amamentação, são lembrados e valorizados.

Os Campos Gerais necessitam ter mais hospitais credenciados à iniciativa “Amigo da criança” e locais de excelência no suporte ao AM, como o Banco de Leite Humano (BLH) e o Hospital da Criança – considerados potencialidades, não apenas por oferecer atendimento às mães que têm alguma dificuldade, ou estão desestimuladas e dar suporte àquelas que desejam realizar a doação do leite

materno, mas pela sensibilidade, atenção, assistência, orientação, informação e empoderamento que permeiam o seu apoio.

As equipes da atenção básica são bem preparadas e possuem conhecimento sobre orientação, acolhimento e os devidos encaminhamentos às mães e bebês. Há busca ativa das gestantes/puérperas e bebês faltosos nas consultas de acompanhamento, realização do pré-natal desde o início da gestação, incentivando e orientando sobre a importância e os benefícios do AM, consulta do quinto dia de nascido, realização de grupos de gestantes, campanhas no Agosto Dourado (mês da amamentação), além da parceria com a pastoral da criança. Todas estas práticas fortalecem o AM na região e só se fazem possíveis pelo auxílio e envolvimento de profissionais comprometidos com o tema, realizando um trabalho multiprofissional.

A colaboração humana em nossa rede regional é grandiosa: há um expressivo número de enfermeiras obstetras que atuam em prol do AM e também o apoio de outros profissionais, como fonoaudióloga e nutricionistas nas equipes do NASF, trabalhando nas unidades de saúde, além da colaboração dos médicos mais novos, que possuem uma nova visão e são mais participativos, e do essencial incentivo da 3ª Regional de Saúde e das prefeituras municipais, que possibilitam a amplitude das ações intersetoriais e o consequente fortalecimento do apoio ao AM.

Apesar de tantos avanços, os profissionais se deparam com situações desafiadoras, como a falta de verbas, materiais e recursos humanos. Por diversas vezes, as equipes desmotivam-se e deixam de realizar ações em prol do AM, refletindo negativamente nos números dos municípios.

A escassez de políticas públicas consistentes em aleitamento materno no Brasil faz transparecer a necessidade de revisão das mesmas, com investimentos em recursos materiais e humanos, para que os benefícios de fato cheguem até a comunidade. Mais profissionais engajados, mais tutores formados e constante capacitação são essenciais para o fortalecimento do AM.

Ações intersetoriais são tidas por fundamentais para a melhoria da rede, porém, no trabalho cotidiano, a falta de comunicação entre as maternidades e a atenção básica consiste num importante ponto de fragilidade apontado. Muitas vezes, os hospitais trabalham o incentivo à amamentação durante o período de internamento das mulheres e seus bebês, porém não mantêm o vínculo após a alta hospitalar (ausência de apoio ambulatorial) –, período mais crítico de adaptação ao AM em que seria necessário ofertar orientações –, nem alertam as unidades de saúde para possíveis puérperas com dificuldades na amamentação. Tais ações teriam vital importância para que, de fato, a rede fosse integrada. Além disso, não somente é relevante a ligação entre atenção básica e alta complexidade, mas o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Nesse sentido, entendemos que o fato de a atenção secundária não possuir salas de apoio à amamentação, para orientação e acolhimento específicos também representa um ponto frágil, que interrompe essa comunicação necessária entre os níveis de atenção.

A difícil administração do tempo ou até mesmo a ausência dele, em meio às funções práticas, administrativas e burocráticas inerentes à cada profissão, dificulta a construção de um elo com a comunidade, com as mães. Na sobrecarregada rotina de trabalho, o tempo, muitas vezes escasso é precioso para resgatar os aprendizados, dar apoio, atenção, principalmente às mães mais vulneráveis ao abandono da amamentação. Falar sobre o AM não é perder tempo! Todos os profissionais precisam ter essa compreensão; não somente a enfermeira,

mas médicos, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, entre outros. É fundamental que as equipes acolham, orientem e incentivem as mães a amamentarem, sem que se receite o leite artificial como única solução, sem diferenciá-lo do leite materno.

A condição do outro (das mães, das famílias, das crianças) e suas fragilidades, como as dificuldades de deslocamento, o desconhecimento dos serviços ofertados, a vergonha e o medo levam-nos a não procurar os serviços de saúde, interferindo na adesão ao AM. Há famílias residentes em áreas rurais, onde não é possível o acompanhamento rotineiro; mães que deixam de amamentar por receberem o leite substituto oferecido pelo governo (um importante desestímulo à amamentação) e, ainda, as trabalhadoras, que se afastam de seus filhos aos quatro meses para cumprir seus deveres no trabalho.

As dificuldades para manter os grupos de gestantes também são uma constante em nossa região, seja pelo deslocamento, ou pela jornada de trabalho dos participantes. Além dessa fragilidade, o senso comum e a falta da educação em saúde são apontados como dificultadores do amamentar, que não deve ser entendido apenas como processo fisiológico, mas também psicológico, pois muitas vezes, se insiste na amamentação, sem buscar entender como a mulher se sente.

Ideias e sugestões para o fortalecimento da rede de apoio ao AM, surgiram, baseadas nas discussões de suas atuais fragilidades e potencialidades, ressaltando a importância dessa discussão para o cuidado integral de mulheres e bebês: mais oportunidades e liberdade para trabalhar o tema na atenção primária, o investimento em formação permanente para todos os profissionais de saúde, o trabalho integrado de toda a equipe, com o mesmo olhar. O estabelecimento e organização de um fluxo de atendimento claro, que abranja desde a divulgação da importância até o manejo da amamentação, a fim de que a rede de atendimento fique clara tanto para usuários quanto para profissionais, e que envolva parcerias com empresas, instituições de ensino, pastorais, além de aproximar famílias e comunidades, é essencial para a sua consolidação.

As políticas públicas e o incentivo do município e estado são primordiais: projetos de leis, recursos financeiros e humanos, para alcançar a adesão das mulheres ao cuidado, de forma integral. Para avançar, é necessário integrar pontos de atenção, instituir comitês municipais nos quais todos os níveis da rede tenham representatividade, com a finalidade de guiar discussões, traçar metas, para que todos tenham visão e objetivos semelhantes.

Pensar nas fragilidades e potencialidades do apoio ao AM é um importante desafio para a proposição de estratégias de melhoria e fortalecimento dessa rede essencial para a vida. O caminho a seguir não se encerra com essas palavras, mas traz possibilidades para um destino melhor.”

8 DISCUSSÃO

8.1 PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO EM PONTA GROSSA

O município de Ponta Grossa apresenta dados referentes ao tempo total de AM, bem como de AME muito aquém do que preconizam a OMS e o Ministério da Saúde e do tempo por estes considerado ideal – respectivamente até os 24 meses e os 6 meses de idade –, mostrando números impactantes ao desnudar a grande frequência de desmame precoce entre os bebês acompanhados nas consultas de puericultura da atenção primária à saúde.

Na cidade, segundo dados gerais coletados, há uma média de 15,2% das crianças sem leite materno em cada UBS. Quando analisados isoladamente, por faixa-etária, estes números tornam-se ainda mais preocupantes: 46,1% dos bebês com idade entre 12 e 24 meses não recebem LM. Os dados da maior cidade da região dos Campos Gerais – PR, porém, revelam um cenário bastante favorável, quando comparado à duração nacional, com mediana de 54,1 dias de duração do AME (VENANCIO et al., 2010).

É possível notar, ainda durante os primeiros 6 meses de acompanhamento nas consultas de puericultura, período em que o AM deveria ser exclusivo, sem qualquer oferta de alimentos complementares, três momentos de declínios importantes da prática em momentos pontuais, com destaque para a queda de 88,3% desde a primeira consulta, ao 5º dia de nascido, para 69,8% até a consulta do 1º mês de vida, de 54,5% no 3º mês para 40,8% no quarto mês e de 40,8% na consulta do 4º mês de vida para apenas 11,6% no acompanhamento do 5º mês.

Estudo do MS contendo dados de todo território brasileiro (BRASIL, 2009) e de uma cidade do estado da Bahia (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012), corroboram estes números, trazendo duração mediana de apenas 2,2 meses para a AME no primeiro e tempo médio de AME de 3,6 meses, com 25,95% de AME até o sexto mês no segundo.

As fragilidades na comunicação entre a atenção terciária e a atenção primária na busca/captação das puérperas a respeito da alta hospitalar, as possíveis mudanças de endereço para a casa de familiares que possam apoiar mãe e bebê no pós-parto, a falta de preparo das equipes para o manejo das prováveis dificuldades do período da apojadura, além da escassa informação que as mães

recebem durante o pré-natal – a respeito dos pontos de apoio e das possibilidades de recursos para enfrentamento dos problemas – podem constituir as principais causas do primeiro declínio do AME apontado no parágrafo anterior.

Já nos meses subsequentes, quando a sucção deixa de ser um reflexo neurológico primitivo, a pega incorreta no seio materno (influenciando no fluxo de leite extraído), bem como o uso de bicos artificiais (causadores da confusão de bicos) podem levar ao desmame precoce.

O retorno prematuro das mulheres brasileiras ao mercado de trabalho, após um período de 4 meses de licença-maternidade, pode ser apontado como vilão na mais abrupta queda (29,2%) da frequência de AME ao quarto mês de vida das crianças pontagrossenses. Nesta época, a antecipação da introdução da alimentação complementar possibilita às famílias a retomada de suas atividades habituais, delegando a instituições e/ou cuidadores a tarefa de nutrir o bebê.

As contribuições socioculturais também exercem importante influência sobre o desmame precoce. Muitas vezes, familiares próximos, vizinhos e amigos disparam credices capazes de drenar a confiança das lactantes para o prosseguimento do AME até os 6 meses de vida – “seu leite é fraco”, “o bebê tem sede no verão”, “para passar as cólicas, é necessário ofertar um chazinho” – e, assim, a exclusividade do LM cede lugar aos complementos (MOURA, 1997).

