

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**Desafios e estratégias para implementação de ações
pró-amamentação na Atenção Básica, sob a percepção dos
enfermeiros**

Keite Helen dos Santos

**São Paulo -SP
2020**

**Desafios e estratégias para implementação de ações
pró-amamentação na Atenção Básica, sob a percepção dos
enfermeiros**

Keite Helen dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**São Paulo
2020**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

**Desafios e estratégias para implementação de ações
pró-amamentação na Atenção Básica, sob a percepção dos
enfermeiros**

Keite Helen dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador (a): Prof^ª Dr^ª Silvia Helena Bastos de Paula

Co-orientador (a): Prof^ª Dr^ª Maria Teresa Cera Sanches

**São Paulo
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Keite Helen dos

Desafios e estratégias para implementação de ações pró-amamentação na Atenção Básica, sob a percepção dos enfermeiros / Keite Helen dos Santos — São Paulo, 2020.

155 f.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Silvia Helena Bastos de Paula

Co-orientador (a): Prof^a Dr^a Maria Teresa Cera Sanches

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

1. Amamentação 2. Enfermeiro 3. Atenção básica

Dedicatória

Este trabalho é dedicado às pessoas que sempre estiveram ao meu lado e acreditando em mim: Epaminondas, Sônia, Karyn e Brian.

A minha orientadora pelos ensinamentos e confiança, em um momento em que eu mesma havia perdido a fé em mim.

Enfim, a todos que de alguma forma tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido.

Agradecimentos

Se alguém me perguntar o motivo pelo qual este trabalho principia pelos agradecimentos e termina por uma bibliografia, arriscaria dizer que se deve ao entrelaçar de todas as minhas leituras, com um começo e um fim.

E quando me permito dizer quais foram minhas primeiras leituras, percebo que estas não constam na bibliografia, porque se encontram nas vidas daqueles que generosamente compartilharam comigo suas histórias, pensamentos e que me ensinaram a reler nossas vidas com prazer e alegria.

Sem eles, vã seria a bibliografia que consta no final deste trabalho, por mais longa que possa ser. Apesar de ter sido todo escrito entre quatro paredes, o que moveu minha mão, meu coração e minha mente foi a experiência dessas vidas que me ensinaram o bem verdadeiro que podemos compartilhar.

Então, algumas pessoas foram fundamentais para que este trabalho chegasse ao fim mesmo que provisório, pois outra caminhada começa por aqui...

Aos colegas de mestrado, especialmente Amanda, Marinês, Denilson, Renata, Andréia e Aline, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos;

A colega de turma Érika Kuriki que, generosamente, doou seu tempo e sua paciência para longas conversas que me motivaram a continuar neste caminho. Foram inúmeras leituras, inúmeras ideias sobre como recomeçar;

À minha orientadora Silvia Bastos por toda a paciência, pelas inúmeras trocas de saberes, pelo incentivo à busca por novos caminhos e sentido prático com que sempre me orientou. Gratidão por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar. Gratidão por abrir inúmeras portas e ter me ajudado a experimentar que a *educação liberta!*

Aos professores do Instituto de Saúde - SP, sem exceção. Com eles aprendi muito mais do que aquilo que era ensinado em sala de aula;

Aos funcionários do Instituto de Saúde, em especial à Tânia, pelo olhar sempre atento, acolhimento e cuidado em todos os momentos. Sua ajuda e aconselhamento foram muito imprescindíveis para muitos de nós!

A professora Maria Teresa Cera Sanches por acompanhar o início das discussões que deram vida para este trabalho e por ter estado disponível a discutir as questões de amamentação no município em que trabalho;

À professora Sônia Isoyama Venâncio que, em um momento de profundo desespero e desesperança, proporcionou o acolhimento, a escuta necessária para que minha continuidade neste curso fosse possível. Gratidão por ter me entendido primeiramente como ser humano e, depois como aluna!

À Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna, por acreditarem nos frutos deste estudo e, em especial à secretária municipal de saúde Maria do Carmo de Oliveira Pelisão e à coordenadora da Atenção Básica Luciana Maria Boccardo Burini;

Aos enfermeiros e enfermeiras que solidariamente participaram deste estudo, contribuindo para que novos conhecimentos fossem produzidos e refletindo sobre o processo de trabalho das unidades em que trabalhamos;

Aos meus colegas de trabalho, que pacientemente me encorajaram a continuar neste caminho, muitas vezes árduo e desesperançoso. Em especial a equipe da UBS Fontanella, com quem passo a maior parte dos meus dias. Betinha, Juju, Cris, Jane e Gabi: Gratidão pela resistência e pela confiança!

A todas as mulheres e seus bebês, que durante cada atendimento, construíram histórias e cuidados comigo, compartilhando seus saberes e colaborando para que, a cada dia, me tornasse mais apaixonada pelo SUS.

À ancestralidade experienciada, um contato mais que íntimo e o reconhecimento do sangue que corre nas minhas veias: sou a neta dos negros que a escravidão não conseguiu matar! Amo minha raça, luto pela minha cor e o que quer que eu realize na vida é por amor!

E se consegui, é porque algumas pessoas jamais deixaram de estar ao meu lado, com toda paciência e abrigo nos momentos de turbulência...

Agradeço imensamente ao meu pai, Epaminondas, por me ensinar que tudo é possível se há real busca, a quem nem o tempo nem a distância podem separar quem está sempre presente...

Ao meu namorado, Odair, que insistentemente me apoiou desde que realizou a minha inscrição neste curso, acompanhando cada fase, me apoiando, lendo meus textos e estando ao meu lado em momentos de choro e de alegria;

À minha mãe Sônia, cuja vida plena em sabedoria e generosidade entrelaçou-se à minha, nos momentos mais difíceis, como fortaleza e segurança;

E, ao meu filho Brian, por quem vivo cada minuto dos dias da minha vida, para quem peço perdão pelos momentos de ausência exigidos para minha formação durante a graduação e neste período do mestrado.

*À memória de meu pai,
Fonte de inspiração e determinação.
De tudo que pensei, sobrou o que senti.*

É a vida que, aos poucos, caso a caso, nos permite assimilar que o mais importante para o nosso coração, ou para o nosso espírito, não nos é ensinado através do raciocínio, mas por outras forças. E então é a própria inteligência que, percebendo a sua superioridade, abdica pelo raciocínio diante deles, aceitando tornar-se sua colaboradora e severa. É a fé experimental.

Marcel Proust

SANTOS, K.H. **Desafios e estratégias para implementação de ações pró-amamentação na Atenção Básica, sob a percepção dos enfermeiros.** [Dissertação]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/CRH. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2020.

RESUMO

Introdução: A amamentação seria um processo natural, se pensarmos que todas as mulheres mães potencialmente podem produzir leite e oferecerem o alimento aos filhos até que eles consigam se alimentar de maneira independente. Os principais obstáculos para que os índices de aleitamento materno se tornem desejáveis, incluem diferenças regionais significativas como a dificuldade de sensibilização, tanto de gestores e profissionais de saúde quanto da população em geral, escassez de recursos humanos com qualificação para esse trabalho e abandono do aleitamento materno após o final ou mesmo durante a licença-maternidade. Tais obstáculos destacam a importância de investimento em novas estratégias que viabilizem a amamentação.

Objetivo: Analisar a percepção dos enfermeiros de Atenção Básica e dos gestores da cidade de Jaguariúna quanto aos fatores que influem na implementação de ações pró-amamentação.

Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada no referencial teórico foucaultiano realizada com três gestores da Atenção Básica e com doze enfermeiros que atuam na assistência ao binômio mãe-bebê. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais com os gestores e questionários com os enfermeiros da rede, sendo analisados utilizando-se as ferramentas da análise de conteúdo temática-categorial.

Resultados: Os discursos dos entrevistados permitiram a descrição dos serviços de Atenção Básica, a identificação de fortalezas e de barreiras para implementação de ações pró-amamentação, a elaboração de proposta de intervenção que, conseqüentemente, oportuniza a pactuação de compromissos entre gestores e profissionais de saúde para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no município. Os sujeitos deste estudo entendem como fortalezas a rede de apoio à mulher que amamenta, o acolhimento nos serviços de saúde, a realização de consulta de enfermagem no pré-natal e nos primeiros dez dias após o parto, a realização de atendimentos de pré-natal em todas as unidades básicas do município e as ações de educação em saúde. Como barreiras identificam a necessidade de capacitação e educação permanente, déficit de recursos humanos, ausência de grupos educativos, dificuldades de abordagens multiprofissionais, divergências entre as condutas dos profissionais da equipe, desconhecimento dos indicadores de aleitamento materno, ausência de protocolos e diretrizes municipais como norteadores da assistência.

Considerações finais: Ao compreender a configuração das relações de poder e a biopolítica da amamentação é possível intervir na organização do processo de trabalho dos serviços de saúde, fortalecendo o trabalho em equipe, o respeito à autonomia dos indivíduos e a responsabilização de todos os profissionais para o sucesso de ações pró-amamentação.

Potencial de Aplicabilidade: Durante a realização deste estudo elaborou-se uma proposta de intervenção que considera os pontos da RAS de Jaguariúna, identificando agentes em diversos serviços que podem contribuir para identificação precoce de problemas na amamentação e multiplicadores de informações que promovam a prática de amamentar.

Descritores de acordo com o DeCS – Descritores da Ciência em Saúde: Amamentação. Enfermeiro. Atenção Básica. Implementação. Biopolíticas

SANTOS, K.H. Challenges and strategies to implementation Pro-Breastfeeding Actions in Primary Care, under the nurses' perception. [Master Thesis]. Professional Master's Program in Public Health - CRH/SES-SP. São Paulo: Secretary of State for Health; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Introduction: Breastfeeding would be a natural process, if we think that all lactating women can potentially produce human milk and offer food to their children until they are able to feed themselves independently. The main obstacles for breastfeeding rates to become desirable include significant regional differences such as the difficulty of raising awareness, both of managers, health professionals and of the population in general, scarcity of human resources qualified for this work and abandonment of breastfeeding after the end or even during maternity leave. Such obstacles highlight the importance of investing in new strategies that make breastfeeding feasible. **Objective:** To analyze the perception of Primary Care nurses and managers in the city of Jaguariúna regarding the factors that influence the implementation of pro-breastfeeding actions. **Methods:** This is a qualitative research grounded on a Foucaultian theoretical reference carried out with three Primary Care managers and twelve nurses who operate in assistance to the mother-baby binomial. The data were collected through individual interviews with managers and questionnaires with nurses in the network, being analyzed using the tools of Content Analysis Thematic Category modality. **Results:** The discourses speeches allowed the description of the Primary Care services, the identification of strengths and barriers for the implementation of pro-breastfeeding actions, the elaboration of an intervention proposal that, consequently, makes it possible to agree on commitments between managers and health professionals for promotion, protection and support of breastfeeding in the municipality. The subjects of this study understand as strengths the support network for breastfeeding women, the reception in health services, the performance of nursing consultations in prenatal care and in the first ten days after delivery, the performance of prenatal care in all primary healthcare units of the municipality and health education actions. As barriers identify the need for training and permanent education, shortage of human resources, absence of educational groups, difficulties in multiprofessional approaches, divergences between the conduct of the team professionals, ignorance of breastfeeding indicators, absence of protocols and municipal guidelines as guidelines assistance. **Final considerations:** Understanding the configurations of power relations and the biopolitics of breastfeeding makes possible to intervene in the organization of the health services work process, strengthening of staff, respect for the autonomy of owners and accountability for all professionals for success of pro-breastfeeding actions. **Potential applicability:** During this study, an intervention proposal was elaborated that considers the points of the Jaguariúna Health Care Network, identifying agents in several services that can contribute to the early identification of breastfeeding problems and information multipliers that promote the practice of breastfeeding.

Descriptors: Breast feeding. Nurses. Primary Health Care. Implementation. Biopolitics.

Lista de Figuras

Figura 1: Matriz de Análise - Percepções dos enfermeiros e gestores da AB sobre AM	73
Figura 2: SÍNTESE- Barreiras percebidas por enfermeiros e gestores no apoio à amamentação no município de Jaguariúna – SP, 2020.	91
Figura 3: Fortalezas percebidas por enfermeiros e gestores no apoio à amamentação no município de Jaguariúna-SP, 2020.....	97
Figura 4: Proposta de Intervenção	103

Lista de Quadros

Quadro 1: Caracterização dos gestores municipais entrevistados no estudo. Jaguariúna, SP, Brasil, 2020.....	65
Quadro 2: Caracterização dos enfermeiros da AB entrevistados no estudo. Jaguariúna, SP, Brasil, 2020.....	66
Quadro 3: Codificação das categorias. Jaguariúna, SP, Brasil, 2020.	72

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica de Saúde

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

DRS – Diretoria Regional de Saúde

EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

ENPACS - Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável

IBFAN - *International Baby Food Action Network*

LM - Leite Materno

MS – Ministério da Saúde

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano

NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PACS - Programa de Agentes Comunitários (PACS)

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PPA - Plano Plurianual

PSF - Programa de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

RAB - Rede Amamenta Brasil

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RC – Rede Cegonha

RN – Recém-Nascido

RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde

SMAM - Semana Mundial de Aleitamento Materno

SUS - Sistema Único de Saúde

WABA - *World Alliance for Breastfeeding Action*

Sumário

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A CRIANÇA, PARA A MULHER E PARA A SOCIEDADE.....	23
1.2 ESTRATÉGIAS DE INCENTIVO À AMAMENTAÇÃO.....	25
1.3 CONTRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO.....	33
1.4 CENÁRIO DO ESTUDO	37
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	41
2.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	41
2.2 ATENÇÃO BÁSICA COMO ORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	47
2.3 O CUIDADO DO ENFERMEIRO E A AMAMENTAÇÃO	48
2.4 AS RELAÇÕES DE PODER NA CONCEPÇÃO FOUCAULTIANA	53
2.4.1 A importância do discurso para análise das relações de poder	57
2.4.2 As relações de poder nos serviços de saúde.....	58
2.5 ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO	60
3. OBJETIVOS	62
3.1 OBJETIVO GERAL	62
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
4. MÉTODO	63
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	63
4.1.1 Pesquisa Qualitativa	63
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO	64
4.3 COLETA DE DADOS.....	66
4.3.1 Entrevistas Individuais Semiestruturadas.....	68
4.3.2 Web Questionários	69
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	71
4.4.1 Aspectos Éticos	73
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
5.1 PERCEPÇÕES SOBRE O CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA	75
5.2 BARREIRAS ESTRUTURAIS, ORGANIZACIONAIS E SOCIAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PRÓ-AMAMENTAÇÃO	84
5.2.1 Barreiras identificadas pelos enfermeiros no cuidado do binômio mãe-bebê	87
5.2.2 Percepções sobre o desejo de amamentar	91
5.3 PERCEPÇÕES SOBRE ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PRÓ-AMAMENTAÇÃO.....	95
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	98

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
ANEXOS	106
ANEXO A: ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTOR.....	106
ANEXO B: ROTEIRO PARA ORGANIZAÇÃO DO <i>WEB</i> QUESTIONÁRIO.....	107
ANEXO C: TCLE PARA GESTORES	108
ANEXO D: TCLE PARA ENFERMEIROS/ <i>WEB</i> QUESTIONÁRIOS.....	109
ANEXO E: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	110
ANEXO F: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP- INSTITUTO DE SAÚDE	111
ANEXO G: Ações pró-amamentação no município de Jaguariúna – SP: percepção dos enfermeiros da Atenção Básica	115
ANEXO H: Biopolíticas da amamentação: análise dos discursos de gestores e dos profissionais de saúde da Atenção Básica.....	125
REFERÊNCIAS	136
APÊNDICES	151
APÊNDICE 1: DESCRIÇÃO DAS TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS, BARREIRAS E FORTALEZAS	151
APÊNDICE 2: IDENTIFICAÇÃO DAS ISOTOPIAS, TEMAS E CATEGORIAS	153

Apresentação – Aproximações ao objeto de estudo

A escolha de estudar a temática de “políticas de amamentação” se sustentou em algumas experiências durante a formação de meu ser pessoal e profissional como enfermeira da Atenção Básica.

Figuras femininas marcaram minha vida, tanto em casa quanto no trabalho, uma vez que nos serviços de saúde a presença de mulheres é predominante entre profissionais e usuárias. São estas figuras femininas que estão presentes na minha memória, e as vejo realizando diversas funções, todas elas cheias de dedicação e carinho. É pelo exemplo e admiração por essas mulheres que me interessei pelo cuidado do outro e da vida em geral.

As mulheres são cuidadoras por excelência, porém carecem de quem as cuide quando são elas que necessitam de apoio, e foi durante o puerpério, momento em que muitas das dificuldades se apresentam, e que muito me marcou a naturalização do sofrimento, entre outras questões as dificuldades que se referem à amamentação.

Esta amamentação que me inquietava não se reduzia ao processo de nutrir outro ser, mas que envolve e compreende inúmeras questões sociais, culturais e políticas que atravessavam a vida do binômio mãe-filho. Recordo-me de situações nas quais muitas mulheres, recém-intituladas como mães, com seus filhos no colo mostravam uma expressão que misturava dor, coragem e muitas vezes, procuravam qualquer tipo de ajuda nos serviços de saúde. Lembro-me de momentos em que amamentavam seus filhos enquanto lágrimas escorriam de seus rostos.

Também estão na minha memória muitas imagens de mulheres que conseguiram superar esses momentos de dor, após aproximação, escuta ativa das dúvidas e dos sentimentos, com apoio no manejo da amamentação saíram da minha sala com sorrisos nos rostos, com o peito mais saudável e tranquila por ter alcançado algo que é cobrado delas como requisito para serem “boas mães”: dar de mamar sem nenhum problema.

Durante minha formação tive oportunidade de ser inserida no Programa de Educação Tutorial de Enfermagem, assim como destinei parte da minha formação para estudar as repercussões da dor nos indivíduos. Posteriormente, projetando um olhar sensível construído na observação em serviço, decidi vivenciar a Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e Adolescente, período em que elaborei

inúmeras críticas ao cuidado em saúde às crianças e suas famílias. Neste momento tenho, no programa de mestrado, a oportunidade escutar a equipe e obter subsídios para propor meios que possam contribuir para aproximar os serviços do município das necessidades do binômio mãe-filho.

1. INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é uma estratégia de vínculo, carinho, nutrição e proteção para a criança, constituindo-se uma medida eficaz para intervenção na redução da morbimortalidade infantil (ROLLINS *et al.*, 2016 e VICTORA *et al.*, 2016).

O leite materno (LM) é o único alimento que deve ser oferecido à criança até o sexto mês de vida, é único e inigualável de maneira a ser considerado o alimento ideal para esta população, haja vista que é totalmente adaptado às necessidades dos primeiros anos de vida (BRASIL, 2019).

É importante reconhecer as definições adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para classificar a oferta de LM. Como aleitamento materno exclusivo (AME) descreve-se a situação em que a criança recebe somente LM (diretamente do peito ou ordenhado) e, nenhum outro alimento sólido ou líquido (com exceção de medicações, suplementos ou vitaminas) até seis meses (WHO, 2007).

A recomendação atual é que a criança seja amamentada precocemente, na primeira hora de vida, e que permaneça recebendo LM até os dois anos ou mais (BRASIL, 2019). A partir dos seis meses de idade, a criança passa a necessitar de maiores quantidades de nutrientes, de maneira que outros alimentos devem ser oferecidos, sendo indicada a continuidade da amamentação (WHO, 2019). O AME até os seis meses e a introdução da alimentação complementar saudável possibilitam o pleno desenvolvimento físico, neurológico e cognitivo da criança, repercutindo em seu desenvolvimento desde a infância até a vida adulta (HORTA *et al.*, 2007; JAGER *et al.*, 2013; HORTA e VICTORA *et al.*, 2013).

Pressupõe-se que o AM tem se constituído um importante aliado na redução da morbimortalidade infantil e na infância, integrando ações na saúde da mulher e na saúde infantil, compondo políticas de saúde, programas e ações estratégicas. A amamentação traz inúmeros benefícios para as crianças e para as mulheres, constituindo a intervenção com o maior potencial de redução da mortalidade infantil (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

A taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores mais sensíveis da situação de saúde e das condições de vida da população, sendo a criança menor de um ano bastante vulnerável a fatores determinantes da gestação, parto e pós-parto (MARTINS, PONTES e HIGA, 2018).

Desde 1980 a redução da mortalidade infantil se tornou importante objetivo das esferas federal, estadual e municipal de gestão, com estratégias destinadas à prevenção de óbitos infantis (VICTORA *et al.*, 2011). Estudos destacam que há uma relação direta entre a situação nutricional das crianças e a mortalidade infantil, de forma que uma prevalência adequada da prática de amamentação é capaz de prevenir mais de 820.000 mortes de crianças menores de cinco anos de idade no mundo (VICTORA *et al.*, 2016 e BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Estudos baseados em inquéritos populacionais descrevem que os maiores decréscimos na mortalidade infantil no Brasil foram observados para diarreia e infecções respiratórias, com redução de 92% e 82% respectivamente entre 1990 e 2007. Neste período se tornaram intensivas as práticas de apoio, proteção e promoção da amamentação, concomitantemente, houve uma queda de 47% na mortalidade por causas perinatais (VICTORA *et al.*, 2011).

Segundo Victora *et al.* (2011) os padrões de AM melhoraram de forma importante nas últimas décadas no Brasil, com aumento de 2,5 meses (anos 70) para 5,5 meses (anos 90) e 14 meses (anos 2006-7) na duração mediana da amamentação. Estudo considerando sete pesquisas nacionais realizadas entre 1975 e 2008, com reanálises de dados obtidos de diferentes inquéritos alimentares, constatou um aumento na duração mediana da amamentação de 2,5 para 11,3 meses e da prevalência de AME, em menores de seis meses, de 3,1% para 41,0% (VENÂNCIO, SALDIVA e MONTEIRO, 2013).

Relvas (2018) descreve que as ações de saúde pública no campo da amamentação, no Brasil, se iniciaram na década de 70 impulsionadas pelo movimento de resgate à “cultura da amamentação” que se deu em resposta às denúncias do uso disseminado de leites de outras espécies. Neste período evidências científicas descrevendo a superioridade do LM como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto começaram a ter maior divulgação.

As ações de promoção, proteção e apoio ao AM constituem uma das prioridades de saúde pública mundialmente. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), publicada em agosto de 2015, tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o AM, desde a gestação até os nove anos de vida (BRASIL, 2015).

A PNAISC se sustenta em sete eixos estratégicos, de maneira a orientar e a qualificar as ações e serviços de saúde da criança no país. O primeiro eixo trata da

atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN. O segundo eixo se refere ao AM e a alimentação complementar saudável, estratégia para redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2015).

Tais ações são realizadas com atuação das três esferas do governo, permitindo que o Brasil desenvolva uma trajetória reconhecida internacionalmente. Sob responsabilidade municipal as ações direcionadas à saúde da mulher e da criança iniciam-se na Atenção Básica (AB), serviço ordenador do cuidado, em que as ações pró-amamentação ocorrem durante o pré-natal e consolidam-se no puerpério.

Os principais obstáculos para que os índices de AM se tornem desejáveis incluem diferenças regionais significativas no tocante à: dificuldade de sensibilização (tanto de gestores e profissionais de saúde quanto da população em geral), escassez de recursos humanos com qualificação e abandono do AM após o final (ou mesmo durante) a licença-maternidade. Tais obstáculos destacam a importância de investimento em novas estratégias que viabilizem a amamentação (SOUZA, ESPÍRITO SANTO e GIUGLIANI, 2010).

Apesar dos programas e dos profissionais de saúde incentivarem o AM, sua interrupção precoce tem sido averiguada em pesquisas realizadas no âmbito nacional, sendo os estudos realizados nos municípios de grande importância para diagnosticar agentes dificultadores e permitir propostas de intervenção para o planejamento em saúde, elaboração e redimensionamento de políticas mais adequadas às necessidades de saúde da população materno-infantil.

O estudo de Venâncio *et al* (2010) apresentou a trajetória de implantação de uma ferramenta para diagnóstico e monitoramento da situação da amamentação em municípios paulistas, discutindo estratégias para implementação de políticas locais de promoção do AM. A municipalização das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) oportuniza a participação dos gestores regionais, envolvendo-os com o tema ao identificar o comportamento da amamentação nos municípios, tornando-se fundamental para o aumento da prevalência da amamentação no país.

Conforme o exposto, enunciamos a questão de saúde: *Como os enfermeiros da Atenção Básica percebem as ações municipais pró-amamentação e quais as fortalezas e barreiras que influem na prática destes profissionais em relação à promoção, proteção e apoio da amamentação?*

Este estudo tem como propósito discutir a dinâmica municipal de promoção da alimentação infantil, a partir da percepção de enfermeiros, com intuito de contribuir na

implementação da Linha de Cuidado da Saúde da Criança, considerando as evidências de seus benefícios para a saúde do binômio mãe – bebê de maneira a integrar, monitorar e otimizar atividades relacionadas ao incentivo do AM, produzir conhecimentos e desenvolver estratégias de divulgação relativas à amamentação (BRASIL, 2017a).

1.1 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A CRIANÇA, PARA A MULHER E PARA A SOCIEDADE

O LM é uma fonte segura de nutrição para o ser humano no início de sua vida e seus benefícios se estendem por toda vida adulta, sendo recomendado como único alimento até os seis meses de vida e complementado com outros alimentos adequados até dois anos ou mais (WHO, 2019). São conhecidas, inquestionáveis e extensamente documentadas na literatura mundial, as inúmeras vantagens do AM, para saúde das crianças, das mães, para as famílias, para o ambiente e para a sociedade em geral.

A prática do AM, sua prevalência e duração, mantém relação direta com os indicadores de saúde da criança (BOCCOLINI *et al.*, 2011, 2012), com efeitos na redução, tanto na incidência e gravidade de doenças prevalentes na infância, como na mortalidade infantil (VICTORA *et al.*, 2008 e LAMBERTI *et al.*, 2011, 2013). Por este motivo, o Ministério da Saúde (MS) e a OMS recomendam que a amamentação se mantenha até os dois anos da criança ou mais (WHO, 2019).

A amamentação e a alimentação complementar de qualidade estão relacionadas à proteção contra diversas doenças prevalentes na infância e problemas de saúde na vida adulta, especialmente excesso de peso e obesidade (RELVAS, 2018). O sobrepeso e a obesidade são patologias de difícil tratamento, sendo a promoção do aleitamento materno uma importante forma de proteção das crianças desde o nascimento, além de ser uma medida preventiva e de baixo custo (WHO, 2019).

Atualmente é bem documentado que crianças que não são amamentadas apresentam risco aumentado de morbimortalidade, principalmente no que se refere às doenças infecciosas como pneumonia (BOCCOLINI *et al.*, 2012 e VICTORA *et al.*, 2016) e diarreia (BOCCOLINI *et al.*, 2011 e VICTORA *et al.*, 2016), além de maiores

chances de desenvolver diabetes tipo II, aumento do colesterol total e obesidade (BHUTTA *et al.*, 2008; 2013 e VICTORA *et al.*, 2016).

Victoria *et al.*, 2016 descreve as associações entre amamentação e desfechos na infância: alta proteção contra mortalidade infantil; incidência e hospitalização por diarreia; redução na incidência, na prevalência e na hospitalização por infecções das vias aéreas inferiores; redução dos quadros de otite média aguda nos primeiros dois anos de vida; possível proteção contra rinite alérgica em crianças menores de 5 anos; grande redução nas más oclusões em dentes decíduos em indivíduos amamentados; proteção de excesso de peso ou obesidade; proteção contra diabetes tipo II e aumento significativo nos índices de inteligência de crianças amamentadas.

É importante destacar que quanto menor o período em que uma criança recebe LM, maior a chance de adoecimento, sendo o aumento deste período agente protetor, diminuindo a possibilidade de síndrome da morte súbita na infância (VICTORA *et al.*, 2016).

A amamentação repercute positivamente sobre a inteligência das crianças, assim como na renda das mesmas quando atingem a vida adulta, uma vez que o AM estimula o desenvolvimento cognitivo, os níveis de inteligência da população, o desempenho escolar e o conhecimento dos indivíduos, independentemente de suas condições socioeconômicas (FONSECA *et al.*, 2013; VICTORA *et al.*, 2015, 2016 e WHO, 2017). Para Venâncio (2015) a amamentação possui impactos no desenvolvimento infantil, associando-se ao vínculo e aos escores cognitivos mais altos, tornando-se uma estratégia de garantia do pleno desenvolvimento da criança na infância.

No período logo após o parto, amamentar contribui com a contratilidade uterina, favorecendo a recuperação da puérpera e prolongando o tempo entre gestações (SOUZA, MELLO e AYRES, 2013 e WHO, 2016, 2017). A mulher que amamenta possui o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e um menor sangramento uterino pós-parto (SAMPAIO, 2011), além de sofrer com menor frequência de depressão pós-parto (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

O AM é fator de proteção, também, para a saúde da mulher reduzindo risco de doenças como o câncer de mama, prevenindo 20.000 casos a cada ano (REQUEJO *et al.*, 2015). Está associado à prevenção de câncer de ovário (KRAMER e KAKUMA, 2012 e VICTORA *et al.*, 2016), artrite reumatóide (SOUZA, MELLO e AYRES, 2013) e osteoporose (BECKER e REMMINGTON, 2014).