Três das cinco UBS de Ponta Grossa em que houve maior frequência de crianças sem oferta de LM estão localizadas na região de Oficinas, porém com perfis bastante distintos: enquanto uma delas se insere numa região privilegiada da cidade, as demais encontram-se bastante afastadas do centro, localizando-se, inclusive, num distrito pertencente a Ponta Grossa: Guaragi. Tais dados corroboram importantes informações: mães de classes sociais mais abastadas amamentam menos (VICTORA, 2016), fazem mais partos cesáreos e ofertam mais fórmulas lácteas (TAKAHASHI et al., 2017). Já as residentes no interior, têm por costume sociocultural a oferta de alimentos complementares antes dos 6 meses de idade, incluindo aqui o uso do leite de vaca.

Para Silva et al. (2019), fatores diversos, como a cultura popular, a organização sociopolítica e as condições econômico-ambientais podem influenciar de maneiras diferentes a prática do AM. Assim, em sociedades mais abastadas, as melhores condições de renda, de maneira geral, são associadas a um mais elevado nível de educação materna, viabilizando o acesso às informações acerca da prática

da amamentação, enquanto em comunidades de renda familiar mais baixa, as mães necessitam contribuir para o orçamento familiar, retornando precocemente ao mercado de trabalho, dificultando o AM. Em ambientes socioeconômicos mais pobres, porém, a exposição das crianças a agentes causadores de doenças é maior, tornando o AME fundamental para a manutenção da saúde dessas crianças, por suas propriedades protetoras, devendo, então, ser mais estimulado.

Conforme divisão por distritos sanitários de Ponta Grossa, apresentada anteriormente, é possível notar maior frequência de AME, em crianças de 0 a 24 meses, na região de Uvaranas (59,55%), onde há mais tempo estão estabelecidas as equipes do Programa Saúde da Família na cidade e também a maior frequência de crianças sem LM na região de Oficinas (21,48%), local de mais tardia implantação da ESF, sugerindo a importância desta estratégia para o cuidado materno-infantil e a atenção integral à saúde de mães e bebês.

As regiões de Santa Paula, Nova Rússia e Uvaranas tiveram, respectivamente, os maiores declínios do AME entre a primeira e a segunda consulta de puericultura, expondo possíveis fragilidades no manejo das complicações mais comuns nos primeiros dias da prática da amamentação, levando as mães a ofertarem complementos ou até mesmo a deixarem de ofertar o LM.

Esplanada, Uvaranas e Santa Paula foram os distritos sanitários que mais apresentaram queda na frequência do AME da quarta para a quinta consulta de puericultura, revelando a provável volta das mães que trabalham às suas funções fora de casa, o número de filhos e a possível terceirização do cuidado deles, a oferta precoce de alimentos, ou mesmo a influência de tradições e costumes familiares (oferta de chás quando o bebê tem cólica, de água quando faz calor).

Tal cenário sugere a necessidade de investimentos em ações de educação em saúde voltadas para toda a família, preparando não somente as mulheres, mas todos os que convivem com ela para a ordenha, estoque, descongelamento e oferta do LM, possibilitando o prosseguimento do AME mesmo cumprindo sua jornada de trabalho e introdução da alimentação complementar de maneira adequada. Também torna relevante a discussão sobre a necessidade de implantação de salas de apoio à amamentação em empresas e indústrias, conforme preconiza e estimula o MS – locais em que a lactante poderia, num ambiente adequado e preparado para tal, extrair o próprio leite e acondicioná-lo para uma oferta futura ao seu bebê.

Os dados quantitativos acima discutidos desnudam o panorama do AM, nos anos de 2015 a 2018, no maior município dos Campos Gerais, favorável quando comparado à realidade nacional, porém ainda carente de ações estratégicas que sanem as maiores fragilidades aqui apresentadas.

8.2 SITUAÇÃO DO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS

A situação do apoio ao AM nos Campos Gerais, delineada por profissionais da saúde de áreas diversas, envolvidos no cuidado materno-infantil, dos 12 municípios pertencentes à 3ª Regional de Saúde do Paraná, nos três níveis de atenção à saúde, foi dividida em 4 domínios distintos (processos de trabalho, recursos administrativos, recursos humanos e determinantes sociais) discutidos a seguir.

Um dos principais nós do apoio existente, apresentados pelos pesquisados, é a comunicação, muitas vezes pouco efetiva ou até mesmo ausente, entre os níveis de atenção à saúde materno infantil. De fundamental importância para o estabelecimento de uma rede de apoio coesa, a interlocução entre os níveis de atenção à saúde viabiliza o trânsito da gestante/puérpera por e entre os mesmos, conforme sua necessidade clínica, amplia as possibilidades de cuidado e torna possível o sucesso do AM.

Atualmente, a ausência de um sistema eletrônico unificado de prontuários, é apontada como fator complicador, por prejudicar a fluidez da transmissão de dados entre os serviços, e, por conseguinte, promover falhas na captação/acompanhamento das mulheres e seus bebês. A informatização, com possibilidade de intercâmbio de dados entre atenção primária, secundária e terciária facilitaria o acesso a informações relevantes sobre as usuárias atendidas (informações sobre o tipo/via de parto, teste da linguinha, amamentação nas primeiras horas de vida, procedimentos realizados, se (e porque) houve necessidade de complementação com fórmula láctea, uso de artifícios como bico intermediário de silicone, dados a respeito da consulta do 5º dia de nascido, tipo de alimentação recebida, ganho de peso e crescimento satisfatórios, icterícia, estado das mamas da mãe (mastite, fissuras), necessidade de intervenção,

encaminhamento para serviço especializado (laser para cicatrização de fissuras mamárias, adequação de pega/postura, relactação/translactação).

A veiculação correta de dados relevantes como os citados acima, permitem o melhor direcionamento do acompanhamento, tratamento e encaminhamento das assistidas, quando necessário, possibilitando maior sucesso do AM — tendo em vista que a falta de assistência é um dos maiores motivos para o abandono da prática (JOLLY et al., 2018).

A cada nível de atenção cabem atribuições específicas no suporte à amamentação: à atenção primária, ordenadora do serviços em saúde, os acompanhamentos pré e pós-natal, incluindo orientações sobre o AM em consultas, atividades em grupos de gestantes, monitoramento e intervenções nas possíveis dificuldades de condução da prática, realização de interferências de menor complexidade e encaminhamento para os serviços especializados em uma em casos de maior severidade/complexidade; à atenção secundária, a intervenção nos quadros recebidos da atenção primária e terciária (uso de laser para cicatrização de lesões mamárias, frenectomia), referenciando-os de volta à atenção primária, quando estabilizados, ou encaminhando-os à atenção terciária, se necessário procedimento específico (cirurgia para drenagem das mamas, por exemplo). À atenção terciária, caberiam a realização do teste da linguinha, o estímulo ao contato pele a pele e à amamentação na primeira hora de vida, manejo durante o tempo de internação, bem como o acompanhamento ambulatorial, em caso de dificuldades específicas da amamentação notadas ainda na maternidade.

Cabe não somente à APS, mas a todos os níveis de atenção materno-infantil, a importante tarefa de levar informações às gestantes acerca dos possíveis tipos de parto e assistência e sua influência no AM; ressaltar a importância do contato pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida (*golden hour*), estimulando-as a pensarem em suas realidades e elaborarem seus próprios planos de parto

O panorama do apoio atual ao AM na região dos Campos Gerais revela avanços na capacitação das equipes, bem como nas possibilidades de suporte, contudo, é possível notar ausência de fluidez entre os níveis de assistência, conforme os dados coletados.

As fragilidades da comunicação entre os níveis de atenção na saúde materno-infantil revelam uma realidade preocupante, com muitos casos de

desmame precoce oriundos da ausência ou mesmo da fragmentação dos cuidados recebidos desde o pré-natal ao pós-parto.

Ainda no que diz respeito aos processos de trabalho, os pesquisados afirmam haver pontos bastante positivos para que o apoio ao AM se dê.

A facilidade na captação e manutenção da puérpera e bebê em acompanhamento após o nascimento constituem uma importante ferramenta de apoio. Conforme preconiza a Rede Mãe Paranaense, a consulta do quinto dia de nascido é fundamental para a observação e conferência da via de alimentação do bebê, seu crescimento/desenvolvimento e do estado da mãe (se apresenta desconfortos, dificuldades, lesões nas mamas...), viabilizando a adoção de medidas e encaminhamentos, quando da percepção da necessidade de apoio sistemático e especializado.

A facilidade para organizar o cronograma de atividades em seus locais de trabalho, a fim de incluir programações relacionadas à amamentação revela uma importante liberdade conquistada pelas equipes ouvidas. A inserção de orientações e ações voltadas ao AM poderiam, então, ser priorizadas ao longo de todo o ano e não apenas no Agosto Dourado — mês de incentivo à amamentação. O que se percebe é que, durante as rotinas do cuidado materno-infantil, pouco se fala e menos ainda se oferece ajuda prática às nutrizes e seus bebês. A falta de informação e de acolhimento nos momentos de dificuldade tornam a continuidade do AM desafiadora, levando mulheres com plenas condições de aleitar a abrir mão desta ação por desconhecimento das manobras de manejo à apojadura e lactação e das suas possibilidades de atendimento na rede.

Outra característica positiva levantada foi o conhecimento dos meios de articulação do AM na rede, relatada pelos trabalhadores. De fato, as equipes de saúde envolvidas no cuidado materno-infantil precisam estar muito bem preparadas e informadas a respeito das oportunidades de acesso aos locais de apoio ao AM na rede, facilitando a permeabilidade da mulher e seu bebê pelos diversos serviços e níveis de atenção à saúde.

Tais características enumeradas revelam-se potencialidades para o apoio ao AM.

Quanto aos recursos administrativos, o apoio da gestão às ações propostas em AM e o incentivo à participação dos profissionais em cursos, eventos e congressos sobre o tema, revelam uma potencialidade na organização da rede, pois

gestores sensibilizados para a relevância da amamentação são capazes de promover e impulsionar a estruturação do apoio à mesma.

Ao apoiar a capacitação profissional na área, mas não incentivar a participação em cursos e congressos, a gestão adota posturas controversas: endossa a necessidade de contar com profissionais bem preparados para a prevenção, o enfrentamento e o saneamento das barreiras ao atendimento resolutivo e integral em AM, porém sem o respaldo financeiro e a limitação da liberação para os eventos técnico-científicos.

Depara-se, assim, com um cenário de entraves para a melhoria da assistência, que também conta com a ausência de satisfatória estrutura e materiais para implementação de ações em aleitamento materno, bem como a dificuldade para encontrar tempo hábil, em meio às suas rotinas diárias de serviço, para trabalhar a temática da amamentação.

Quanto aos recursos humanos, os pesquisados destacam a existência de muitos profissionais dispostos a apoiar o AM, porém discordam que exista satisfatória formação profissional em AM, que haja priorização do tema nas ações de educação permanente em saúde e que existam profissionais capacitados para o manejo do AM (tabela 12).

Tais dados reforçam os resultados obtidos e discutidos no domínio Recursos Administrativos, pois, apesar de contar com profissionais simpáticos à causa do AM, esta característica não basta quando surgem as intercorrências. Para que haja resolutividade, desde as orientações no pré-natal até o desmame, aos 24 meses, a rede de apoio necessita de apoiadores verdadeiramente instruídos, capacitados para o manejo das mais diversas condições clínicas pertinentes à amamentação.

Uma fragilidade ressaltada foi a ausência da priorização da temática do AM nas ações de educação permanente em saúde. É preocupante a dificuldade de entendimento, por parte dos gestores, de que a temática necessita ser explorada corriqueiramente e não apenas em meses comemorativos, pois a partir da ausência da prática do AM se deflagram doenças crônicas importantes, como o diabetes e a obesidade, responsáveis pela fragilidade da população e o despendimento de altos investimentos em saúde pública.

A realização de formações periódicas e frequentes, em AM, às equipes de saúde de todos os níveis da atenção materno-infantil, a discussão de casos clínicos

em reuniões de equipe, e o compromisso com a renovação das capacitações aos novos funcionários que passam a compor os pontos de atenção, consistem em estratégias possíveis para o estabelecimento da educação permanente em amamentação.

O incentivo dos gestores municipais, estaduais e federais à formação específica para o apoio adequado à amamentação é fundamental para o alcance de uma rede preparada para apoiar as mulheres e seus bebês.

No ano de 2019, na campanha do Agosto Dourado, uma solicitação de priorização do tema, por parte do governo federal, já aconteceu (MENDES, 2019). Trazendo dados de pesquisas atuais e confrontando-os com os números do AM em nosso país, o MS divulgou a necessidade de impulsionar as atividades voltadas à amamentação, a fim de que alcancemos melhores condições de saúde a curto (desnutrição e mortalidade infantil), médio (prevenção da obesidade infantil, doenças respiratórias e infecciosas) e longo prazos (prevenção de doenças crônicas na idade adulta). Porém, na prática, outras demandas urgentes tomam espaço nas rotinas diárias dos serviços de saúde, limitando as condições de atuação focada no AM, fazendo emergir a necessidade da organização de um fluxo de fato fluido, com o estabelecimento de pontos específicos de suporte à amamentação, além do reforço à capacitação permanente dos envolvidos.

No domínio Determinantes Sociais, a adesão de gestantes e puérperas às atividades propostas, bem como a participação de suas famílias durante o pré-natal e as consultas de puericultura transparecem uma condição atual, em que não somente a mulher é responsável pelo cuidado com a gestação e a chegada do bebê – como há alguns anos –, mas toda a sua rede de apoio (familiares, vizinhos, amigos) pode exercer um importante papel como agente de transformação da realidade local ao seu entorno viabilizando, assim, o estabelecimento e prolongamento da amamentação em seio materno.

Porém, os respondentes referem ser as crenças e costumes locais fatores que interferem negativamente no processo do AM, limitando suas possibilidades de sucesso. As questões culturais, de fato exercem influência sobre a decisão de amamentar e de prosseguir com o aleitamento: a intenção de amamentar, a confiança da mulher em sua capacidade para exercer tal função e as condições de desestímulo (acreditar que dar de mamar no peito é “fora de moda”, que não apresenta o formato/tamanho de seios ideal, que a mãe terá que ficar à disposição

da criança, mudar sua alimentação e forma física, que sentirá dor e vergonha ao aleitar, que terá limitações para voltar aos estudos ou trabalho, entre outras) (SILVA, et al., 2016).

Para CAICEDO et al. (2016), crenças familiares como acreditar que o bebê não gosta do leite materno, que não será capaz de ser saciado sem a ingesta de complemento, que quando em AME sente sede, necessita de água e terá maior dificuldade para o desmame e a falsa necessidade da introdução alimentar precoce consistem em exemplos de barreiras culturais para a prática do AM. Os autores reforçam que o dilema vivido pelas mães, ao ter que se posicionar entre as orientações científicas recebidas dos profissionais que a acompanham e as opiniões de familiares e amigos, as levam a ter dificuldades de emitir sua posição própria. Por este motivo, o investimento em educação em saúde para o AM é tão valioso: ele possibilita habilitar mães para que tomem suas decisões, baseadas em conhecimentos prévios adquiridos.

É importante ressaltar que, dentre todos os domínios pesquisados, houve diferença significativa de opiniões quanto aos Recursos Humanos, entre funcionários trabalhadores da atenção primária e terciária. Essa diferença não se mostrou relevante quando comparados gênero, e formação em AM, porém o local de trabalho interferiu na visão dos participantes. Cabe destacar que, para haver fluidez e assertividade na rede de apoio ao AM, profissionais de todos os níveis de atenção devem receber apoio e liberdade da gestão, a fim de organizar o fluxo das ações, bem como ser capacitados/treinados e atualizados constantemente, para que alcancem uma atenção integral e efetiva.

8.3 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS

A construção de uma narrativa baseada nos relatos de tutoras da EAAB – profissionais que receberam formação específica para o trabalho com o AM e rotineiramente o presenciam no desempenho de suas funções – fez emergir apontamentos que vão além da exposição das potencialidades e fragilidades do apoio à amamentação: retratam o modo como são tocados estes trabalhadores, como sua visão e ideais contribuem para a atuação na área.

As RAS constituem importantes estratégias para viabilizar a integralidade da atenção. Na saúde materno-infantil, a Rede Cegonha e, no estado do Paraná, a Rede Mãe Paranaense, destacam a importância do AM e a necessidade de incluir orientações acerca de sua prática nas consultas realizadas ao quinto dia de nascido (BRASIL, 2011; PARANÁ, 2012). Contudo, a ausência de diretrizes, fluxos, orientações e incentivos específicos torna a amamentação não prioritária frente às discussões acerca do parto e da redução da mortalidade infantil. Tal obscuridade nas redes mostra-se contraditória frente às evidências científicas atuais, que ressaltam o AM como fator de proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas tanto nas mães quanto nos bebês e para a mortalidade infantil (VICTORA, 2016).

Para os participantes da pesquisa, hoje a rede de apoio ao AM existe na região dos Campos Gerais, porém não formalizada e repleta de imperfeições, especialmente na comunicação entre os níveis de atenção e seus pontos de apoio. Com bastante potencial para crescimento, este suporte, entre outras coisas, de fluxos bem estabelecidos para a atenção integral a mães e bebês, conforme se verificou no trecho:

“O estabelecimento e organização de um fluxo de atendimento claro, que abranja desde a divulgação da importância até o manejo da amamentação, a fim de que a rede de atendimento fique clara tanto para usuários quanto para profissionais (...)”.

A APS exerce um papel de destaque na fundamentação das redes de apoio ao AM, por ser ordenadora do cuidado, exercer a primordial função de comunicadora entre os níveis de atenção à saúde e atuar no cuidado continuado e não somente na prestação de serviços pontuais, como é o caso da atenção especializada e hospitalar.

Como destacado no discurso *“Há busca ativa das gestantes/puérperas e bebês faltosos [...], realização do pré-natal desde o início da gestação [...], consulta do quinto dia de nascido, realização de grupos de gestantes”*, verifica-se que ações preconizadas pela RC e pela RMP como acolhimento, orientação, encaminhamentos, busca ativa, acompanhamento no pré-natal e nas puericulturas, consulta ao quinto dia de nascido, grupos de gestantes, campanha do *Agosto Dourado*, entre outras, já são realizadas na atenção básica dos municípios dos Campos Gerais. A escassez de

tempo para o cumprimento de todas as suas atribuições, porém, faz com que profissionais da APS deixem de priorizar os atendimentos e ações em AM em suas rotinas, como revelado a seguir:

“A difícil administração do tempo ou até mesmo a ausência dele, em meio às funções práticas, administrativas e burocráticas inerentes à cada profissão, dificulta a construção de um elo com a comunidade, com as mães. Na sobrecarregada rotina de trabalho, o tempo, muitas vezes escasso é precioso para resgatar os aprendizados, dar apoio, atenção, principalmente às mães mais vulneráveis ao abandono da amamentação. Falar sobre o AM não é perder tempo!”

A sobrecarga habitual de trabalho somada à necessidade de interromper agendas para realizar grupos de educação em saúde, atender às urgências em AM e realizar atendimentos não programados para visitar orientações às famílias traz à discussão o acreditar que falar e atuar em AM é perda de tempo, diante das demais demandas em saúde.