A amamentação não gera resíduos, não polui, é um alimento natural, renovável e uma estratégia de erradicação da pobreza, de promoção do crescimento econômico e de redução das desigualdades no mundo (WHO, 2016 e 2017). Em relação aos benefícios do AM à sociedade e meio ambiente, estudos descrevem-no como contribuição para uma sociedade sustentável, educada, saudável e desenvolvida, não apenas nas questões biológicas, mas de capital humano (ROLLINS *et al.*, 2016 e VICTORA *et al.*, 2016).

Estudos descrevem que amamentação fornece, em curto e longo prazo, vantagens econômicas e ambientais para as crianças, mulheres e sociedade. No entanto, tais benefícios dependem de suporte político, de legislações, de atitudes, de valores sociais e do investimento financeiro para proteger, promover e apoiar a prática da amamentação (ROLLINS *et al.*, 2016).

1.2 ESTRATÉGIAS DE INCENTIVO À AMAMENTAÇÃO

A história das políticas de AM em nosso país está entrelaçada com a introdução das políticas públicas vigentes, de maneira a considerar-se recente e em construção. É apenas no século XIX que o Estado brasileiro atribuiu algum significado econômico e político para a vida das crianças, uma vez que a alta mortalidade poderia causar risco de despovoamento do território. É neste período que o Estado passou a assumir a responsabilidade com a saúde de seus filhos e passou a realizar orientações sobre as regras e comportamentos que considerava adequados (MARQUES, 2001).

De acordo com Souza e Almeida (2005) durante o século XIX surgiram as primeiras regras normalizadoras da amamentação no Brasil, de cumprimento estritamente biológico, regulamentando períodos e intervalos adequados para amamentar, imposição do decúbito lateral e orientação do uso da chupeta como calmante. A síndrome do leite fraco nasce neste contexto de produção de patologias e de um modelo higienista de amamentação, incentivando o grande uso de leite industrializado na alimentação dos recém-nascidos a partir de 1920, culminando no grande aumento de desmame precoce entre 1930 e 1970.

A partir da revolução industrial percebeu-se importante aumento do desmame precoce em todo mundo, atribuído ao aperfeiçoamento das técnicas de esterilização do leite de vaca e à inserção da mulher no mercado de trabalho. Em 1979, durante a Reunião Conjunta em Genebra entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a

Infância (UNICEF), o desmame precoce foi reconhecido como uma preocupação mundial, tornando necessária a implementação de programas de promoção, proteção e apoio ao AM (CARVALHO *et al.*, 2009).

Neste mesmo evento decidiu-se elaborar um código de condutas éticas em relação à propaganda e à comercialização de produtos que impactavam negativamente na continuidade da amamentação (CARVALHO *et al.*, 2009). O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno surge, então, por Resolução da Assembléia Mundial de Saúde em maio de 1980, dando início a um movimento pró-amamentação cujo auge deu-se em 1981, momento de aprovação deste documento por 151 países (BRASIL, 2013a).

No Brasil, ao longo das últimas três décadas, várias políticas públicas foram implementadas na tentativa de recuperar a prática da amamentação, sendo a década de 80 marcada pela criação da coordenação nacional e coordenações estaduais de AM, com elaboração de diversas campanhas na mídia para mobilização social (RELVAS, 2018). É a partir de 1981, com a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que várias ações vêm sendo implementadas com o intuito de proteger, promover e apoiar a prática do AM.

Em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno treinou agentes de saúde e influenciou os meios de comunicação com declarações dos responsáveis pela elaboração das políticas públicas, de organizações da sociedade civil e de grupos de mães, com objetivo principal de realizar ações integradas com os demais segmentos da sociedade civil organizada. Frente às altas taxas de mortalidade, a OMS recomendou a adoção do Código Internacional de *Marketing* dos Substitutos do Leite Materno, como estratégia de impedir propagandas contra o AM (VELOSO e ALMEIDA, 2009).

Desde 1983 a rede IBFAN (*International Baby Food Action Network*) iniciou suas atividades no país para proteger e incentivar o AM, além de alertar sobre os riscos do uso de fórmulas infantis na infância. Atua fiscalizando a execução do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as legislações envolvidas, auxiliando as ações da Vigilância Sanitária Brasileira que, por sua vez, monitora o descumprimento da legislação sobre a comercialização de leites artificiais (IBFAN, 2019).

O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foi implementado com muito rigor desde 1988 (VICTORA *et al.*, 2011) impulsionando o

lançamento da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) pelo MS (1992), posteriormente denominada de Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (CYRILLO *et al.*, 2009). Trata-se do combate às práticas de *marketing* a favor de substitutos do LM (SANTIAGO, 2014).

Em 1990 a OMS e o UNICEF em conjunto com organizações governamentais e não governamentais produziram a “Declaração de Innocenti”, estabelecendo estratégias de proteção, promoção e apoio ao AM. Neste documento foram estabelecidos quatro objetivos: estabelecimento de um comitê nacional de coordenação da amamentação, implementação dos “dez passos para o sucesso da amamentação” em todas as maternidades dos países que assinaram a declaração, implementação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e a adoção de legislação que protege a mulher que amamenta no trabalho (WHO, 1990).

Em 1991 foi fundada a Aliança Mundial de Ação Pró-Amamentação (WABA), que instituiu a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM) em 1992, com o objetivo de promover estratégias e metas pró-amamentação (BRASIL, 2013).

Em 1992 foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o objetivo de modificar as rotinas hospitalares, implementar os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” e interromper as doações e as distribuições dos substitutos do LM em maternidades (REA, 2003).

Ainda na década de 90, o governo brasileiro lançou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), com objetivo de melhorar a saúde e reduzir a mortalidade de crianças por meio de programas já existentes, como o de promoção, proteção e apoio ao AM. Neste mesmo período houve a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR) no âmbito do Centro de Referência Nacional da Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2017a).

A literatura sugere que políticas favoráveis à licença-maternidade são efetivas para o aumento do AME nos primeiros seis meses de vida da criança. Em 1998 a duração da licença maternidade foi estendida de dois meses para quatro meses, com indicação de seis meses em 2006 (VICTORA *et al.*, 2011).

Estudo de Monteiro, Buccini e Venâncio (2019) identificou que entre as mães trabalhadoras as que estavam em licença-maternidade apresentavam menor chance de interrupção do AME nos primeiros quatro meses de vida do lactente. O mesmo

estudo demonstra influência da licença-maternidade na duração total da amamentação, tornando-se uma estratégia para redução da mortalidade infantil.

Na década de 90, como tentativa de resposta aos grandes problemas mundiais, organizaram-se conferências internacionais que debatiam temas como meio ambiente, populações, direitos humanos, desenvolvimento econômico, entre outros, que resultaram na Declaração do Milênio, documento organizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) que estabelecia oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (BRASIL, 2013).

Os ODM são objetivos que orientam a construção de um mundo mais justo para todos, estipulados pela ONU para que os países cumprissem as Metas do Milênio de 2000 a 2015. São eles: 1 - acabar com a fome e a miséria; 2 - oferecer educação básica e de qualidade para todos; 3 - promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 - reduzir a mortalidade infantil; 5 - melhorar a saúde das gestantes; 6 - combater a AIDS, a malária e outras doenças; 7 - garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e; 8 - estabelecer parcerias para o desenvolvimento (BRASIL, 2013). Entre os ODM, são destaques redução da mortalidade infantil, educar e cuidar das crianças, protegê-las da violência e da exploração, além de assegurar sua cidadania (BRASIL, 2015b).

Voltado às nações em desenvolvimento, o pacto propunha metas para até 2015, objetivando um futuro melhor para a humanidade. Porém, a necessidade de reflexão acerca do agravamento das questões sociais, econômicas e ambientais mundiais e do não cumprimento das metas dos ODM fez com que uma nova agenda, que contemplava todos os signatários do pacto global (países desenvolvidos e em desenvolvimento), criasse novas respostas embasadas nas conclusões de relatórios e indicadores sobre as principais demandas mundiais, motivando a criação de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Trata-se da renovação ou da ampliação de compromissos outrora assumidos e ainda inconclusos, agora intitulada Agenda 2030. Os novos objetivos tratavam das discussões e pactuações entre nações desenvolvidas e em desenvolvimento, instituições e organizações (governamentais e não governamentais), empresas privadas, academia, mídia e sociedade civil para agir em seus países de origem e em prol dos demais para conquistar os denominados 5 Ps da nova agenda: a) pessoas; b) planeta; c) parcerias; d) prosperidade e; d) paz.

Os 5Ps sintetizam os 17 ODS, enumerados nos objetivos prescritos pela Agenda 2030: 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares; **2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição** e promover a agricultura; **3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades**; 4. Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade e, promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos; 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas; 6. Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos; 7. Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível de energia para todos; 8. Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho decente para todos; 9. Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação; 10. Reduzir as desigualdades dentro dos países e entre eles; 11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis; 12. Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis; 13. Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos; 14. Conservar e usar sustentavelmente as águas dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável; 15. Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade; 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis; 17. Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável (ONU, 2015).

A comparação entre os ODM e ODS demonstra que há integração e indivisibilidade entre ambos, de maneira que os ODS **2 e 3** podem ser relacionados à importância da proteção da amamentação, sendo esta uma estratégia não apenas para alcançar a segurança alimentar e a melhoria da nutrição da população, mas que se refere ao aumento da qualidade e da vida saudável dos indivíduos. Portanto, os ODS assimilaram os ODM e ampliaram os compromissos principalmente no que se refere ao desenvolvimento sustentável.

Em 2002 a IHAC foi inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância criada pela OMS e pela UNICEF, apoiando

o AME do nascimento até os seis meses de vida e a continuidade da amamentação por dois anos ou mais. Sua revisão em 2008 foi realizada com apoio de profissionais de saúde, fortalecendo a estratégia mundialmente (BRASIL, 2011).

Em 2008 o MS adotou uma política voltada à promoção da amamentação na AB com a criação da Rede Amamenta Brasil (RAB), estratégia apoiada nos princípios da educação crítico-reflexiva, direcionada à importância da revisão e do matriciamento interdisciplinar nas unidades básicas de saúde (UBS). Trata-se de uma ação com capacidade de contribuir para o aumento da prevalência do AM no âmbito da AB, uma vez que as ações de promoção, proteção e incentivo à amamentação concentravam-se no ambiente hospitalar (BRASIL, 2017a).

Em 2010 foi aprovado o Programa Empresa Cidadã, que prorrogou a licença-maternidade até os 180 dias, no entanto é uma concessão facultativa por parte das empresas, tornando sua adesão relativamente baixa. Por meio do mesmo programa, a licença-paternidade também pôde ser estendida por mais 15 dias, com adesão opcional pelo empregador (RIMESI, OLIVEIRA e BOCOLLINI, 2019). Neste mesmo ano houve o lançamento da Nota Técnica Conjunta nº 01/2010, com o objetivo de orientar a instalação de salas de apoio à amamentação para mulher trabalhadora em empresas públicas ou privadas em parceria com as vigilâncias sanitárias locais (BRASIL, 2017a).

Kalil e Aguiar (2016) descrevem a importância da legislação para continuidade do AM, como a aprovação e a regulamentação da ampliação da licença-maternidade para seis meses às servidoras públicas federais (2008) e às funcionárias de empresas privadas que aderiram ao Programa Empresa Cidadã (2010), além da extensão da licença-paternidade (para vinte dias consecutivos sem prejuízo do emprego e do salário) para servidores federais e funcionários de instituições vinculadas ao Programa Empresa Cidadã (Lei nº 13.257/2016).

No que se refere à assistência do AM algumas ações são de grande importância em nosso país como a oferta de AM na primeira hora de vida, o AME nas maternidades, a concretização das Unidades de Atenção Básica (apoio à mulher e sua família durante o pré-natal e puerpério) e a capacitação dos profissionais (VICTORA *et al.*, 2016).

O Brasil tem a maior rede mundial de Hospitais Amigos da Criança, com mais de 300 maternidades credenciadas e mais de 200 bancos de leite humano (VICTORA *et al.*, 2011). Ações como o Método Canguru cujo objetivo é o cuidado ao recém-

nascido (RN) de baixo peso (GONTIJO, XAVIER, FREITAS, 2012) e a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) (PASSANHA *et al.*, 2013, RELVAS, 2018) cujo princípio é a educação permanente em saúde, são estratégias de humanização e promoção do AM, permitindo intervenções em âmbito hospitalar, ambulatorial e nos serviços de AB.

A EAAB, no tocante da AB, instituída pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, é o resultado da integração das ações da RAB e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), respectivamente lançadas em 2008 e 2009. Seu principal objetivo é qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao AM e a alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos, preocupando-se com o aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais da AB (BRASIL, 2017a).

Entre as ações de promoção a importância do AM vem sendo discutida desde os anos 80 pelo MS que criou políticas, estratégias e programas nacionais sobre a temática, fortalecendo o incentivo e a prática do AM, são exemplos: Semana Mundial da Amamentação, Dia Nacional de Doação de Leite Humano e a comemoração do mês de promoção ao AM e o Agosto Dourado. As atividades da *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA) e da Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), desde 1999 sob responsabilidade e coordenação do Ministério da Saúde, são importantes ações para o resgate da cultura de amamentação (RELVAS, 2018).

Em 2014 passou-se a exigir os critérios globais mínimos para o processo de habilitação dos hospitais da IHAC, a incorporação dos critérios referentes às boas práticas de parto e nascimento conhecido como “Cuidado Amigo da Mulher” e, a incorporação de um critério referente aos cuidados com os recém-nascidos de risco conhecido como “permanência do pai ou da mãe junto ao recém-nascido (RN) 24 horas por dia e o livre acesso deles ao longo do dia e da noite” (BRASIL, 2017a). Em 2015 foi instituída a PNAISC com objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o AM, uma vez que orienta e qualifica as ações e os serviços de saúde que prestam cuidados diretos ou indiretos a esta população, no território nacional (BRASIL, 2015).

O planejamento de projetos e programas de saúde direcionados à saúde da criança deve incluir as diretrizes da PNAISC: gestão interfederativa das ações de saúde da criança, organização das ações e serviços na rede de atenção, promoção da saúde, fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família, qualificação da força de trabalho do SUS, planejamento e desenvolvimento de ações,

incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento, monitoramento, avaliação e, intersectorialidade (BRASIL, 2015).

Com a instituição da PNAISC, Portaria nº 1.130/2015, houve a criação de eixos de ações específicas para abordagem adequada do crescimento e desenvolvimento infantil, apontando estratégias e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde, facilitando sua implementação pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

A PNAISC se organiza a partir das redes de atenção à saúde (RAS) e de sete eixos estratégicos, sendo esses: 1. atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN; 2. aleitamento materno e alimentação complementar saudável; 3. promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; 4. atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; 5. atenção integral à criança em situação de violências; prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; 6. atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade e; 7. vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

A lei nº 13.257 de 8 de março de 2016 instituiu o Marco Legal da Primeira Infância, fomentando e subsidiando a criação de políticas públicas, programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças desde o nascimento até os 6 anos de idade.

Esta lei aborda a promoção, a proteção e o apoio ao AM, como direito das gestantes e famílias de receber orientação e formação sobre maternidade, paternidade, AM e alimentação complementar saudável. É, também, um marco para a prorrogação da licença-paternidade por mais 15 dias, além dos 5 previstos na Constituição para empregados de Empresas Cidadãs (BRASIL, 2017a).

Em 2017 foi instituído o Mês do Aleitamento Materno (Agosto Dourado) pela Lei nº 13.435, sancionada em 12 de abril com objetivo de intensificar ações intersectoriais de conscientização sobre a importância do AM (BRASIL, 2017a).

No âmbito da AB, A PNAISC dispõe de ambiente mais propício ao seu desenvolvimento a partir de 2006, quando houve a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que levou à valorização da atenção continuada à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (BRACCIALLI e VIEIRA, 2012). Trata-se de uma importante política pública, pois aponta estratégias e dispositivos para a

articulação das ações e dos serviços de saúde, a fim de que estas sejam pactuadas pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2018).

Frente às evidências acerca da importância do AM e da situação epidemiológica dessa prática no Brasil, justifica-se a necessidade de políticas públicas de apoio, proteção e promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis na infância, de modo a melhorar as condições de saúde da população brasileira (SIQUEIRA, 2018).

A AB para ser capaz de atender aos eixos estratégicos da PNAISC deve estar estruturada com base nos chamados atributos ordenadores: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD, 2004). Desta forma, a PNAISC causa impacto importante nas redes de atenção à saúde, pois considerando seus eixos estratégicos, a AB é caracterizada como ordenadora da rede de atenção, coordenadora do cuidado à criança e ponto central desse processo (BRASIL, 2018).

De acordo com Relvas (2018) a AB caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Desta maneira, é papel dos serviços de AB o desenvolvimento de ações de atenção integral que impactem na autonomia e na condição de saúde das pessoas, assim como nos determinantes e nos condicionantes de saúde das coletividades. Porém, atualmente, é perceptível o descompasso entre as expectativas e o desempenho no contexto deste nível de cuidado, condição preocupante para a comunidade mundial.

1.3 CONTRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

No Brasil, a saúde da criança passou por transformações com os avanços científicos, a incorporação de tecnologias e a adoção de novos modelos assistenciais. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) tornaram-se importantes estratégias para vigilância da saúde infantil no âmbito da AB, com destaque para a adoção de instrumentos para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como o incentivo e apoio ao aleitamento materno (MELLO *et al.* 2012).

A vulnerabilidade infantil demonstrada pelos coeficientes de mortalidade e

pelas taxas de agravos evitáveis, ainda elevados no Brasil, somados à responsabilidade do Estado em garantir o desenvolvimento saudável das novas gerações, resulta no destaque à saúde da criança nas políticas públicas (BRASIL, 2015 e SANINE *et al.*, 2018).

A AB é a principal via de acesso da população às ações de saúde e, a partir do seu importante papel na promoção e proteção da saúde das pessoas, surgem estratégias como a RAB em 2008 e, posteriormente, a ENPACS em 2009, ambas com a finalidade de promover uma reflexão sobre a prática da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade e capacitação dos profissionais de saúde. Tais estratégias inovaram ao adotar abordagens teóricas e metodológicas da educação crítico-reflexiva e da Educação Permanente em Saúde que, ao problematizarem experiências, incentivam a troca de conhecimentos e a construção de saberes coletivos a partir dos territórios (RELVAS, 2018).

A RAB possuía um enfoque no AM e a ENPACS na alimentação complementar, de forma que as similaridades entre as duas estratégias demonstraram a necessidade de integração das ações programáticas no SUS e, em 2012, o MS lançou a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS, EAAB, como resultado da integração das duas primeiras estratégias (BRASIL, 2013).

Frente a todo exposto, pode-se esperar que os serviços de AB somados à expansão do acesso e aos incentivos políticos reorganizados na PNAISC, tenham influência direta na qualidade da organização dos serviços em relação à saúde da criança (SALA e MENDES, 2011; BRASIL, 2015; SANINE e CASTANHEIRA, 2018).

A EAAB tem como princípio a educação permanente em saúde e, como base a metodologia crítico-reflexiva, buscando criar espaços para o desenvolvimento de um processo de educação, formação e de práticas em saúde compartilhadas coletivamente, de forma a potencializar a qualidade do cuidado (BRASIL, 2016).

No contexto da AB faz-se necessário que a equipe de saúde construa vínculo e conheça a realidade familiar das usuárias para discutir e implementar ações acordo com a vivência dos indivíduos, não estabelecendo ações baseadas em pressupostos e ideias pré-concebidas. Nesta perspectiva, estudos mostram algumas relações conflituosas entre os profissionais de saúde e as mulheres durante o processo gravídico-puerperal. São evidenciadas relações de poder, opressão e controle político sobre estas mulheres, condição que torna imprescindível que o enfermeiro se

posicione diante dos protocolos assistenciais voltados para a amamentação de forma acolhedora e orientadora, não impositiva ou opressora (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Há evidências que saber compreender mais profundamente os problemas e realizar um diagnóstico situacional correto permitem ajudar efetivamente uma mulher a resolver seu problema, sendo a principal ação do aconselhamento (WHO, 1997; LEITE, SILVA, SCOCHI, 2004). Os profissionais que atendem as puérperas que amamentam necessitam desenvolver algumas habilidades de aconselhamento, sendo estas (WHO, 1997, SIQUEIRA, 2018): habilidades de ouvir e aprender e, habilidades de desenvolver confiança e apoio.

Esse contato estreita vínculos e coloca o profissional de saúde em condição de disponibilidade e engajamento real, observando atentamente as possibilidades de ruptura na comunicação e os aspectos emocionais de cada mulher (PALDA *et al.*, 2003). A empatia; a confiança entre profissional e a mulher; a demonstração de disponibilidade e interesse; a comunicação verbal e; o posicionamento corporal são estratégias utilizadas pelos profissionais para efetividade do manejo clínico, de forma que a mulher é sujeito do cuidado em saúde, refletindo sobre sua saúde e de seu bebê (CARVALHO, CARVALHO e MAGALHÃES, 2011).

Para Figueiredo, Mattar e Abrão (2013) mulheres que receberam orientações sobre AM desde o pré-natal, assim como as que amamentaram anteriormente, precisam de apoio e de incentivo. Sobre a importância deste apoio e seus impactos no sucesso ou no abandono da amamentação Rocci e Fernandes (2014) descrevem que, no processo de aleitar, a conduta dos profissionais de saúde é primordial para uma experiência exitosa.

A proximidade com as equipes destes serviços pode influir nos índices e na duração do AME haja vista que os profissionais de saúde ofertam intervenções de orientação e apoio ao AM (CHUNG, *et al.*, 2008 e RENFREW *et al.*, 2012). O sucesso da amamentação depende de ações como a oferta de orientações prévias ao nascimento, assim como no pós-parto, o preparo da mulher com vistas a superar dificuldades que possam surgir, minimizando suas preocupações e fortalecendo sua autoconfiança (MARINHO, ANDRADE e ABRÃO, 2016).

Os serviços de AB são considerados um *locus* ideal para a realização de intervenções relacionadas à promoção do AM, porém sua eficácia depende de um cuidado pautado por qualidade e cobertura adequada (LUTTER *et al.*, 2013). Portanto, recomenda-se que estes serviços ofertem orientações às gestantes e mães sobre os

benefícios e o manejo do AM, sendo importante que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades de aconselhamento e estejam capacitados para promoção e apoio à amamentação (ALVES, OLIVEIRA e RITO, 2018).

Estudos de Venâncio *et al*, 2020 avaliam as ações educativas individuais e em grupo; as intervenções de apoio por profissionais de saúde, leigos ou pares; as intervenções baseadas em teorias da autoeficácia materna e mudança de comportamento; as intervenções voltadas à capacitação dos profissionais de saúde; as intervenções praticadas por consultores e, as intervenções com foco no envolvimento paterno como importantes estratégias para promoção da amamentação e do adequado início da alimentação complementar.

A utilização de meios de comunicação em massa contribuem para combinação de intervenções, tornando-as multifacetadas e capazes de gerar resultados positivos, diversificando os espaços de implementação de ações e resultando em sistemas de saúde e comunidades locais ativas no processo de autonomia sobre sua saúde (VENÂNCIO *et al*, 2020). Os autores descrevem que a educação em saúde é uma estratégia para aumento significativo da taxa de amamentação a curto prazo, combinando ações pré e pós parto. Destacam, também, o importante papel das visitas domiciliares, como apoio efetivo para a continuidade do AM.

Os profissionais da AB, ao considerar a família como sujeito de suas ações, contribuem para a efetividade das estratégias de promoção da saúde e para ampliação da autonomia dos indivíduos. Ademais, a qualificação destes profissionais por meio da educação permanente que considere as demandas profissionais e locais, se faz necessária para a autovalorização dos indivíduos e para a valorização da equipe e da população. Destarte, tal condição pode contribuir para a vinculação entre equipe de saúde e comunidade (MALAQUIAS, GAIVA e HIGARASHI, 2015).

A implementação de ações pró-amamentação depende de esforços intersetoriais coletivos, constituindo, portanto, um grande desafio para o SUS, em uma perspectiva que respeite a integralidade e a humanização (BRASIL, 2015a).

Em Jaguariúna, as políticas públicas nacionais são integrantes do Plano Municipal de Saúde, sendo a saúde da mulher e da criança parte do programa “Construindo um Novo Tempo” (SMS, 2018a). Este programa tem como objetivo acompanhar o binômio mãe-bebê na AB desde a confirmação da gravidez até os seis anos de vida da criança, procurando oferecer a atenção integral à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e à criança ao longo do seu desenvolvimento.

O planejamento municipal descreve o desenvolvimento do programa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, com articulação da maternidade municipal, buscando a reformulação da atenção e a garantia de ações de redução da mortalidade materna e infantil.

As ações do programa municipal visam a vinculação da assistência à saúde da criança à AB, através do agendamento precoce da consulta ao RN entre o terceiro e o décimo dia de vida, antes mesmo da alta do binômio mãe-bebê da maternidade.

Esta primeira consulta agendada na UBS tem a finalidade de realizar o acolhimento do binômio mãe-bebê e identificar dificuldades frequentes neste momento, principalmente relacionadas à amamentação, ao cuidado do RN e ao estado emocional da mulher.

1.4 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo ocorreu em Jaguariúna, cidade situada no interior do estado de São Paulo, com população de 56.221 mil habitantes. O município possui algumas especificidades, destacando-se a presença de 95% do território possuir saneamento básico, 82,9% dos domicílios urbanos estarem organizados em vias públicas, 37,7% destes em vias públicas com urbanização adequada, detém uma população economicamente ativa de 26.165 mil indivíduos (sendo a maioria no mercado formal) e uma taxa de desemprego de apenas 0,7% (SMS, 2018).

O PIB per capita/ano de R\$ 158.703,96 (IBGE, 2019) contribui para que Jaguariúna seja considerada, em relação ao Estado, a 12^o cidade com melhor renda individual, assim como a terceira mais equânime em relação à região administrativa de Campinas, composta por 90 municípios (PMJ, 2018). O município faz parte das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) 15 e pertence à Diretoria Regional de Saúde (DRS) VII.

Socioeconomicamente, quando comparado com outros municípios do Estado, ocupa a posição 156 de 645 cidades, sendo parâmetro brasileiro a posição número 200 entre os municípios de todo país. Considera-se que 74,2% da população possui uma média salarial de 3.6 salários mínimos, sendo 28,8% o rendimento mensal de até meio salário mínimo por pessoa (IBGE, 2019). A expectativa de vida da população geral é de 75,36 anos e a taxa de alfabetização é de 92,47%, impactando em um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M): 0,829, considerado alto (IBGE, 2019).

De acordo com o Plano Plurianual (PPA) há uma preocupação com a revitalização da saúde do município, de forma a oportunizar melhoria da cobertura dos serviços e da qualidade do equipamento público à população (SMS, 2018a).

O equipamento de saúde da cidade de Jaguariúna conta com um hospital geral e maternidade (a maioria dos RNs nascem neste serviço municipal, mantido por contrato de Organização Social - O.S.), sendo poucos RNs provenientes de serviços não-SUS (nascidos em outros municípios). Este hospital não possui Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e neonatal, de forma que há um fluxo de atendimento de pré-natal de alto risco que referência as mulheres nesta condição para serviços de alta complexidade em outro município.

Há um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com atuação reduzida e com funcionários municipais e comissionados, um centro de referência à saúde da mulher, um centro de cuidado à saúde do trabalhador, um centro de cuidado fisioterapêutico (conveniado a uma faculdade local) e uma equipe do Programa Melhor em Casa - mantida pela faculdade local.

Atualmente a AB é composta por onze UBS no município, sendo dez consideradas como atuantes no modelo de saúde tradicional e uma mista. A UBS considerada mista é a única em que os agentes comunitários de saúde (ACS) atuam no território, fazendo as visitas às puérperas e seus bebês logo após o nascimento, contribuindo para identificação de dificuldades no processo de AM.

De acordo com a Secretaria de Atenção Primária (BRASIL, 2020a) em junho de 2019 Jaguariúna contava com uma equipe de saúde da família vinculada a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), duas equipes na AB Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e sete equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas).

No mesmo período de 2020 o município contava com uma equipe de saúde da família vinculada a uma equipe da ESF, duas equipes na AB Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e dez equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas) (BRASIL, 2020a).

A população coberta pela AB em Jaguariúna passou de 54,16% em junho de 2019 para 67,32 em junho de 2020 (BRASIL, 2020a). Neste momento, há uma unidade composta por profissionais contratados por cooperativa de saúde e duas por profissionais conveniados à faculdade municipal. Entre as especificidades das UBS da cidade é que uma delas concentra a aplicação da vacina BCG, portanto, todos os

RNs utilizam esta unidade para realização da primeira vacina do calendário infantil na AB.

A escolha por centralizar a aplicação da vacina em uma UBS é justificada, pela equipe de gestores, como estratégia para minimizar perdas dos insumos, haja vista o tempo de durabilidade da vacina. Justificam-se, também, pela localização centralizada da unidade no município, situada logo atrás do hospital e maternidade.

Outra condição que merece destaque é o funcionamento de três unidades após o horário de expediente comum das demais, de maneira que os atendimentos de rotina, inclusive ao binômio mãe-bebê, são realizados no período noturno por profissionais que não são necessariamente das equipes de referência do território.