Fornecer apoio adequado às mães que amamentam ainda exige transpor barreiras socioculturais, padrões assistenciais repetidos ao longo dos últimos anos (como a prescrição de fórmulas lácteas sem qualquer tentativa de manejo do AM) e de gestão. O panorama relatado retrata a emergência na adoção de uma postura diferenciada frente ao apoio à amamentação – com formação continuada para as equipes de saúde, educação permanente às famílias e comunidades, apoio dos gestores e liberdade para exercer este tipo de apoio/acompanhamento.

A APS dos municípios pesquisados conta com bastantes tutores, de diversas áreas de atuação, formados pela EAAB, capacitados para a realização de oficinas para as equipes da AB e para a assistência mínima às questões do AM: “[...]o expressivo número de tutoras na região é destacado. Na cidade de Ponta Grossa, por exemplo, a maioria das unidades de saúde conta com um profissional capacitado pela EAAB [...]”. Por este motivo, o expressivo número de tutores é destacado como potencialidade, especialmente na cidade de Ponta Grossa, na qual praticamente todas as unidades de saúde contam com um ao menos um tutor:

O discurso dos envolvidos corrobora a dificuldade para inserir e registrar, com regularidade e efetividade, na rotina dos pontos de atenção, as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde na EAAB, pois a certificação de “Unidade de

Saúde Amiga do Aleitamento Materno” não foi alcançada em nenhum município da região:

“... ainda há, neste caminhar, o desafio da certificação das unidades – tendo em vista o grande número de tutores e a ausência de certificação.”

Uma das fragilidades destacadas na narrativa – a falta de recursos para a realização de ações – muitas vezes desmotiva profissionais envolvidos com a temática da amamentação e reflete de maneira negativa nos registros de atividades dos municípios: *“[...] os profissionais se deparam com situações desafiadoras, como a falta de verbas, materiais e recursos humanos. [...], refletindo negativamente nos números dos municípios.”*

Os avanços das ações em AM devem-se ao fato de haver “colaboração humana”, o que torna os desafios mais leves:

“A colaboração humana em nossa rede regional é grandiosa: há um expressivo número de enfermeiras obstetras que atuam em prol do AM e também o apoio de outros profissionais, como fonoaudióloga e nutricionistas nas equipes do NASF, trabalhando nas unidades de saúde, além da colaboração dos médicos mais novos, que possuem uma nova visão e são mais participativos, e do essencial incentivo da 3ª Regional de Saúde e das prefeituras municipais, que possibilitam a amplitude das ações intersetoriais e o consequente fortalecimento do apoio ao AM.”

A integração entre membros de equipes multiprofissionais, a possibilidade de buscar apoio externo, o incentivo às capacitações e ações advindo dos gestores, viabiliza o cumprimento das propostas de educação permanente na área propostas pela RC.

A reduzida quantidade de Hospitais Amigos da Criança e de pontos de apoio especializados em toda a região tornam escassas as possibilidades de atendimento às mães que necessitem de suporte durante o período da amamentação. Assim, a necessidade de investimentos em locais de fácil acesso à população, com equipes empáticas e preparadas para acolher e apoiar as mulheres e seus bebês é reforçada.

A ausência de uma comunicação efetiva entre os níveis primário, secundário e terciário, essencial para o estabelecimento de qualquer rede de atenção à saúde, conforme preconiza o MS, somada à escassez de pontos de apoio ao AM torna frágil a configuração atual do suporte à amamentação no municípios

pesquisados, justificando as baixas frequências de AME até os 6 meses de vida notadas em Ponta Grossa e discutidas anteriormente, por exemplo.

Todas as fragilidades e potencialidades destacadas na narrativa das tutoras da EAAB revelam a fragilidade das políticas públicas em AM no Brasil e a consequente necessidade de revisão delas. Maiores investimentos em recursos materiais e humanos “são essenciais para o fortalecimento do AM” e garantem que os benefícios de uma assistência integral, preparada e sensibilizada chegue à comunidade.

Embora existam políticas estabelecidas para o apoio ao AM em todos os níveis de atenção à saúde, as estratégias propostas são apresentadas de maneira isolada, sem que haja articulação entre elas, em rede. Tal panorama se reflete na fragmentação do cuidado, nas dificuldades de comunicação anteriormente relatadas e, por consequência, nos elevados números de desmame precoce:

[...]Há famílias residentes em áreas rurais, onde não é possível o acompanhamento rotineiro; mães que deixam de amamentar por receberem o leite substituto oferecido pelo governo (um importante desestímulo à amamentação) e, ainda, as trabalhadoras, que se afastam de seus filhos aos quatro meses para cumprir seus deveres no trabalho.”

Mesmo num cenário ideal, não se pode perder de vista os reais determinantes para um bom apoio ao AM: o engajamento dos profissionais, sua sensibilização e empatia. Tais características são fundamentais para a adesão e continuidade da amamentação.

A educação em saúde, preconizada e estimulada pelas Redes Cegonha e Mãe Paranaense, necessita ser aplicada e valorizada em quaisquer ações de saúde materno-infantil, em todos os níveis e pontos de atenção. Manter mulheres, suas famílias e comunidades informadas e orientadas possibilita a realização de melhores escolhas e as encoraja e endossa na tomada de suas decisões, como afirmaram as tutoras:

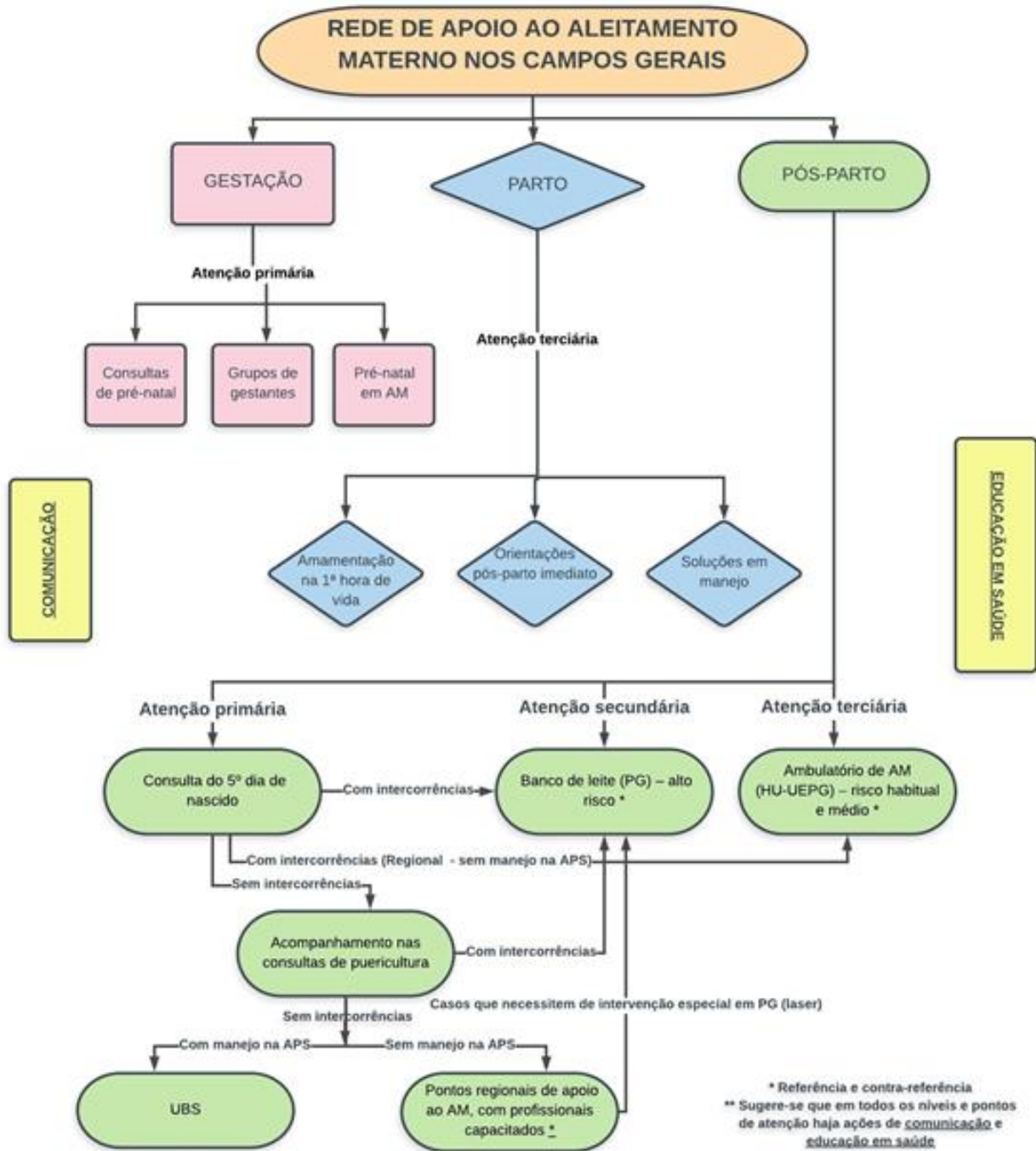
“Pensar nas fragilidades e potencialidades do apoio ao AM é um importante desafio para a proposição de estratégias de melhoria e fortalecimento dessa rede essencial para a vida. O caminho a seguir não se encerra com essas palavras, mas traz possibilidades para um destino melhor.”

A reflexão a respeito do que os municípios já realizam de positivo e do que ainda necessita ser melhorado consiste num importante exercício para trabalhadores da rede e gestores. Por meio dela, novas estratégias para o enfrentamento das dificuldades levantadas podem emergir, a fim de fortalecer a rede.

9 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Depois de concluídas as 3 fases propostas para esta pesquisa, compreendendo os números, o perfil do AM, bem como as potencialidade e fragilidades em seu apoio, elaborou-se uma proposta de fluxo para a rede, a fim de sugerir possíveis conexões e arranjos para a otimização da atenção e, assim, alcançar a integralidade no cuidado da amamentação na região dos Campos Gerais – PR. Esta proposta é apresentada a seguir e será encaminhada aos gestores dos Campos Gerais, bem como aos participantes deste estudo.