Considerando o atendimento de pré-natal e o fluxo de atendimento ao ciclo grávido-puerperal há o estabelecimento da seguinte rotina de atendimento na AB no município: identificação da mulher grávida, acompanhamento da gestante (primeira consulta com enfermeiro e as demais com ginecologista ou obstetra), retorno pós-parto (primeira consulta do binômio mãe-bebê com enfermeiro e as demais com profissional médico - pediatra e ginecologista ou obstetra).

O município possui pactuação com a Rede Cegonha (RC) em todas as unidades de AB, de maneira a assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério. De acordo com o Sistema de Informação em Saúde (SISAB), no período de outubro de 2019 a outubro de 2020, foram registradas 526 gestantes com o primeiro atendimento de pré-natal. Identificou-se que 303 destas gestantes realizaram o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação e que 48 gestantes tiveram seus exames avaliados por profissional de saúde até a 20ª semana. De acordo com o relatório do período 47 gestantes realizaram seis ou mais atendimentos de pré-natal. (BRASIL, 2020b).

É durante a inserção da mulher grávida, encaminhada na primeira consulta de pré-natal, no grupo de gestantes do hospital que a mesma e sua família realizam o primeiro contato com a maternidade, sendo o serviço de referências aos atendimentos de baixo risco realizados no município.

Na programação de alta da puérpera e do RN após o parto no município, funcionários da maternidade entram em contato com as recepções das UBS e solicitam o agendamento da primeira consulta do binômio na rede, que ocorre em até 10 dias após o parto, período em que algumas mulheres retornam às UBS com dificuldades na amamentação e com muitas dúvidas.

Durante a atual gestão foi recomendada a programação de projetos para tentativa de cumprir os objetivos do Programa Cidades Sustentáveis. Para tal, alguns objetivos foram detalhados por área de cuidado. No projeto denominado Tempo de Crescer do município de Jaguariúna, cujo enfoque é a saúde da criança, um dos itens da linha de ação é promover e apoiar o AM e a alimentação complementar saudável (PMJ, 2018), condição que merece atenção especial, pois não há índices locais consistentes acerca do desmame precoce e das crianças que recebem AME até o sexto mês de vida.

O município ainda não desenvolve ações efetivas para implantação da IHAC, de Banco de Leite Humano ou posto de coleta, do Método Canguru, da EAAB e da SMAM, ações que promovem, apoiam e estimulam o AM, sugeridas pela PNAISC. Essa conjuntura desfavorece a continuidade do AM, existindo grande gasto financeiro do município na oferta de fórmulas infantis às mães que, por algum motivo, não amamentam.

Tal condição reitera a necessidade de realização de ações pró-amamentação, uma vez que a PNAISC prevê uma política de atenção ao AM, a qual mesmo com grandes esforços do município, não houve condições de que seja totalmente implementada.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

As políticas de Saúde no Brasil foram influenciadas por conjunturas econômicas e pelas disputas políticas, em uma trajetória identificada em três momentos principais: o sanitarismo campanhista, o modelo médico assistencial privatista e o após a criação do SUS, em que o modelo de saúde integral, promoção de saúde e prevenção de doenças era descrito como modelo adequado para atenção à saúde da comunidade (TEIXEIRA, PAIM e VILASBOAS, 1998).

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) trouxe importantes avanços no que se refere aos direitos sociais, destacando-se a criação do SUS. Em seu artigo 196 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, tornando-se constitucional o acesso universal e igualitário de um sistema público de saúde para todos, encerrando o período de divisão dos brasileiros de acordo com sua classe social e econômica.

Nas leis 8.080 e 8.142 de 1990 foi criado o SUS, sob os princípios de universalidade no acesso, equidade e integralidade na assistência, respeitando as diretrizes de organização participativa com controle social e conselhos paritários, descentralizado e organizado em rede regionalizada, com mando único em cada uma das três esferas de governo (ALMEIDA, 2014).

É durante a criação do SUS que as políticas públicas voltadas para saúde materna e infantil apresentaram os maiores avanços, como a ampliação da cobertura pré-natal, dos serviços de imunização e do monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, tornando-se prioridades de saúde pública e evitando a morte precoce (TEIXEIRA, 2012).

Apesar da assistência à gestante ser uma prática comum dos serviços públicos de saúde, torna-se prioridade apenas em 1984, em resposta às pressões de movimentos sociais e a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que direcionava ações para o pré-natal, parto, puerpério, contracepção e planejamento familiar, em uma perspectiva de respeito aos princípios da integralidade e da universalidade (NETO *et al.*, 2008).

Durante a década de 90 foram implementadas diversas iniciativas para garantir o cuidado materno e reorganizar as práticas nos serviços de saúde, como o Programa

de Agentes Comunitários (PACS) criado em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, respectivamente com objetivos de reduzir a mortalidade infantil e estratégia para garantir a reorganização do modelo de atenção à saúde da família e cuidado voltados à saúde materna e infantil (AVILLA, 2011). No SUS a Atenção Primária brasileira foi denominada de Atenção Básica, sendo o PACS e o PSF programas marcantes para a organização da saúde nos municípios, cujas diretrizes foram instituídas pela Portaria GM/MS 1.886 de 18 de dezembro de 1997 (PAULA, 2015).

Estes programas surgiram, também, como crítica ao modelo de atenção ao parto e puerpério que prevalecia no Brasil, centrado nas práticas médicas, no sentido de garantir menos intervenções e ampliar a participação da mulher e de sua família neste processo. Nesta perspectiva, foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento em 2000, com protocolos para o desenvolvimento de ações e regulamentando atividades a serem desenvolvidas durante o pré-natal, criando indicadores, metas e objetivos (BRASIL, 2012).

Em 2000 o MS constituiu um grupo de trabalho para revisão da NBCAL, envolvendo uma equipe multiprofissional de técnicos, consultores de AM e de representantes de indústrias de alimentos infantis e de chupetas e mamadeiras, cuja produção resultou em um texto publicado como Portaria Ministerial nº 2051 de 2001 e como Resoluções da Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC nº 221 e 222 de 2002) (BRASIL, 2017a).

Tal ação objetivou assegurar o uso apropriado de produtos destinados à criança, de maneira que os mesmos não interfiram na prática do AM. Trata-se de um importante instrumento para o controle da publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que concorrem com a amamentação. Em 2006 a publicação da Lei nº 11.265/2006 foi considerada um avanço na NBCAL, uma vez que regulamentou a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e, também, de produtos de puericultura e correlatos, ampliando as orientações até o 3º ano de vida das crianças (BRASIL, 2017a).

Neste mesmo período várias ações de mobilização social surgiram, como a Semana Mundial da Amamentação, o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, o projeto Carteiro Amigo, com o objetivo de divulgar a importância da amamentação e, o projeto Bombeiros da Vida, colaboração do Corpo de Bombeiros na coleta de leite humano domiciliar. Em 2006 foi instituído o Comitê Nacional de Aleitamento Materno

do Ministério da Saúde, com objetivo de assessorar e apoiar a implementação das ações de promoção, proteção e apoio ao AM (BRASIL, 2017a). Em 2008, com objetivo de promover a amamentação na AB, surge a RAB, contribuindo para o aumento da prevalência do AM (BRASIL, 2009).

Em março de 2011 foi lançada e instituída a Rede Cegonha (RC) pela portaria MS/GM nº 1459/2011, importante estratégia do MS para o enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso das mulheres ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2013a).

A RC preconiza a qualificação e estruturação das redes de atenção ao pré-natal e puerpério preconiza a qualidade da atenção; a captação precoce da gestante com início do pré-natal na AB até a 12ª semana de gestação; a previsão de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos dimensionados segundo as necessidades dos serviços; solicitação, realização e avaliação de exames em tempo oportuno; acesso à unidade de referência especializada e; vinculação da gestante ao serviço onde irá dar à luz (BRASIL, 2012).

Trata-se de uma estratégia para organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres e às crianças, uma vez que destaca o direito, também, ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade, garantindo acesso ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Portaria nº 111 de 19 de janeiro de 2012 redefiniu a composição do Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM), passando este a ter representação de grupo de mães, sociedade civil, OPAS, UNICEF, organizações de categorias de profissionais de saúde, departamento de AB e de representantes de instituições de ensino, condição que permitiu que as discussões abordassem outras questões além das de dimensão técnica dos serviços de saúde (BRASIL, 2017a).

Em 2013, a EEAA surge com o objetivo de qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao AM e a alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade, discutindo e aprimorando as competências e as habilidades dos profissionais de saúde da AB (BRASIL, 2013b).

Em 2015, a PNAISC é instituída com objetivo de promover e de proteger a saúde da criança e o AM, em uma perspectiva de atenção e de cuidados integrais e

integrados desde a gestação aos nove anos de vida, prioritariamente à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade. Trata-se da busca da redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida das crianças com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento, sendo estruturada em sete eixos de atuação com a finalidade de orientar e qualificar as ações e os serviços de saúde que atendem as crianças em todo o território nacional, de maneira a garantir o direito à vida e à saúde desta população. O segundo eixo estratégico se refere à promoção ao AM e a alimentação complementar, ancorando-se na promoção, proteção e apoio à amamentação e em suas vantagens para saúde da criança, da mãe, da família e da sociedade (BRASIL, 2015).

Historicamente as políticas públicas de AM do Brasil buscam trabalhar sob a ótica da promoção, da proteção e do apoio à mulher, desde o início da gestação, considerando as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, tornando-se uma das prioridades para o país (ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

Apesar da existência de protocolos claros na assistência materno-infantil e das robustas políticas de saúde que alicerçam as ações assistenciais, percebe-se a ausência de comunicação entre a AB e a atenção secundária e, desta com a atenção terciária e, conseqüentemente, com os sistemas de apoio, demonstrando uma grande fragmentação do sistema.

Esse contexto impede que a AB realize o seu papel de coordenadora do cuidado à saúde materna e infantil, o que dificulta não apenas as ações no que se refere à amamentação e nutrição infantil, mas ao seguimento de pré-natal e entendimento das necessidades de saúde da comunidade.

De acordo com Mendes (2010) em uma perspectiva internacional, os sistemas de atenção à saúde são dominados pela fragmentação, voltados para atenção às condições agudas ou às agudizações de condições crônicas. Sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles organizados por um conjunto de pontos isolados e sem comunicação uns com os outros, portanto incapazes de oferecer uma atenção contínua à população (MENDES, 2010).

Mendes (2011) considera os sistemas fragmentados como um desastre sanitário e econômico em todo mundo, caracterizando-os pela organização hierárquica; inexistência da continuidade da atenção; foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; passividade do

usuário; ação reativa à demanda; ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; modelo de atenção à saúde fragmentado e sem estratificação de riscos; atenção centrada no cuidado dos profissionais, principalmente do médico e; o financiamento por procedimentos.

A necessidade de construção de Redes de Atenção surge junto à Constituição Federal, uma vez que se estabelecem as ações e os serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada para constituição de um sistema único organizado de acordo com diretrizes pré-estabelecidas, como o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (MENDES, 2011).

O conceito de RAS foi descrito no Relatório Dawson, de 1920, cujos pontos essenciais são a organização da atenção integrando a medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a atenção primária como porta de entrada do sistema, a atenção secundária localizada em ambulatórios e a atenção terciária (DAWSON, 1920).

Para Mendes (2011) as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si e com uma missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, permitindo a oferta de uma atenção contínua e integral, coordenada pela atenção primária, com qualidade e humanizada, com responsabilidades sanitárias e econômicas à determinada população. As RAS são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, sendo todos os pontos de atenção à saúde igualmente importantes, realizando intervenções de promoção, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas em tempos e lugares certos.

No Brasil, o MS estabeleceu as bases para as RAS, definindo conceito e princípios, formulando um processo de transição por meio de territórios integrados e linhas de cuidado, tornando-as um instrumento para garantia do direito à saúde, ampliando o acesso e diminuindo as desigualdades (KUSCHNIR e CHORNY, 2010; BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Nestas redes, espera-se que as UBS, adotadas como norteadoras da organização da AB no SUS constituam-se como provedoras da atenção e coordenadoras do cuidado. Ao integrarem as RAS, são capazes de oferecer ações de maior qualidade, gerar indicadores de saúde nas muitas realidades de nosso país e impactar positivamente a saúde da população, especialmente a materno-infantil.

Desta maneira, a AB tem sido considerada como central para o manejo das condições de AM e nutrição infantil e, apesar da melhoria das taxas de AM, o Brasil ainda apresenta resultados aquém do preconizado, isto é, AME até os 6 meses e manutenção do AM até 2 anos ou mais de vida não alcançaram os valores esperados. (BRASIL, 2017a).

A pactuação de uma Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao AM visa reforçar, adequar, ampliar e integrar intervenções e estratégias relacionadas ao AM com vistas à sua consolidação como uma política de Estado, que induza e acelere a adesão à prática da amamentação e sua manutenção por tempo desejável, como preconizado pela OMS, UNICEF e MS (BRASIL, 2017a).

Considerando que a população materno-infantil costuma acessar com maior frequência os pontos da RAS, em contato com diferentes categorias profissionais, podemos inferir que se trata de um grupo que se beneficia de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças continuamente, o que exige uma AB forte, capaz de coordenar o cuidado em local e tempo oportunos e ordenar a RAS da criança e da mulher gestante/puérpera.

A coordenação descreve a capacidade de garantia da continuidade da atenção através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas. Nesse contexto, há fragilidades que resultam na interrupção dos fluxos, no uso deficiente dos recursos e no desequilíbrio entre demanda e oferta, de maneira que a descoordenação da atenção é o resultado de um sistema de saúde fragmentado, com serviços que não se comunicam e com uma grande demanda populacional (MENDES, 2007).

No que se refere aos profissionais que atuam na AB, Mendes (2007) reflete sobre a importância do desenvolvimento de uma comunicação efetiva e empoderada, sendo importante uma cultura que valorize o seu trabalho e desestime a especialização e a fragmentação de suas ações. Uma possível dificuldade em se estabelecer a integralidade da assistência na saúde materno-infantil na AB deve-se ao não cumprimento de sua função de responsabilização, que consiste em corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que sejam atendidos, pois para haver integralidade da assistência deve haver um entrelaçar entre o plano individual e as ações dos serviços (MENDES, 2002).

Mendes (2010) aponta como solução para este problema fundamental do SUS a realização de mudanças que permitam superar o sistema fragmentado vigente, através da organização das RAS.

2.2 ATENÇÃO BÁSICA COMO ORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A PNAB é caracterizada por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Esse conceito está previsto na Constituição Federal brasileira de 1988 e nas normas que regulamentam o SUS. A AB tem como princípio a assistência ao indivíduo em sua integralidade, instrumentalizando-o para que desenvolva sua autonomia e corresponsabilize-se por sua condição de saúde (BRASIL, 2017).