Figura 5: Fluxo proposto para a rede de apoio ao aleitamento materno nos Campos Gerais



Fonte: os autores.

A fim de racionalizar o itinerário terapêutico, como propôs Santos (2017), sugere-se a organização da atenção ao AM em 3 distintas etapas: gestação, parto e pós-parto.

Durante a gestação, na APS, seriam realizadas abordagens sobre amamentação em todas as consultas de pré-natal com médicos e enfermeiros, nos

grupos de gestantes organizados pelas UBS com o apoio de equipes multiprofissionais. Em caso de unidades com dificuldades para a realização de grupos – por falta de espaço físico, baixa adesão das gestantes ou qualquer outro motivo – são propostas orientações em sala de espera, em dias de consultas para gestantes. Também são sugeridas consultas de pré-natal em AM, realizadas em pontos regionais de apoio, por profissionais conhecedores das possibilidades de atendimento na rede e capacitados na área.

Na ocasião do parto e do pós-parto imediato, na atenção terciária à saúde (ambiente hospitalar), o estímulo à amamentação na primeira hora de vida, com o estabelecimento do contato pele a pele, como preconiza a RC, e a realização do teste da linguinha, é recomendado. Além dessas condutas, são imprescindíveis as orientações no pós-parto imediato e a oferta de soluções em manejo, para resolução de eventuais dificuldades – ajuste de postura, pega no seio materno e ingurgitamento mamário – realizada por equipe multiprofissional capacitada.

Destaca-se a importância da orientação das puérperas para a alta hospitalar, período crítico para o estabelecimento da amamentação, quando acontece a apojadura, os ingurgitamentos mamários e, por consequência, as fissuras e lesões nas mamas, dificultando a adaptação e adesão à prática. Informá-las sobre os pontos de atenção da rede, onde podem buscar apoio, e treiná-las para o enfrentamento das intercorrências mais recorrentes.

Já no período do pós-parto/puerpério, caberia à atenção primária, após a consulta do 5º dia de nascido, a organização e direcionamento de mães e bebês, por meio de mecanismos de referência e contrarreferência. Neste primeiro momento, casos sem intercorrências, acompanhados nas consultas de puericultura, poderiam seguir sob a tutela das UBS. Ao surgimento de intercorrências simples, de possível manejo na APS, seriam direcionados aos pontos regionais de apoio ao AM e, quando existirem casos mais complexos, que exijam intervenções especiais (em PG), encaminhar ao serviço especializado (BLH).

Cabe enfatizar a fundamental importância da comunicação entre todos os níveis e pontos de atenção à saúde materno-infantil, a fim de favorecer a permeabilidade de mães e bebês, garantindo atendimento no tempo certo, no lugar adequado e com a efetividade esperada, como preconizam os fundamentos das RAS (MENDES, 2010). Ressalta-se aqui a basilar centralização do cuidado exercida pela APS. Muito embora todos os níveis possam apoiar e estimular a

amamentação em ações pontuais, é na atenção básica que os vínculos são estabelecidos, que o trabalho preventivo é priorizado e o AM é acompanhado.

Sugere-se que as ações de educação em saúde estejam presentes nas três etapas (pré-parto, parto e pós-parto) do ciclo gravídico-puerperal, em todos os níveis de atenção à saúde materno-infantil, para melhor informar as mulheres, seus companheiros, familiares e comunidades, a fim de possibilitar melhores perspectivas para o futuro do AM na 3ª Regional de Saúde do Paraná.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A decisão de amamentar um bebê ao seio nem sempre é descomplicada. As mulheres muitas vezes são influenciadas pelas informações recebidas das equipes de saúde que as atendem, suas experiências prévias, o meio familiar e cultural onde vivem, a mídia, entre outros fatores.

Informações acerca dos benefícios do AM para o binômio mãe-bebê têm sido amplamente divulgadas, porém pouco podem fazer pelas mulheres que enfrentam dificuldades para a sua prática, quando da ausência/ineficiência do apoio prestado pelos serviços de saúde.

Para que haja suporte efetivo e integral à saúde materno-infantil durante o AM, o estabelecimento de uma rede de apoio coesa, bem estruturada, que conte com níveis de atenção bem preparados e conectados é necessário para a ampliação do cuidado.

Para que os objetivos desta pesquisa fossem alcançados, seu percurso metodológico precisou ser diversas vezes revisto e readequado. Tais modificações interferiram na submissão ao Comitê de Ética – precisou passar por nova avaliação após alterações. Inicialmente, o estudo contava com a participação de 80 médicos cubanos, do Programa Mais Médicos, que deixaram o país, por determinação do Governo Federal, duas semanas após receberem os questionários da fase 2 da pesquisa, sem tempo hábil para integrá-la. A partir de então, foi realizada a inclusão das profissionais tutoras da EAAB de todos os municípios do Campos Gerais na fase 3, que inicialmente seria realizada apenas com trabalhadores da cidade de Ponta Grossa, com a finalidade de enriquecer os resultados alcançados.

Os achados deste estudo revelam que a atual situação do AM nos Campos Gerais vai ao encontro das fragilidades e potencialidades por ele apontadas e, por este motivo, teve a sua hipótese confirmada. Os investimentos em recursos humanos realizados até o momento, como a formação de tutores pela EAAB e o apoio às capacitações voltadas à amamentação contribuíram para os avanços alcançados até o momento. Porém, a falta de comunicação entre os níveis de atenção, a escassez de recursos financeiros, de flexibilidade nas agendas de trabalho e de pontos de apoio especializados para atendimento em AM são algumas das fragilidades levantadas às quais se atribuem os entraves do bom funcionamento da rede.

Esta pesquisa evidencia que o fortalecimento das políticas públicas brasileiras é primordial para o avanço da adesão ao AM, pois, a partir do incentivo do estado e dos municípios, projetos de lei são elaborados, recursos financeiros e humanos liberados.

O desafio da integração entre todos os pontos e níveis de atenção da rede se torna possível quando há de abertura para discutir, traçar metas e objetivos em comum entre eles, além de investimentos em formação permanente e sensibilização para o trabalho na área.

Para que o AM seja priorizado frente à realidade regional atual aqui desnudada, é necessário que os gestores sejam sensibilizados, que haja maior esclarecimento e incentivo à elaboração de planos de parto pelas gestantes, o estímulo à visita à maternidade de referência às 37 semanas de gestação, a adoção de um sistema de referência e contra-referência entre os níveis de atenção à saúde e de critérios para a prescrição de fórmulas lácteas aos bebês, o estabelecimento de pontos regionais de apoio ao AM e a revisão do tempo que os profissionais que trabalham com a amamentação têm para se dedicar à mesma.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Valdecyr Herdy et al . Reflexões sobre o valor da amamentação como prática de saúde: uma contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 203-210, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100203&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100024>.
- AMARAL, L. J. X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 127–34, 2015.
- ARAUJO-MOREIRA, Michelle et al . Experiências migratórias e intergeracionais sobre a amamentação no espaço familiar: um estudo de representações sociais. **Aquichan**, Bogotá , v. 18, n. 3, p. 287-297, set. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000300287&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.4>.
- ARORA, A. et al. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Sydney, Australia: Findings from a birth cohort study. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, n. 1, p. 1–10, 2017.
- ARRUDA, Cecilia et al . Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 169-173, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>.
- BAÑO-PIÑEROA, I. et al. Impact of support networks for breastfeeding: a multicentre study. **Women and Birth**, v. 31, n. 4, p. 239-244, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217302779?via%3Dihub>. Acesso em: 01 set. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.002>.
- BERGMAN, M. et al. Prolonged exclusive breastfeeding through peer support: a cohort study from a community outreach Project in Swaziland. **J Community Health**, v. 41, n. 5, p. 932-8, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-016-0173-y>. Acesso em: 01 set. 2018. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0173-y>.
- BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; CARVALHO, Márcia Lazaro de; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, 91, 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100409&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. Epub Dec 31, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0034->

8910.2015049005971.

BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista De Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 1–9, 2017.

BOFF, A. D. G. et al. Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno Mother ' s social / economic aspects and level of knowledge about breastfeeding. v. 20, n. 2, p. 141–145, 2015.

BOLÍVAR, B. A. “¿De nobis ipsis silemus?”: epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación [Internet]. **Redie**, v. 4, n. 1, 2002. Disponível em: <http://redie.uabc.mx/vol4no1/contenido-bolivar.html>.

BOZZINI, A. B. et al. 140. Prevalence And Early Life Factors Associated With Risk Behaviors In Adolescence: A Population-Based Cohort Study. **Journal of Adolescent Health**, v. 64, n. 2, Supplement, p. S72–S73, 2019.

BRASIL. Lei nº 11.770, 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 8.212, de 24 de julho de 1991. **Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, set 2008. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2008/lei-11770-9-setembro-2008-580284-norma-actualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 09 ago 2019.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar 2016. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21172863/do1-2016-03-09-lei-no-13-257-de-8-de-marco-de-2016-21172701>. Acesso em: 09 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68.

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**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009, 108p.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.920, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 set. 2013. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Câmara dos Deputados e Senado Federal. Emenda Constitucional nº95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2016.

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**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, 27 jun. 2011; Seção 1:109.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança** / Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pesquisa_demografia_saude_crianca_mulher_2006.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA. NBCAL – **Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de 1ª infância, bicos, chupetas e mamadeiras.** 2007.

CAICEDO MARTINEZ, Nydia Stella; CARRILLO PINEDA, Marcela; GOMEZ DAVILA, Joaquín Guillermo. Breastfeeding Education: disagreement of meanings. **Invest. educ. enferm**, Medellín , v. 34, n. 2, p. 396-404, June 2016. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000200020&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a20>.

CARVALHO, Maria José Laurentina do Nascimento et al . Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 36, n. 1, p. 66-73, Mar. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000100066&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. Epub Jan 15, 2018. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;1;00001>.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al . Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 1297-1316, Dez. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>.