Frente às ações dos serviços de AB houve a necessidade de elaboração de uma política nacional que definisse as prioridades de cuidado. Em 2003 foi descrita a PNAB, publicada em março de 2006 (ALMEIDA, 2016). Em 2011, com a finalidade de consolidar uma AB forte, houve uma primeira revisão da PNAB, cujo texto manteve a essência de 2006 e introduziu importantes inovações como a ampliação do acesso, a preocupação com a cobertura e com a resolubilidade, a flexibilidade da carga horária médica e a introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (MOROSINI e FONSECA, 2017).

De acordo com Morosini, Fonseca e Lima (2018) desde 1990 a AB, orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, é composta por equipes de trabalhadores cuja qualificação é baseada em um trabalho democrático e participativo nos territórios, aumentando a possibilidade de vínculo com os usuários e maximizando o potencial de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e vigilância.

A AB é a estratégia mais efetiva, entendida como porta de entrada de usuários na rede e na universalização do acesso à saúde, de forma a realizar a coordenação e a longitudinalidade do cuidado, a orientação comunitária e a consequente resolubilidade dos principais problemas apresentados pela população (STARFIELD, 2004).

O Decreto nº 7508 (BRASIL, 2011a) dispõe sobre a organização do SUS, define as Regiões de Saúde e as RAS e, oficializa a AB como porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado, estabelecendo diretrizes.

Assim, a atenção ao pré-natal, ao puerpério e ao RN constitui-se em um conjunto de ações de saúde que compreendem consultas, exames, educação em

saúde e visitas programadas para o binômio mãe-bebê, incentivo e apoio ao AM, sendo ações realizadas pela equipe de saúde da AB, inseridas nas dimensões de promoção e prevenção, que na maioria das vezes, tem resolubilidade na própria AB, necessariamente um dos pontos de atenção da rede e ordenadora do cuidado.

2.3 O CUIDADO DO ENFERMEIRO E A AMAMENTAÇÃO

A lei 7498/1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, estabelecendo que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera (BRASIL, 1986). A resolução nº516/2016 normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e RNs nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto (COFEN, 2016).

O cuidado de enfermagem representa a dinamicidade das múltiplas interações humanas e sociais, com dimensões sociocultural, afetiva, cognitiva e biofisiológica da natureza humana, divergindo da concepção assistencialista predominante nos modelos tradicionais (KLOCK *et al.*, 2007).

De acordo com Backes *et al.* (2006) a enfermagem utiliza a maior parte do seu tempo com o outro, em uma relação de reciprocidade interativa e cuidativa, tornando o cuidado a força propulsora das ações desta profissão. Desta maneira, a essência do cuidar em enfermagem está permeada de atitudes, não restringindo-se aos atos biológicos. Há uma preocupação em compartilhar com os envolvidos neste cuidado as experiências e as oportunidades, significando o cuidar em uma experiência de engajamento político-cultural (SOUZA *et al.*, 2005).

Para Escobar *et al.* (2002) o enfermeiro exerce um papel fundamental no que concerne ao aconselhamento de gestantes, contribuindo para o aumento do índice de amamentação e apoiando a mulher durante o pré-natal. Destarte, são profissionais que devem estar cientes de sua importância no processo de cuidado e educação, atuando com interesse, responsabilidade e compromisso com toda população, conforme as diretrizes do exercício profissional.

Para tal, é necessário que os enfermeiros observem alguns princípios básicos como escuta ativa, linguagem acolhedora, atenção e empatia e tomada de decisão promovendo a autonomia da mulher. Neste sentido, a enfermagem é uma profissão de extrema importância para as ações pró-amamentação, uma vez que oportuniza

formas de caminhar cada vez mais intensa no entendimento da amamentação como questão nitidamente dada de interação natureza-cultura (SHIMIZUI e LIMA, 2009).

É função do enfermeiro, dentre outras, a realização de assistência integral às pessoas e famílias na UBS, nos domicílios e nos espaços comunitários. Estes profissionais realizam as consultas de enfermagem, solicitam exames complementares e prescrevem medicações, de acordo com as disposições legais da profissão e protocolos/ normas técnicas dos serviços de saúde. Também são responsáveis por planejar, gerenciar, coordenar e avaliar ações desenvolvidas por técnicos de enfermagem e ACS (BRASIL, 2011b).

As consultas dos enfermeiros evidenciam a importância do papel deste profissional no contexto da AB, sendo atividade que progressivamente ganha espaço com o aumento das consultas na UBS (SOUSA *et al.*, 2020). Na AB o enfermeiro é reconhecido como autor da assistência de enfermagem, contribuindo para consolidação do SUS (LOWEN *et al.*, 2017). Nestes serviços os enfermeiros relacionam a coordenação do cuidado a partir das necessidades da comunidade em que atuam (CORREA, ACIOLI e TINOCO, 2018).

No que se refere à consulta de enfermagem, privativa do enfermeiro, fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial, permitindo melhora da assistência ao usuário e aumentando a autonomia do profissional. O enfermeiro, responsável pelo conjunto das ações assistenciais que competem à enfermagem, deve compreender o processo saúde-doença para melhor entender de maneira integral o usuário (MARQUES e PRADO, 2004).

Na consulta de enfermagem às gestantes, entende-se que a interação entre a mulher e o enfermeiro permite a troca de saberes e informações, estabelecendo-se objetivos e metas com finalidade de prover a melhor condição de saúde ao binômio mãe-bebê (MARQUES e PRADO, 2004). No que se refere ao acompanhamento puerperal, principalmente no que se trata ao apoio às necessidades da mulher, o enfermeiro ocupa posição privilegiada, uma vez que atua como facilitador na promoção do bem estar biopsicossocial da mulher e seu bebê nas redes de promoção, proteção e apoio ao AM (SOUZA *et al.*, 2008).

Para Cecílio (2001) as necessidades de saúde devem ser compreendidas como resultados de articulações singulares entre as condições biológicas, sociais e psíquicas de um sujeito em um determinado momento da vida. É nesta concepção que a enfermagem realiza suas atividades comprometida com a saúde e a qualidade

de vida da pessoa, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tornando fundamental as ações desta profissão durante a consulta de enfermagem na atenção à saúde da mulher, através do acolhimento, do exame clínico das mamas da mãe e da pega/posicionamento do bebê, da educação em saúde, do incentivo ao AME e, conseqüentemente, do fortalecimento da autonomia das mulheres para o cuidado de si e de seu bebê.

O enfermeiro participa como integrante da equipe de saúde, das ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde, garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde e integralidade da assistência (COFEN, 2007). É profissional participante da equipe multiprofissional, devendo-se engajar na luta pela concretização da integralidade da AB, reconhecendo a mulher como usuária do serviço em uma concepção ampliada de saúde (BRASIL, 2011).

Para a enfermagem, a AB representa uma possibilidade de reorientar suas ações em direção às necessidades de saúde dos usuários para além do olhar biomédico. Nesta perspectiva, a enfermagem se direciona para o cuidado, desempenhando seu papel social ao estabelecer relações intercessoras com o usuário como a escuta, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização (MATUMOTO *et al.*, 2011).

Segundo a PNAISC a humanização e a qualidade da atenção são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam em resolução para dificuldades identificadas no fortalecimento da autonomia das mulheres, no reconhecimento e na reivindicação de seus direitos. Essa compreensão implica a relevância de identificar o binômio mãe-bebê como integrantes da população, com necessidades específicas, sendo necessário um cuidado permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas (BRASIL, 2007).

Diversos estudos na literatura trazem evidências de que intervenções educacionais que preparam as equipes para o apoio à amamentação são efetivas na melhora dos desfechos relacionados à amamentação e nutrição nos primeiros anos de vida (RELVAS, 2018).

Fatores como o desconhecimento da importância do AM para a saúde da criança e da mãe, algumas práticas e crenças culturais, a substituição inadequada do LM, a falta de confiança da mãe quanto a sua capacidade de amamentar e as práticas inadequadas de serviços e profissionais de saúde impactam nas baixas taxas de AM

(ALMEIDA *et al.*, 2010; MALAQUIAS, GAIVA e HIGARASHI, 2015; ALVES, OLIVEIRA e RITO, 2018; VICTORA *et al.*, 2016; COSTA *et al.* 2018).

Muitas são as iniciativas que contribuem para as mudanças das atitudes maternas sobre AM, destacando-se as capacitações para profissionais de saúde, como o Curso de Manejo Clínico e o Curso de Aconselhamento em Amamentação como práticas assertivas (SIQUEIRA, 2018), consideradas tecnologias leves, na AB. Baseada em evidências de revisões sobre a efetividade das ações de promoção do AM, tais habilidades demonstram efetividade nas taxas e no tempo de duração da amamentação. (PALDA *et al.*, 2003).

O manejo da amamentação, quando realizado por profissional habilitado, estimula o AM ao demonstrar às mulheres práticas adequadas, observando e corrigindo alguns problemas comuns como erro de pega, insegurança materna, prevenindo agravos que podem interferir no estabelecimento de uma amamentação saudável e favorecer o desmame precoce (COSTA *et al.*, 2018).

O aconselhamento é pautado em uma postura não diretiva, em que a mulher expressa seus medos, preocupações, dúvidas e escolhe determinado caminho, sendo o aconselhador um mediador que apoia e se aproxima dos indivíduos, ouvindo e compreendendo as condições de vida, contribuindo para a observação de soluções adequadas a sua realidade (WHO, 1997). Há evidências que as habilidades desenvolvidas neste processo possuem relação com as técnicas de comunicação, de forma a influenciar o sucesso da amamentação, pois ampliam o suporte social e de interação das mulheres, oportunizando uma fala real sobre suas dúvidas e dificuldades (BUENO e TERUYA, 2004; GOUVEIA, 2009).

Há necessidade de incorporação de abordagens de cuidados centrados na pessoa (BARBOSA e RIBEIRO, 2016), que não reduzam o binômio mãe-bebê aos aspectos biológicos da amamentação, uma vez que cada dupla recebe influência de aspectos sociais, culturais e políticos. Nesse contexto, é fundamental que as famílias recebam informações adequadas e estímulos para acolher o novo membro e que exista mais que competência técnica dos profissionais de saúde para o sucesso de ações (MELLO *et al.*, 2012).

De acordo com Costa *et al.* (2011) os profissionais de saúde que atuam na AB devem repensar suas práticas de forma a seguir os princípios e diretrizes do SUS, devendo receber capacitação para atender à criança. Considerando-se as especificidades da AB é fundamental que os profissionais orientem as mulheres em

relação ao AM logo no início da gestação, identificando as maiores vulnerabilidades (ALMEIDA *et al.*, 2010).

É importante que os profissionais de saúde estejam preparados para prevenir, reconhecer e resolver as dificuldades apresentadas pelas mulheres durante a amamentação importante que estas sejam precocemente identificadas e resolvidas, evitando o desmame precoce ou o início da alimentação complementar em período inadequado (SOUZA, 2013). O profissional de enfermagem atua diretamente no incentivo ao AM, uma vez que está em contato direto com as mulheres nos períodos de pré-natal, puerpério imediato, mediato e tardio (CUNHA e SIQUEIRA, 2016).

De acordo com Souza (2013) no manejo clínico da amamentação é necessário que o enfermeiro possua conhecimento técnico e científico sobre anatomia e fisiologia da lactação, da sucção, dos fatores emocionais e psicológicos que interfiram no processo, assim como detenha habilidades de comunicação a fim de realizar orientações sobre posicionamento e pega adequada, ordenha manual e descrição de formas alternativas de oferta do LM. Tal prática permite ao profissional identificar as intercorrências e realizar o aconselhamento (CARVALHO, CARVALHO e MAGALHÃES, 2011).

De acordo com Siqueira *et al.* (2017) o enfermeiro tem a atribuição de estimular a participação das pessoas que pertencem ao ciclo social da grávida/puérpera, tornando as ações de aconselhamento mais efetivas. Ao apoiar as gestantes e incentivar a amamentação, estes profissionais podem contribuir para o alcance de melhores índices de AM, impactando na redução das internações e dos custos com consultas e medicamentos e, conseqüentemente, na diminuição de condições que podem elevar a mortalidade infantil (OLIVEIRA e GAVASSO, 2012).

Apesar da melhoria das taxas de AM no Brasil, os resultados ainda estão aquém do preconizado, de maneira que o AME até os 6 meses e manutenção do AM até 2 anos ou mais de vida não alcançaram os valores esperados. Adicionada a esta questão identificamos um descompasso entre o recomendado para os serviços de AB e o que é oferecido a mulher grávida/puérpera, tendo em vista a atuação profissionalmente técnica e muitas vezes fragmentada frente à promoção da amamentação. Desta forma, torna-se essencial a valorização e aprimoramento a respeito das estratégias de apoio à amamentação, que considerem a inserção social e o papel assumido pelas mulheres no contexto familiar brasileiro (BRITO, CAVALCANTE e FARIAS, 2012).

2.4 AS RELAÇÕES DE PODER NA CONCEPÇÃO FOUCAULTIANA

A amamentação seria exclusivamente um processo natural, se pensarmos que todas as mulheres mães potencialmente produzem leite e podem oferecer o alimento aos filhos até que eles consigam alimentar-se de maneira independente. Com muitos programas e políticas de saúde destinadas ao incentivo da amamentação, o Brasil é um país que atribui importante significado ao AM. No entanto, o significado e o valor atribuído a essa prática em cada cultura e momento histórico, pode gerar controvérsias acerca da maneira como as mulheres conduzem a amamentação e a alimentação de um RN. Assim como o pensamento contemporâneo sobre tal prática discorre em vertentes históricas e sociais.

A atribuição de maneiras certas, erradas, da descrição de normas estabelecidas pela sociedade permitem análises para além daquelas que se dão entre profissionais de saúde e mulheres no que compete à assistência de enfermagem: o pensar sobre o sujeito que cuida e a história dos serviços como instituições disciplinares oportuniza uma concepção que não minimiza os indivíduos a objetos que recebem cuidado.

A mudança trazida pelo olhar higienista sobre os sentidos da amamentação faz com que médicos e o Estado empreguem grandes esforços na orientação com finalidade a incentivar o AM. Tais esforços podem ser compreendidos como parte de um movimento que Foucault (2014) chamou de “poder sobre a vida”, iniciado no século XVII na Europa, com a generalização dos problemas de ordem populacional (epidemias, condições de moradia e higiene) que necessitavam de novos saberes (como as amas de leite e as condições de aleitamento dos bebês) que deram origem ao que chamou de “aparelhos de poder que permitem não somente a observação, mas a intervenção direta e a manipulação de tudo”.

Em seus textos, Foucault aciona vários conceitos e noções que remetem a uma compreensão crítica das relações de poder e das práticas discursivas e não-discursivas que as sustentam, possibilitando-nos entender a história e as sociedades em termos de relações, tensões e conflitos. No que se referem aos discursos, a amamentação é detentora de uma posição hegemônica na posição discursiva, um discurso científico, biomédico cuja centralidade raramente menciona os problemas pelos quais as mulheres passam ao longo do processo, desconsiderando-se as condições sociais, familiares e econômicas.