CAVALCANTI, Sandra Hipólito et al . Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 208-219, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100208&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010016>.

COELHO, M. T. A. D.; CARVALHO, V. P.; PORCINO, C. Representações sociais de doença, usos e significados atribuídos às Práticas Integrativas e Complementares por universitários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 848-862, Set. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300848&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Feb. 2020.

CUNHA, Maria Isabel da. Conta-me agora! As narrativas como alternativas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo , v. 23, n. 1-2, p. , Jan. 1997 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-25551997000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-25551997000100010>.

DAMASCENO, Nauristela Ferreira Paniago et al . A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 22, n. 64, p. 133-140, Mar. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

32832018000100133&lng=en&nrm=iso>. access
on 29 Feb. 2020. Epub July 03, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0815>.

DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 6, p. 354–359, 2018.

DOUGHERTY, L. et al. A mixed-methods evaluation of a community-based behavior change program to improve maternal health outcomes in the upper west region of Ghana. **Journal of Health Communication**, v. 23, n. 1, p. 80-90, 2018. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2017.1414901>. Acesso em: 01 set. 2018. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1414901>.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev. Min. Enferm**, v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014. Disponível em:
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em: 01 set. 2018.
<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.

ERICSON, J.; FLACKING, R.; UDO, C. Mothers' experiences of a telephone based breastfeeding support intervention after discharge from neonatal intensive care units: a mixed-method study. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, n. 50, p. 1-9, 2017. Disponível em:
<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-017-0142-9>. Acesso em: 01 set. 2018. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0142-9>.

FERREIRA, M. G. C.; GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. Aleitamento Materno: Orientações Recebidas Por Gestantes Acompanhadas Pela Estratégia Saúde Da Família Breastfeeding: Guidelines Received By Pregnant Women Assisted By the Family Health Strategy. **Rev. Aten. Saúde**, v. 16, n. 55, p. 36–41, 2018.

ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de; OTTO, Ana Flávia Nascimento; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 4, p. 411-419, Dec. 2003. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000400006&lng=en&nrm=iso>. access
on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000400006>.

FRAZÃO, S. M.; VASCONCELOS, M. V. L.; PEDROSA, C. M. Materno em um Curso Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 58–66, 2019.

GOMES, Marisa Monteiro; REBELO, Susana Patricia Leal. Aleitamento materno e a prevenção da doença alérgica: uma revisão baseada na evidência. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 35, n. 3, p. 203-209, jun. 2019. Disponível em

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732019000300005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12095>.

GREGG, D. J. et al. Breastfeeding-Friendly Erie county: establishing the New York State Breastfeeding Friendly Practice Designation. **Journal of Human Lactation**, v. 31, n.4, p. 623-30, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26152203>. Acesso em: 01 set. 2018. <https://doi.org/10.1177/0890334415593541>.

GRUMMER-STRAWN, L. M. et al. New World Health Organization guidance helps protect breastfeeding as a human right. **Maternal & child nutrition**, v. 13, n. 4, out. 2017.

HORTA, B. L.; MOLA, C. L. DE; VICTORA, C. G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr.**, v. 104, n. 467, p. 30–37, 2015. doi:10.1111/apa.13133

IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.

JOHNSON, R. et al. Breastfeeding peer support in rural New Zealand: the views of peer supporters. **J Prim Health Care**, v. 9, n. 2, p. 173-7, 2017. Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/HC/HC16027>. Acesso em: 01 set. 2018. <https://doi.org/10.1071/HC16027>.

JOLLY, K. et al. Protocol for a feasibility trial for improving breast feeding initiation and continuation: Assets-based infant feeding help before and after birth (ABA). **BMJ Open**, v. 8, n. 1, p. 1–13, 2018.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.

LAMOUNIER, Joel Alves et al. Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 486-493, Dec. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019000400486&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. Epub June 19, 2019. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004>.

LERUTH, C. et al. A multilevel approach to breastfeeding promotion: using healthy start to deliver individual support and drive collective impact. **maternal and child. Health Journal**, v. 21, sup. 1, p. 4-10, 2017. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-017-2371-3>. Acesso em: 01 set. 2018. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2371-3>.

LIRA, G. V.; CATRIB, A. N. F.; NATIONS, M. K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 59-66, 2003. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/333/2035>. Acesso em: 23 jan 2020.

LUBOLD, A. M. The effect of family policies and public health initiatives on breastfeeding initiation among 18 high-income countries: A qualitative comparative analysis research design. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, n. 1, p. 1–11, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, Amanda. **Saúde lança campanha de amamentação e amplia rede de assistência**. Ministério da Saúde, Brasília, 31 jul 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45633-saude-lanca-campanha-amamentacao-e-amplia-rede-de-assistencia>. Acesso em: 23 jan 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; 1998.

MONTEIRO, F. R. et al. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 5, p. 475–481, 2017.

MORAES DE OLIVEIRA, M.; CAMELO, J. S. Gestational, perinatal, and postnatal factors that interfere with practice of exclusive breastfeeding by six months after birth. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, n. 1, p. 1–9, 2017.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.

MOURA, E. F. A. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 73, p.106-110, 1997. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/97-73-02-106/port.pdf>.

NKONKI, L. L. et al. Costs of Promoting Exclusive Breastfeeding at Community Level in Three Sites in South Africa. **Plos One**. v. 9, n. 1, 2014.

OLIVEIRA, Mirella Gondim Ozias Aquino de et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 16, n. 1, p.

178-189, Mar. 2013 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100178&lng=en&nrm=iso>. access
on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100017>.

OLIVEIRA, M. M.; CAMELO, J. S. Gestational, perinatal, and postnatal factors that interfere with practice of exclusive breastfeeding by six months after birth. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, n. 42, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13006-017-0132-y>. Acesso em: 01 set. 2018. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0132-y>.

OLIVEIRA, C. N. T.; OLIVEIRA, M. V. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados ao desmame precoce no município de Vitória da Conquista-BA. **C&D-Rev Eletr da Fainor**. v. 5, n. 1, p.160-174, jan/dez 2012. Available from:
<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/155>

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, Dec. 2008. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=en&nrm=iso>. access
on 29 Feb. 2020. Epub Sep 11, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-891020080005000052>.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**. v. 21, n. 4, p. 1269-86, 2011.

ORTELAN, N.; AUGUSTO, R. A.; SOUZA, J. M. P. DE. Factors associated with the evolution of weight of children in a supplementary feeding program. **Brazilian journal of epidemiology**, v. 22, 21 fev. 2019.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Levels of Evidence** (March 2009). Disponível em: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>. Acesso em 08 jul. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. Paraná, 2012.

PARANJOTHY, S. et al. A novel peer-support intervention using motivational interviewing for breastfeeding maintenance: a UK feasibility study. **Health Technol Assess.**, v. 21, n. 77, 2017. Disponível em:
<https://www.phc.ox.ac.uk/publications/929172>. Acesso em: 01 set. 2018.
<https://doi.org/10.3310/hta21770>.

PIRES, M. F. C. Education and the historical and dialectical materialism. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, 1997.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 310-5, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452015000200310&lng=en&tlng=pt. Acesso em: 01 set. 2018.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>.

PRIMO, C. C. Which factors influence women in the decision to breastfeed. **Invest Educ Enferm**. v. 34, n. 1, p. 198–210, 2016.

RIMES, K. A.; OLIVEIRA, M. I. C.; BOCCOLINI, C. S. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. **Revista De Saúde Pública**, v. 53, n. 10, p. 1–12, 2019.

ROCHA, G. P. et al. Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018.

ROLLINS, N. C. et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 1, p. 25-44, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>. Acesso em: 01 set. 2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, Feb. 1995. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000100010>.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, Apr. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.

SANTOS, P. V. et al. Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 20, n. 5, p. 1-12, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.5216/ree.v20.43690>. Acesso em: 01 set. 2018. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/43690>.

SILVA, V. A. A. L. et al. Maternal breastfeeding : indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 3, p. 298–305, 2019.

SOUZA, C. B. DE; SANTO, L. C. DO E.; GIUGLIANI, E. R. J. Politique publique de soutien à l' allaitement maternel : l' expérience du Brésil. **La Santé De L'Homme**, n. 408, p. 34–36, 2010.

SOUZA, M. H. N.; NESPOLI, A.; ZEITOUNE, R. C. G. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. **Esc Anna Nery**, n. 20, n. 4, p. 1-7, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452016000400224&lng=en&tling=pt. Acesso em: 01 set. 2018.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160107>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 01 set. 2018.

Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, et al. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. **Scientific Reports**. v. 7, n. 44868, 2017. Available from: <https://dx.doi.org/10.1038/srep44868>

UNICEF & WHO. **Global breastfeeding scorecard**: tracking progress for breastfeeding policies and programmes. 2018. Disponível em:

<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017/en/>. Acesso em 08 jul. 2019.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M.; SALDIVAS, S. R. D. M., GIUGLIANI, E. R. J. A Prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: Situação atual e avanços. *J Pediatr* 2010; 86(4):317-324.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, jan. 2016.

VISENTIN, Patrícia Menezes; LHULLIER, Cristina. Representações sociais da paternidade: um estudo comparativo. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 305-312, Dec. 2019. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922019000300305&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Feb. 2020. Epub Dec 02, 2019. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i3/5640>.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA:

Título do projeto: Rede Pontagrossense de Apoio ao Aleitamento Materno (RPAAM): um diagnóstico situacional segundo a perspectiva dos profissionais de saúde

Nome: Sexo: M() F() Idade: RG: Telefones: /
Endereço Residencial: Rua: Número: Bairro: Cidade: CEP: Complemento:
Nome de outra pessoa para contato: Grau de parentesco: Telefones: /

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa: “Rede Pontagrossense de Apoio ao Aleitamento Materno (RPAAM): um diagnóstico situacional segundo a perspectiva dos profissionais de saúde”. O presente estudo tem como objetivo conhecer as fragilidades e potencialidades da rede de aleitamento materno, segundo a perspectiva de profissionais da atenção básica, especializada e hospitalar no cuidado materno-infantil de Ponta Grossa.

Descrição dos procedimentos: A pesquisa, do tipo quali-quantitativa será executada em 2 fases:

- Fase 1, quando será aplicado instrumento avaliativo para verificação das fragilidades e potencialidades sentidas pelos servidores (UBS, Banco de Leite Humano e Hospital Universitário) no trabalho da rede pontagrossense de apoio ao aleitamento materno. Nesta etapa será empregado um instrumento quantitativo com perguntas de múltipla escolha.
- Fase 2: realização de oficinas nos 5 distritos de saúde do município, visando a coleta de dados da fase qualitativa da pesquisa. Serão realizadas 2 oficinas em cada território (coleta + validação), totalizando 10 oficinas. Nestas, será utilizado um segundo instrumento elaborado pelos pesquisadores, com questões semi-estruturadas que ajudem a explicar qualitativamente a fase 1 e, a partir destas, outras questões serão feitas com base no método dialético. Será calculada uma amostra proporcional dos profissionais de cada território, hospital e banco de leite, a fim de que se tenha representatividade de todos os atores na fase qualitativa. Etapas da segunda fase: 1. *escuta dos atores*, 2. *análise das escutas e proposição de uma narrativa baseada nas mesmas*, 3. *validação dos atores* e 4. *proposição da narrativa final*. O estudo envolverá as Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa, o Banco de Leite Humano do município, além do Hospital Universitário da UEPG e da Secretaria Municipal de Saúde.

Riscos e benefícios: Esta pesquisa pode trazer riscos (cansaço, desconforto e/ou constrangimento ao responder os questionários e participar da entrevista, bem como das oficinas para composição da narrativa) e benefícios (a possibilidade de expor as dificuldades e necessidades presentes no serviço de apoio ao AM, para buscar reduzi-las

ou até mesmo saná-las, por meio da proposição da rede de apoio) aos participantes envolvidos.

Garantias: Os pesquisadores envolvidos garantem que os participantes receberão resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados à pesquisa. Garantem, também, que será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas, zelando pela privacidade do profissional participante, assegurando que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações. Os responsáveis pela pesquisa comprometem-se a proporcionar informações atualizadas, obtidas durante o estudo, ainda que estas possam afetar a vontade do indivíduo em continuar participando da pesquisa.

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável:**

Bárbara Mafra Neves Arantes – Av. Antares, 500 – casa 25, Col. D. Luiza, CEP: 84043-010
TELEFONE: (42) 99976-5489. E-mail: babimafra@gmail.com.

ou com a **Comissão de Ética em Pesquisa:**

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e seccoep@uepg.br (Secretaria)

Pesquisador principal, responsável pelo Projeto:

.....

Bárbara Mafra Neves Arantes

.....
Concordo/autorizo a participação na pesquisa
Sujeito da pesquisa

Ponta Grossa, ___/___/___

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO FASE 2

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FASE 2: SITUAÇÃO ATUAL DO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO EM PONTA GROSSA

Considerando o questionamento abaixo, marque as opções que julgar adequadas na tabela a seguir:

Em relação ao aleitamento materno em Ponta Grossa, considero que...

Domínios		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Processos de trabalho						
	Há comunicação entre os três níveis de atenção à saúde materno-infantil					
	A comunicação é efetiva entre os níveis de atenção à saúde materno-infantil					
	Existe um sistema eletrônico unificado de prontuários para facilitar o acesso a informações relevantes					
	Existem facilidades para organizar o cronograma de atividades do meu local de trabalho, de maneira a incluir atividades relacionadas ao AM					
	Há facilidade na captação e manutenção da puérpera e bebê em acompanhamento após o nascimento					
	A equipe conhece as possibilidades de articulação do AM na rede, o que é determinante para o seu apoio					
Recursos administrativos	Há satisfatória estrutura e materiais para implementação de ações em AM					
	A gestão apoia as ações propostas em AM					
	Na rotina diária do serviço, há tempo hábil para a execução de ações em prol do AM					
	Há incentivo à participação do profissional em cursos, eventos e congressos sobre AM					
Recursos Humanos	Conta-se com satisfatória formação dos profissionais em AM					
	Há priorização do tema AM nas ações de educação permanente em saúde					
	Existem bastantes profissionais capacitados para o manejo do AM					
	Há muitos profissionais dispostos a apoiar o AM					
Determinantes sociais do AM	Gestantes/puérperas aderem às atividades propostas					
	Famílias são participantes no processo de pré-natal/consultas puericultura					
	Crenças e costumes locais contribuem para o sucesso do AM					
TOTAL						

APÊNDICE C – ENTREVISTA FASE 3

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

FASE 3:

1. Na opinião do grupo, quais seriam as potencialidades da rede de saúde de Ponta Grossa que favorecem o aleitamento materno? O que já fazemos de bom para favorecer e apoiar o aleitamento materno?
2. O que a equipe considera fragilidade da rede de atenção à saúde em relação ao aleitamento materno e como podemos avançar?

APÊNDICE D – TABELA DE RESULTADOS DA FASE 3 (PRINCIPAIS FRAGILIDADES, APONTADAS PELAS TUTORAS DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL, SOBRE A REDE DE APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS)

FRAGILIDADES
AM em segundo plano
AP poderia dar mais oportunidade para o trabalho com AM
Pouca liberdade para trabalhar o AM
Falta tempo para trabalhar o AM
Pouco tempo para dar atenção às mães, enfermeiras sobrecarregadas, muitas vezes ausentes das unidades
Falta de comunicação/vínculo entre a maternidade e as unidades de saúde e também dentro das próprias unidades (pouco compartilhamento de atendimentos)
Serviço da unidade de saúde
CMM, referência para as gestantes, não tem local específico para apoio ao AM
Política pública frágil – ausência de incentivo financeiro para o município deixa, muitas vezes o apoio do AM de lado
Falta de verba e materiais para ações diferenciadas
ACS, elo com a comunidade, desmotivadas pela falta de materiais/verba
Nem todas as enfermeiras são tutoras
Mais profissionais, além dos enfermeiros, poderiam ser capacitados, pois, eventualmente, terão contato com gestantes/puérperas
Pouca divulgação do serviço do BLH
Dificuldade de deslocamento até o BLH
Falta de comunicação entre enfermeiros e mães
Nutrizes não sabem onde buscar ajuda
Ausência de organização de fluxo para manejo de complicações e dificuldades (de onde até onde cada setor deve ir)
Profissionais que não tiveram sucesso no AM não incentivam a prática
Falta de grupo de gestantes
Médicos não incentivam, nem falam em AM ou até mesmo receitam fórmulas (já saem da maternidade com a prescrição)
Falta de vontade das ACS
Equipes desunidas
Falta de investimento em educação continuada
Ausência de profissionais trabalhando especificamente com AM
Pouco apoio do estado
Ausência de políticas públicas municipais
Ausência de parceria com empresas
Abordagem médica contrária à EAAB
Ausência de profissional médico para suporte ao AM
Não existe rede interligada – necessidade de desenhá-la, formá-la
Não existe rede de encaminhamentos, conversa, trabalho conjunto
Reserva de mercado quanto às profissões
Falta de aderência da população ao AM, às orientações e serviços prestados
Facilidade de acesso ao leite do governo e outros benefícios concedidos pelo estado
Pouco apoio das maternidades no período pós-parto
Pouco vínculo das US com o BLH
Falta de educação em saúde
Obrigatoriedade do profissional de saúde orientar – pessoas sem amor à causa
Falta de conhecimento de alguns profissionais
Poucos pontos de apoio (só HC)
Pouca interação com as universidades
Nem todas as unidades orientam pro AM

Profissionais não querem “perder tempo” falando sobre AM
Não diferenciam para as mães a fórmula do LM
Falta de apoio da sociedade e familiar
Mudança nas equipes / necessidade de capacitar as equipes todas
Poucas salas de amamentação
Falta de apoio à mãe trabalhadora que amamenta (licença estendida)
Centralização do apoio ao AM no profissional de enfermagem
Equipes capacitadas, mas não colocam em prática (não engajadas)
Ausência de orientações no atendimento de alto risco (atenção especializada e maternidade)
Políticas locais de saúde – falta de tempo e muitas exigências a cumprir
Falta de estímulo para as ações do AM
Muitas unidades sob apoio do NASF
Dificuldade de inserir o NASF nas unidades – não abraçam a causa – “ter que implorar para trabalhar”
Outros profissionais não se interessam
Muita rotatividade de pessoal – necessidade de formá-los novamente
Implorar pra falar sobre o assunto
Nas áreas rurais, gestantes/puérperas moram muito longe e são menos assistidas
Não serão abertas novas capacitações até que haja unidades certificadas
Mães passam o puerpério em outro território, dificultando as ações do 5º dia
Programa Leite do Governo

Fonte: os autores

APÊNDICE E – TABELA DE RESULTADOS DA FASE 3 (PRINCIPAIS POTENCIALIDADES, APONTADAS PELAS TUTORAS DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL SOBRE A REDE DE APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS)