Os processos de subjetivação (de formação dos sujeitos) resultam de relações de poder, em uma perspectiva de ação que não age diretamente e imediatamente sobre os outros, mas uma ação que age sobre ações (FOUCAULT, 2013 p. 288). Para Foucault o poder não existe em si, estando sempre em relação, de maneira que todos os atores envolvidos nas relações de poder nela agem e são por ela afetados (FOUCAULT, 2013 p. 274).

Para Foucault (2014a) a subjetividade está estreitamente relacionada às relações de poder, de forma que este não atua apenas oprimindo ou dominando as subjetividades, mas, principalmente, participando do seu processo de construção. Foucault entendia que o poder é uma força inserida na sociedade, considerando que somos regidos por lei, a fim de sermos disciplinados. Ao definir o poder como uma verdade estabelecida nos discursos que legitimam o seu poder e os que são hostilizados. Tais discursos de verdade não são aferidos por meio de comportamentos, linguagens e valores de maneira a refletirem as relações de poder, podendo ou não, aprisionar indivíduos (BORDIN, 2014).

Nesta perspectiva, a noção de corpo como instrumento de controle social é descrita por Foucault como corpo dócil, uma vez que ao serem vigiados sofrem o poder exercido pela sociedade, difundindo-se nas leis ou no Estado (FOUCAULT, 2014a). Para Pogrebinschi (2004) essa expressão de poder, o biopoder, apresenta-se como uma adaptação do poder disciplinar, aplicando-se não apenas sobre os corpos das pessoas, mas sobre suas vidas.

Portanto, o poder disciplinar e o biopoder coexistem, enquanto o primeiro individualiza o segundo massifica, direcionando-se a população fazendo-se perceber nos processos de nossa vida, como por exemplo, nascimentos, mortes, doenças expressados por taxas de natalidade, de mortalidade e de longevidade. Para Pogrebinschi (2004), com reguladores específicos, o biopoder é responsável pela regulamentação com o objetivo de promover a vida e prevenir a morte.

Assim, deixamos de lado a ideia de uma natureza humana, apontando para uma subjetividade essencialmente fabricada, modelada, recebida e consumida da amamentação quando, enquanto profissionais de saúde, desferimos orientações sobre os benefícios da amamentação, porém não ofertamos qualquer espaço para apoiar e compreender a puérpera em seu contexto histórico social.

Para Brecailo e Tamanini (2016) a amamentação é a alimentação para crianças fornecida pelo corpo da mãe, envolvendo as subjetividades, as práticas e os arranjos

necessários. Destarte, envolve as dificuldades à sua execução e a importância que é atribuída para essa prática, por parte da mulher, por parte da sociedade e por parte dos profissionais de saúde. Nesse ponto os profissionais de saúde devem compreender as complexas dimensões que envolvem o ato de amamentar.

A concepção de sujeito trazida por Foucault (2004) permeia a história das instituições disciplinares que surgiram na modernidade e pensam-no a partir de formas de discurso e das relações de poder, de maneira a postulá-lo como histórico, produzido na sua própria história e pelas histórias que o permeiam através do que chama de “história da verdade”. Foucault (2004), também descreve a ética do cuidado como prática da liberdade, afirmando que o sujeito se modifica enquanto modos em determinados momentos, de maneira que o sujeito da Antiguidade é diferente do sujeito atual.

Haja vista que há uma polissemia de conceitos quando nos referimos ao cuidado, sendo este a principal prática do enfermeiro, as pluralidades e a dimensão sociocultural devem ser consideradas quando analisamos a assistência destes profissionais. Ao entender a enfermagem como ciência e arte, torna-se imprescindível analisar seus conceitos adotando achados das ciências da vida e das ciências humanas, em uma perspectiva das múltiplas possibilidades de abordagens dos problemas de saúde.

Foucault (2016) propõe uma nova forma de entender o conceito de poder, tratando-se da observação dos efeitos que o poder detém nos enunciados, como modifica e interfere no cuidado. Para Foucault o poder insurge com a ideia de que o Estado não é o órgão central e único, uma vez que se difunde nos outros setores da vida social, tendo experiência própria e formas superficiais. Considera o poder como um “feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado” (COSTA *et. al.*, 2008).

Frente o exposto, o poder proveniente do cuidado não é algo global e único, é uma prática social construída historicamente, criando-se e estabelecendo-se nas relações e formas de sentido, tornando-se visível e instrumentalizado, de forma sutil ou expressa na conformação das práticas de saúde. Estas relações de saber-poder, portanto, permeiam todos os espaços nos serviços de saúde, gerando relações assimétricas entre os diferentes atores envolvidos na busca por domínios de espaço, competições e conflitos (FOUCAULT, 2016).

Quando consideramos a existência de relações de poder e verificamos a ampliação dos diferentes componentes da equipe multiprofissional, em seus espaços de atuação e nas práticas assistenciais e gerenciais dos serviços de saúde, tomamos por resultado a possibilidade de novas tensões entre os profissionais desta equipe, principalmente entre médicos e enfermeiros (FOUCAULT, 2016) haja vista a centralidade médica construída historicamente devido o processo de cura do corpo biológico doente e as atuais práticas de saúde que tornaram a enfermagem destaque por seu trabalho na organização e implementação de processos assistenciais.

Ao considerar que o saber é uma forma de gerar o poder, Foucault sintetizou o binômio poder-saber, de maneira a aplicá-lo nas relações sociais e profissionais, legitimando-se por meio do discurso e estabelecendo-se como o sujeito que exerce o poder e aquele que se submete ou resiste a ele (FOUCAULT, 2014a). Deste modo, é o conhecimento que o sujeito detém sobre determinada situação e, que expressa em seu discurso, que determina sua posição nas relações estabelecidas.

Portanto, o poder não está fixo em sua estrutura, circula constantemente, assumindo uma posição privilegiada nas relações profissionais a depender daquele que possui o maior conhecimento, sendo assim, o maior poder (FOUCAULT, 2014a).

As práticas de saúde em amamentação, que envolvem as consultas de pré-natal e puerpério no contexto da AB e de parto no âmbito hospitalar, indicam o desenvolvimento de um conjunto de ações sobre o corpo, a saúde, as formas de viver, condição em que se criam práticas nas quais os aspectos biológicos dos indivíduos passam a ser alvo dos gestores, de maneira a gerenciar não apenas os indivíduos, mas a população em seu coletivo (FOUCAULT, 2014a).

Esse entendimento do corpo como aspecto útil ao redor do qual se organizam os dispositivos para assegurar sua utilidade como estratégia de gestão conceitua a medicina moderna como gestão de biopolítica (FOUCAULT, 2011). Trata-se de um processo de “estatização do indivíduo”, operando intensamente pelas normas de saúde impostas, transformando os hábitos e as condutas dos usuários e dos profissionais de saúde.

A biopolítica “tende a tratar a população como um conjunto de seres vivos e coexistentes que apresentam características biológicas e patológicas específicas” (FOUCAULT, 2008, pag. 494). Trata-se da forma com que a ciência passa a operar em toda a população, procurando produzir uma identidade sanitária, política de

preservação da vida que conta com apoio do Estado e de organizações não-governamentais.

No tocante da amamentação, a biopolítica controla uma dimensão coletiva, consistindo em uma estratégia de gerenciamento da vida em favor de um bem estar social, ou seja, sabendo-se dos benefícios da amamentação para a criança, para a mulher, para a sociedade e para o ambiente, a biopolítica faz com que os sujeitos tenham uma vida mais longa, sendo mais produtivos para a sociedade. Nesta concepção, o corpo passou a ser considerado em seu aspecto útil, de maneira que se organizaram dispositivos para assegurar tal utilidade (FOUCAULT, 2011).

É por meio dos conceitos evidenciados nos estudos foucaultianos sobre poder disciplinar, biopoder e a produção das subjetivações do cuidado e governalidade que se analisou os discursos dos profissionais de saúde neste estudo.

Tal perspectiva permitiu a adoção de conceitos das obras de Michael Foucault para análise dos discursos dos enfermeiros e gestores da AB, uma vez que permite perceber o que se desenrola ao redor das práticas de amamentação, em uma tentativa de descobrir quais são os problemas específicos que interferem nas ações de saúde e quais são determinados por questões específicas de um serviço/ profissional/ município.

2.4.1 A importância do discurso para análise das relações de poder

Foucault (2014) entende o discurso como produção de verdade, sendo a maneira com que falamos uma forma de demonstrar nosso posicionamento (FERREIRA e TRAVERSINI, 2013). Portanto, permite-se o entendimento dos limites, as condições de existência e as relações entre as pessoas. Destarte, o discurso contextualiza a situação vivenciada, envolvendo a maneira com que acontece com as “propriedades singulares e papéis pré-estabelecidos” (FOUCAULT, 2014a).

As relações entre as mulheres grávidas ou puérperas, enfermeiros e Estado, por meio das políticas públicas de saúde são permeadas por disputas de poder, defendidas por um discurso de bem estar e vida saudável provido por serviços de qualidade. Nessa perspectiva, Foucault destaca que as pessoas são “seres pensantes” e que suas ideias, também influenciadas pela política, economia e história de um país são condicionados por relações de poder.

Frente todo exposto, todos os indivíduos exercem poder, que está intrínseco no governo e em cada um de nós, de maneira a determinar nossas ações. O poder público pode ser entendido como aquele escolhido pela população para defender suas ideais, concretizando-se no papel do Estado, que coordena as ações individuais. Esse poder encontra-se sempre associado a alguma forma de saber, justificando que o detentor do conhecimento viabiliza práticas autoritárias de segregação, de gestão dos corpos e dos desejos.

Nesta perspectiva o biopoder, transgressor das barreiras de um poder disciplinar, relaciona-se ao entendimento de um corpo coletivo, traduzindo-se na busca pela preservação da vida, do poder de fazer alguém viver ou deixar alguém morrer (MACHADO, 2009).

Por conseguinte, a biopolítica tem como objeto a população humana e os fenômenos naturais a ela subjacentes, regulando as taxas de natalidade, as epidemias e a longevidade dos sujeitos, massificando-os a partir de sua realidade biológica fundamental (FOUCAULT, 2010).

Enquanto representantes desta biopolítica, os serviços de saúde destinam suas ações para grupos específicos e, no que se refere ao cuidado do binômio mãe-bebê e amamentação, organizam-se ações gerais, focadas no incentivo do aleitamento materno exclusivo, no cuidado com a criança e na sobrevivência desta população.

As ações pensadas por profissionais de saúde, pautadas em políticas nacionais e municipais, entendem a população como um grupo homogêneo, sendo este, talvez, o grande problema na realização de ações pró-amamentação: a assujeitação dos indivíduos, do conhecimento a eles atribuído, das especificidades e a tentativa de ditar à mulher os passos seguros para alimentação de seu bebê, impedindo-a de construir suas escolhas de maneira autônoma e compartilhando conhecimentos para que elas possam optar pelo que consideramos ser o mais nutritivo e natural alimento do recém-nascido: o leite materno.

2.4.2 As relações de poder nos serviços de saúde

Os serviços de saúde, exercendo o poder que lhe é atribuído com a justificativa de poder proporcionar saúde, conceituam o cuidado pela ótica dos profissionais, trabalhando de acordo com o nível de complexidade em que estão inseridos, de

maneira a oferecer para comunidade prescrições sobre hábitos de vida saudáveis e comportamentos adequados.

Estes serviços disseminam as políticas públicas que norteiam as estratégias de biopolíticas construídas em prol da vida saudável da mulher e de seu bebê, almejando diminuição do desmame precoce e aumento da qualidade de vida desta população.

Desta maneira, a biopolítica delimita a gestão da saúde, demonstrando o que a sociedade entende como correto e reforçando a necessidade do Estado oferecer respostas para cada dificuldade enfrentada pela comunidade. O gerenciamento da vida proporciona que as condições entendidas como barreiras para atenção à saúde sejam minimizadas, tanto no que se refere ao acesso quanto à resolutividade das ações. Haja vista que para efetividade das ações pró-amamentação pensa-se na construção de uma rede de apoio à mulher, repensa-se a organização dos serviços, buscando-se modelos de baixo custo e grande impacto para implementação.

Ao conceituarmos poder e o relacionarmos com o empoderamento de um conhecimento dominante torna-se possível a identificação de barreiras para as atividades da AB.

Na visão foucaultiana há uma desconstrução do poder exercido por apenas um polo, empregando-se a conceituação de uma cadeia de submissões, que pode ser observada na relação entre enfermeiro–binômio mãe-bebê; médico-enfermeiro; políticas públicas/Estado–serviços de saúde e, inclusive entre os níveis de complexidade da atenção: hospital–UBS.

É nessa perspectiva que correlacionamos a maneira pela qual o saber-poder exerce um resultado positivo nas relações, ao expressar “micropoderes” desse saber-poder. Entretanto, as relações de poder, evidentes na AB, podem ser geradoras de conflito, em virtude da diversidade de opiniões e de posturas, tentativas de dominação de categorias profissionais e a centralização não instituída das decisões nos serviços. Além disso, a responsabilização de parte da equipe sobre o sucesso das ações de amamentação age negativamente na identificação de toda equipe como corresponsável no cuidado do binômio mãe-bebê, aumentando a pressão sobre alguns profissionais em detrimento à assistência que preconiza um cuidado multiprofissional e compartilhado.

2.5 ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO

A pesquisa sobre sistemas de saúde, incluindo a pesquisa sobre a implementação de políticas, é imprescindível para que se forme uma base capaz de contribuir para adoção de decisões específicas em cada contexto, materializando na prática os pressupostos teóricos. É relativamente nova, objetivando responder às especificidades do assunto analisado (PETERS *et al.*, 2013).

Os focos das políticas são, frequentemente, as estratégias necessárias para realizar e implementar novas intervenções, chamadas de estratégias de implementação, termo usado para distingui-las das intervenções clínicas e de saúde pública. Estudar os processos de implementação permite a análise de resultados com base em variáveis como aceitabilidade, adequação e viabilidade, colaborando para verificação da efetividade das ações (PETERS *et al.*, 2013).

A pesquisa sobre a implementação de políticas pode ser particularmente valiosa para identificar e descrever obstáculos ao acesso. Onde há obstáculos, pesquisadores e gestores de programas podem desempenhar um papel importante na mudança da abordagem utilizada para informar as comunidades sobre os serviços disponíveis (BROWNSON, COLDITZ e PROCTOR, 2012).