Potencialidades
Número de tutoras em PG
Maioria das unidades com tutor da EAAB
Bom número de equipes treinadas na oficina da EAAB
Equipes treinadas para acolher, orientar, encaminhar
Banco de leite humano
Ações intersetoriais
Pastoral da criança
Ações não só nas unidades, mas na comunidade
Oferecimento de capacitação/formação
Funcionários bem preparados para informar a respeito do AM
Apoio às mulheres que têm dificuldades no AM no BLH
Prefeitura incentiva ações do Agosto Dourado – levar informações sobre AM
Apoio, incentivo e empoderamento às gestantes
Apoio do NASF
HU – Equipe multiprofissional apoia, incentiva e orienta o AM
Trabalho multidisciplinar na APS, com profissionais engajados na causa do AM
Orientação pós-parto (5º dia)
Orientações e acompanhamento pré-natal, puericultura
Busca ativa das pacientes faltosas
Grupos de gestante
Parceria com instituições – Universidades
Número expressivo de enfermeiras obstetras na APS
Hospital privado – cantinho da amamentação
Hospital IHAC (Santa Casa) e HU buscando o credenciamento
Rede bem interligada com o hospital da criança
Protocolo de puericultura
Interesse dos profissionais em orientar o AM
Interesse do município em ter na APS profissionais capacitados em AM
Presença do profissional fonoaudiólogo na unidade
Apoio da 3ª Regional
Faculdades que apoiam o AM
A rede cresceu
Mais profissionais falando a mesma coisa
Qualificação profissional
Caminhada no próprio quadrado (independente)
As equipes entendem a importância do tema e apoiam
Lançamentos no E-SUS (geração de dados – monitoramento do AM)
Médicos mais novos com uma nova visão, mais participativos
Médicos estrangeiros foram embora, desfalcando as equipes
Unidades informadas das altas hospitalares por e-mail (alguns municípios)

Fonte: os autores

APÊNDICE G – SATURAÇÃO DOS APONTAMENTOS DAS POTENCIALIDADES, SOBRE A REDE DE APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NOS CAMPOS GERAIS

POTENCIALIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
NÚMERO DE TUTORAS EM PONTA GROSSA	X	X	X	X															X			X			X												
MAIORIA DAS UNIDADES COM TUTOR DA EAAB		X		X		X	X																														
BOM NÚMERO DE EQUIPES TREINADAS NA OFICINA DA EAAB		X				X				X												X															
EQUIPES TREINADAS PARA ACOLHER, ORIENTAR, ENCAMINHAR		X																																			
BANCO DE LEITE HUMANO		X	X	X	X		X			X			X				X	X	X		X		X		X		X										
AÇÕES INTERSETORIAIS		X																																			
PASTORAL DA CRIANÇA		X																																			
AÇÕES NÃO SÓ NAS UNIDADES, MAS NA COMUNIDADE		X																																			
OFERECIMENTO DE CAPACITAÇÃO/FORMAÇÃO			X																				X														
FUNCIONÁRIOS BEM PREPARADOS PARA INFORMAR A RESPEITO DO AM			X		X																																
APOIO ÀS MULHERES QUE TÊM DIFICULDADES NO AM NO BLH			X		X	X	X	X		X									X																		
PREFEITURA INCENTIVA AÇÕES DO AGOSTO DOURADO – INFORMAÇÕES AM			X				X					X							X					X													
APOIO, INCENTIVO E EMPODERAMENTO ÀS GESTANTES				X																																	
APOIO DO NASF				X	X			X											X																		
HU – EQUIPE MULTI APÓIA, INCENTIVA E ORIENTA O AM								X																													
TRABALHO MULTIDISCIPLINAR NA APS, COM PROFISSIONAIS ENGAJADOS NA CAUSA DO AM									X				X																								
ORIENTAÇÃO PÓS-PARTO (5º DIA)										X		X												X													
ORIENTAÇÕES E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL, PUERICULTURA											X	X		X		X	X						X	X													
BUSCA ATIVA DAS PACIENTES FALTOSAS											X																										
GRUPOS DE GESTANTE												X												X													
PARCERIA COM INSTITUIÇÕES – UNIVERSIDADES						X							X				X		X						X												
NÚMERO EXPRESSIVO DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS NA APS													X																								
HOSPITAL PRIVADO – CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO													X																								
HOSPITAL IHAC (SANTA CASA) E HU BUSCANDO O CREDENCIAMENTO													X																								
REDE BEM INTERLIGADA COM O HOSPITAL DA CRIANÇA														X																							
PROTOCOLO DE PUERICULTURA														X																							
INTERESSE DOS PROFISSIONAIS EM ORIENTAR O AM																X																					
INTERESSE DO MUNICÍPIO EM TER NA APS PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM AM																X																					
PRESENÇA DO PROFISSIONAL FONOAUDIÓLOGO NA UNIDADE																							X														
APOIO DA 3ª REGIONAL																										X											
FACULDADES QUE APOIAM O AM																										X											
A REDE CRESCER																											X										
MAIS PROFISSIONAIS FALANDO A MESMA COISA																											X										
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL																											X										
CAMINHADA NO PRÓPRIO QUADRADO (INDEPENDENTE)																												X	X								
AS EQUIPES ENTENDEM A IMPORTÂNCIA DO TEMA E APOIAM																												X									
LANÇAMENTOS NO E-SUS (GERAÇÃO DE DADOS – MONITORAMENTO DO AM)																												X									
MÉDICOS MAIS NOVOS COM UMA NOVA VISÃO, MAIS PARTICIPATIVOS																																				X	
MÉDICOS ESTRANGEIROS FORAM EMBORA, DESFALCANDO AS EQUIPES																														X							
UBS INFORMADAS DAS ALTAS HOSPITALARES POR E-MAIL (ALGUNS MUNICÍPIOS)																												X									

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Rede de Apoio ao Aleitamento Materno nos Campos Gerais: um diagnóstico situacional segundo a perspectiva dos profissionais de saúde

Pesquisador: Barbara Mafrá Neves Arantes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99979118.0.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.799.307

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

Rede de Apoio ao Aleitamento Materno nos Campos Gerais: um diagnóstico situacional segundo a perspectiva dos profissionais de saúde. O estudo envolverá a 3ª Regional de Saúde do Paraná, as Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa, o Banco de Leite Humano deste município, além do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa.

Sugere-se que, a partir da aprovação da COEP, a coleta se inicie no mês de outubro de 2018, com duração total de 3 meses, conforme previsto em cronograma presente neste projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo tem como objetivo geral conhecer as fragilidades e potencialidades da rede de aleitamento materno, segundo a perspectiva de profissionais da atenção básica, especializada e hospitalar no cuidado materno-infantil dos municípios da 3ª Regional de Saúde do Paraná.

Objetivo Secundário:

- Ouvir os atores envolvidos na atenção às gestantes e puérperas no município acerca do

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.796.307

aleitamento materno e o trabalho em rede de apoio ao

AME;

- Conhecer as estratégias já empregadas para a atenção ao aleitamento materno em rede;
- Conhecer os nós da rede de apoio ao AME;
- Construir uma narrativa com os discursos profissionais, relativa ao trabalho na rede de apoio ao AM, a partir da interpretação dos discursos coletados;
- Favorecer a comunicação sobre AM entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde;
- Conhecer as intercorrências responsáveis pelo desmame precoce, no AM, sob a perspectiva profissional;
- Propiciar a interlocução entre servidores da saúde;
- Iniciar uma rede de contatos, comunicação e relacionamento entre serviços para fortalecimento do AM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Cansaço e desconforto ao responder os questionários e participar da entrevista, bem como das oficinas e entrevistas para composição da narrativa.

Benefícios:

Possibilidade de expor as dificuldades e necessidades presentes no serviço de apoio ao AM, para buscar reduzi-las ou até mesmo saná-las, por meio da proposição da rede de apoio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O aleitamento materno oferece incontáveis benefícios à díade mãe-bebê. Contudo, apesar de ter sua importância reconhecida, ainda são frequentes os casos de desmame precoce, suscitando a necessidade de priorizar a promoção dessa prática dentro das políticas públicas.

Amamentar é uma opção materna, que sofre influência de fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos. Estes fatores tornam imprescindível a atuação articulada não apenas das equipes de saúde da família, mas também dos demais níveis de atenção à saúde – atenção especializada e hospitalar – em ações de promoção do aleitamento materno, além das parcerias com instituições da sociedade civil organizada e intersetoriais.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 115-B

Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900

UF: PR Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.799.307

Apesar de contar com elevado número de tutores formados pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), na cidade de Ponta Grossa, notase, pela observação empírica da realidade local, fragilidades relacionadas ao desmame precoce, introdução alimentar antes do período recomendado e também dificuldades em reduzir a mortalidade infantil para menos de um dígito – retrato que sugere a falta de articulação entre os níveis de atenção no suporte à saúde materno-infantil. Desta forma, esta pesquisa pretende conhecer as fragilidades e potencialidades da rede de aleitamento materno, segundo a perspectiva de profissionais da atenção básica, especializada e hospitalar no cuidado materno-infantil do município.

Para tanto, este estudo será executado em 2 fases: a primeira (direcionada a todos os profissionais envolvidos no apoio ao aleitamento materno no município) quantitativa, com aplicação de Instrumento avaliativo e a segunda qualitativa, na qual será realizada escuta dos atores envolvidos e a proposição de uma narrativa final em que todos se reconheçam

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normas da resolução 466/2012

Recomendações:

Enviar o relatório final após o término deste projeto por notificação via plataforma brasil para evitar pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovada esta solicitação de Emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_143171_2_E1.pdf	02/01/2020 19:06:35		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_aceto_SESAPR.jpg	02/01/2020 19:03:12	Barbara Mafra Neves Arantes	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	28/09/2018 11:13:43	Barbara Mafra Neves Arantes	Acelto

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 118-B
 Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
 UF: PR Município: PONTA GROSSA
 Telefone: (42)3220-3108 E-mail: cep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.799.307

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/09/2018 11:08:19	Barbara Maira Neves Arantes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/09/2018 13:03:40	Barbara Maira Neves Arantes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisadores.pdf	23/09/2018 12:57:34	Barbara Maira Neves Arantes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_autorizacao_SMS.pdf	23/09/2018 12:56:56	Barbara Maira Neves Arantes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_autorizacao_HU.jpg	23/09/2018 12:56:44	Barbara Maira Neves Arantes	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/09/2018 12:52:39	Barbara Maira Neves Arantes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 13 de Janeiro de 2020

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 118-B
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-000
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br