Ao entendermos a implementação como uma medida para determinada intervenção (política, programa, serviços ou ações) há necessidade de análise de um contexto em que o objeto de estudo se produz. Desta forma, investigar algo com a finalidade de melhora proveniente de uma implementação implica em compreender os aspectos de natureza técnica, ética, estrutural ou política relacionados com o êxito, aceitação para analisar os 'porquês' e o 'como' as recomendações estão sendo adaptadas para a realidade local ou como inadequações da norma geram resistências pessoais ou organizacionais, comprometendo o grau de efetividade de uma intervenção (PAULA *et al.*, 2014).

Destarte, esta modalidade de pesquisa descreve o estudo dos processos usados para implementar iniciativas e os fatores contextuais que afetam esses processos permitindo a identificação de fortalezas e barreiras, neste estudo para que as ações pró-amamentação sejam efetivas no município estudado. Portanto, propicia a análise dos fatores de impacto, dos processos e dos resultados da implementação, que podem anteceder a intervenção cujo desenho feito com os gestores como

pesquisadores e avaliadores qualificados, é parte do processo de avaliação de implementação.

A abordagem denominada de IPIER (*Improving Programme Implementation through Embedded Research*) é uma iniciativa adotada com o propósito de apoiar melhorias na execução de um programa ou política de saúde por meio de investigações integradas com gestores e envolvidos na execução das ações, com objetivo de identificar e eliminar barreiras na implementação de programas no momento em que se planeja o seu desenho (PAULA *et al*, 2017).

Para alcance dos objetivos entende-se a importância de compreender como os serviços de AB estão organizados e da aplicação de saberes coletivos sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.

A abordagem desta pesquisa no município de Jaguariúna, com descrição e reflexão acerca das rotinas de profissionais de saúde sobre ações pró-amamentação, propõe algumas dimensões de análise: estrutura física com aspectos descritivos e contextualizadores; as configurações municipais; os processos de trabalho observados e; as habilidades dos profissionais que lidam com o binômio mãe-bebê.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos enfermeiros de AB e dos gestores da cidade de Jaguariúna quanto aos fatores que influem na implementação de ações pró-amamentação.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Descrever o **contexto dos serviços da AB em** relação à capacidade de implementação das ações pró-amamentação;
- 3.2.2 Identificar **fatores que influem como fortalezas ou como barreiras** na implementação de ações pró-amamentação junto aos gestores e profissionais de saúde;

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo cujo objetivo é compreender como os enfermeiros e os gestores da AB percebem as ações pró-amamentação no município, identificando as fortalezas e as barreiras que influem na prática destes profissionais em relação à promoção, proteção e apoio à amamentação.

4.1.1 Pesquisa Qualitativa

As pesquisas qualitativas se ocupam de um nível de realidade tratado por meio da história, da biografia, das relações, do universo dos significados, dos motivos e aspirações, das crenças, das atitudes e dos valores, de maneira a exigir técnicas variadas para um tipo de trabalho empírico (MINAYO, 2013). Essa observação analisada das vivências, do senso comum e da ação social permitem que a pesquisa qualitativa utilize os verbos compreender e interpretar que, para Minayo (2012), considera a subjetividade ao centro do debate científico-metodológico.

A subjetividade do pesquisador e do pesquisado enquanto discussão metodológica possibilita o entendimento das experiências individuais, das ações que realiza. Para Foucault (2010) o trabalho de pesquisa é uma tentativa de mudança concomitante do próprio indivíduo e do que ele pensa. Destarte, a vivência é o produto da reflexão pessoal e coletiva sobre a experiência. Para Deleuze (1987 p. 43) “cada sujeito exprime um mundo absolutamente diferente e, sem dúvida, o mundo expresso não existe fora do sujeito que exprime”, sendo variável e dependente do momento histórico que se apresenta.

Dada a natureza do objeto se voltar para a produção subjetiva de profissionais de saúde na experiência concreta com os serviços de AB do município de Jaguariúna, o estudo se orientou, conforme já aludido, pela abordagem qualitativa, possibilitando a real compreensão do significado e da intencionalidade que permeia a sociedade, como os atos, as relações e as estruturas sociais humanas (MINAYO, 2013). Nessa perspectiva, a mesma autora entende que, o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida

pelos seus atores, desvelando a vivência dos indivíduos em seus contextos histórico, social e econômico.

De acordo com Minayo (2013) o tratamento de dados qualitativos se resume em descrição, análise e interpretação, sendo estabelecido um traçado sistemático de busca de relação entre os sentidos das falas e das ações, possibilitando a compreensão ou a explicação para além do que é descrito e analisado.

Para Ramos, *et al* (2007) a contribuição foucaultiana se destaca a partir dos anos 90, quando novas linhas de investigação e abordagens metodológicas qualitativas recebem aportes das ciências humanas e sociais, privilegiando objetos voltados para a "compreensão de si", propondo a problematização, a invenção e a suspeição a partir de cada contexto em que se encontra o objeto de pesquisa (KRUSE, 2013).

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Para realização desse estudo foram identificados informantes chave do sistema municipal de saúde de Jaguariúna, representantes da gestão da AB e, também, da categoria de enfermeira (os). Foram entrevistados três profissionais da equipe de gestão e 12 enfermeiros da AB do município.

A equipe gestora é composta de quatro profissionais, todos enfermeiros. Todos os gestores foram convidados para participar deste estudo, no entanto, por motivo de férias e afastamento, um dos profissionais não foi incluso.

Na rede de AB do município, na época composta de nove UBS, há um enfermeiro para cada serviço, portanto, um profissional em cada unidade. Há três UBS que funcionam em horários diferenciados das demais, nas quais atuam enfermeiros de outras equipes e outros três profissionais que assistem a comunidade durante o período noturno. O total dos doze enfermeiros da AB aceitaram participar neste estudo.

O tempo de experiência profissional das três gestoras variou de 15 a 32 anos, sendo o período de exercício no cargo na gestão municipal de 7 a 20 anos. O tempo de formação era de: 32, 20 e 15 anos e a idade média de 44 anos (Quadro 1).

Quanto à responsabilidade por área de gestão as entrevistadas trabalhavam na vigilância epidemiológica, no planejamento da saúde e na gestão de projetos do município.

Quadro 1: Caracterização dos gestores municipais entrevistados no estudo. Jaguariúna, SP, Brasil, 2020.

Caracterização dos participantes - gestores			
Caraterísticas	Gestor 1	Gestor 2	Gestor 3
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	41	37	55
Tempo de graduação (anos)	20	15	32
Tempo no cargo	16	7	20
Local de trabalho	Gestão de projetos	Planejamento	Vigilância epidemiológica e sanitária

Em relação aos enfermeiros da AB o tempo de experiência profissional no município variava de um mês a 20 anos na data de resposta. Todos atuavam na linha de frente nas UBS que funcionam das 7h às 16h. Três unidades realizavam atividades em período estendido (das 16h às 20h), para fazer face a essa ampliação de expediente os enfermeiros da rede se revezavam para cobrir o horário e realizar as atividades de assistência.

Neste contexto, três profissionais atuam durante o dia em ambulatórios do município, porém realizam assistência neste período complementar, em rotinas similares às realizadas pelas equipes de referência da UBS, portanto, também prestam cuidado e assistência ao binômio mãe-bebê.

A maioria dos enfermeiros entrevistados era do sexo feminino, nove enfermeiras e três enfermeiros. A faixa etária que compreende a maior quantidade de profissionais (50%) foi a de 41 a 50 anos. 91% dos enfermeiros apresentavam título de especialista e mais de 60% atuam na AB do município entre 4 e 16 anos, o que caracteriza um grupo com predominância de profissionais experientes e que podem contribuir plenamente com suas percepções para este estudo. Deste modo, o fato de 75% prestarem assistência direta ao binômio mãe-bebe qualifica ainda mais suas contribuições (Quadro 2).

Quadro 2: Caracterização dos enfermeiros da AB entrevistados no estudo. Jaguariúna, SP, Brasil, 2020.

Caracterização dos participantes – enfermeiros da Atenção Básica			
Variáveis	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	9	75
	Masculino	3	25
Faixa etária	22 a 30 anos	3	25
	31 a 40 anos	1	8,3
	41 a 50 anos	6	50
	>51 anos	2	16,7
Grau de instrução	Graduado	1	8,3
	Especialista	11	91,7
Tempo de atuação profissional no município	>1 ano	2	16,7
	1 a 3 anos	2	16,7
	4 a 8 anos	2	16,7
	9 a 15 anos	5	41,7
	>16 anos	1	8,3
Tamanho território	> 1000 habitantes	1	8,3
	1000 a 3000 habitantes	4	33,3
	3001 a 8000 habitantes	5	41,7
	8001 a 15000 habitantes	1	8,3
	> 15000	1	8,3
Cuidado com o binômio mãe-bebê	Direto	9	75
	Indireto	3	25

Distribuição dos sujeitos (n=12) de acordo com suas variáveis sócio-demográfico-ocupacionais

4.3 COLETA DE DADOS

Iniciou-se a coleta de dados em fevereiro de 2020, com término em abril do mesmo ano. Foram utilizados um roteiro de entrevista semiestruturada (ANEXO A) e um *web* questionário (ANEXO B). O projeto inicial deste estudo previa a realização de atividades presenciais, de maneira que gestores e profissionais seriam convidados a participar de grupos focais. No entanto, com o agravamento da pandemia de coronavírus e, com base nas recomendações nacionais e internacionais que aconselham atividades à distância e distanciamento social (BRASIL, 2020; OPAS, 2020) foi necessário adaptar as estratégias de coleta de dados, realizando entrevistas presenciais e individuais com os gestores e o preenchimento não presencial de questionários com os enfermeiros.

Os quatro gestores foram convidados a participar do estudo, porém após duas tentativas de agendamento e posterior afastamento de um dos profissionais realizou-

se entrevistas individuais com três representantes da gestão municipal, responsáveis pelos projetos, pelo planejamento e pelas vigilâncias (epidemiológica e sanitária). Como critérios para participação neste grupo de análise era necessário que o profissional fosse diretor ou gestor municipal. Seriam excluídos os profissionais que não aceitassem participar.

As entrevistas individuais seguiram um roteiro semiestruturado (ANEXO A), conduzidas pelo pesquisador, realizando-se gravação do conteúdo para posterior transcrição e categorização. Utilizou-se um aparelho celular com aplicativo para gravação e memorização dos discursos acerca das características profissionais e da percepção de cada gestor sobre as ações pró-amamentação no município. Utilizou-se um diário de campo, para registros de expressões não verbais, que pudessem facilitar o entendimento dos relatos.

Os profissionais de enfermagem que atuam na AB do município responderam *web* questionários que viabilizaram a coleta de dados em contexto de isolamento e distanciamento social imposto pela pandemia da COVID-19 (BRASIL, 2020). Essa forma de coleta foi pactuada como a maneira mais viável para que os profissionais de linha de frente, já tão sobrecarregados, pudessem participar do estudo. Foram realizados convites para participação no estudo por telefone, momento em que os critérios de exclusão foram aplicados: profissionais não enfermeiros da AB ou que não se candidatassem voluntariamente não receberiam os questionários *online*.

Foram enviados os convites com o *link* para os doze enfermeiros que atuam na AB, de maneira que todos preencheram o estudo após aceite do TCLE. Ao aceitar o TCLE e terminar o preenchimento do instrumento, automaticamente é acionada uma resposta automática de preenchimento para o pesquisador responsável, permitindo a tabulação do dado.

Os formulários do *Google forms®*, ficaram dispostos por data de preenchimento, sendo possível identificar os profissionais que responderam o questionário, suas respostas e, conseqüentemente, os territórios que realizam assistência. O mesmo programa possui comandos que permitem ou interrompem a continuidade de acesso ao formulário, contribuindo para delimitar o preenchimento de acordo com os critérios de inclusão: apenas era possível continuar a preencher as questões caso o profissional fosse enfermeiro, concordasse com o TCLE, trabalhasse na AB do município e realizasse cuidado ao binômio mãe-bebê.

Anteriormente à realização das entrevistas e do envio dos questionários os dois instrumentos foram testados, com a finalidade de realizar ajustes. A realização de um pré-teste com dois profissionais distintos que não atuam no município, permitiu a identificação de possíveis interferências nas questões que outrora continham mais de uma indagação, sendo necessário desmembrá-las em mais de uma questão.

A realização do pré-teste do instrumento de aferição adaptado é uma etapa essencial, pois permite ao pesquisador avaliar a adequação do tipo de coleta de dados, identificar a necessidade de revisões e estimar a confiabilidade e a validade do instrumento (WALTZ, STRICKLAND, LENZ, 2010). Portanto, os sujeitos participantes da realização de um teste piloto, momento em que se realizam discussões, permitem a construção de um instrumento que delimita objetos e contribui com a pesquisa, de maneira a desenhar todo um contexto que se aproxima da situação discursiva de coleta de dados.

4.3.1 Entrevistas Individuais Semiestruturadas

De acordo com Lima (2016) as técnicas qualitativas podem ser utilizadas para coletar dados tanto sobre interações cotidianas quanto sobre processos sociais de reconstrução histórica. A entrevista é uma conversa que pode ser mais ou menos sistemática, cujo objetivo é obter, recuperar e registrar as experiências de vida guardadas na memória das pessoas.

Na coleta de dados, a entrevista é considerada a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo, permitindo a coleta de dados objetivos e subjetivos. Para Minayo (2011) trata-se de uma metodologia de coleta de dados amplamente empregada nas pesquisas qualitativas, haja vista a possibilidade de inter-relação, as experiências cotidianas e a linguagem do senso comum no momento da entrevista, condições indispensáveis para o êxito da pesquisa.

A entrevista semiestruturada segue um roteiro pré-estabelecido pelo pesquisador, direcionando as questões que considera imprescindíveis para o alcance dos objetivos do estudo, assegurando que as temáticas serão abordadas durante o processo de pesquisa. Portanto, trata-se de uma técnica que consiste em gerar e manter conversações com pessoas consideradas chaves no processo de investigação, sendo um recurso comumente utilizado por pesquisadores, uma vez que é possível construir histórias de vida, captar experiências, valores, opiniões,

aspirações e motivações dos entrevistados, escolhidos segundo os critérios e interesses do tema investigado (LIMA, 2016).

Durante este estudo foram realizadas entrevistas com três gestores municipais, responsáveis pela organização da AB do município. Realizou-se o convite para quatro gestores do município, no entanto realizamos três entrevistas, uma vez que o quarto profissional se afastou do trabalho no período do estudo. Desta maneira, o desenho parcial deste trabalho baseia-se na coleta de dados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado junto aos gestores municipais de saúde. O roteiro continha cinco perguntas norteadoras, com a seguinte questão principal “*Há alguma estratégia de proteção à amamentação e alimentação saudável das crianças menores de dois anos no município?*” (ANEXO A). Foram questionados, também, sobre estratégias que considerariam efetivas para amamentação e o reconhecimento dos indicadores de aleitamento materno do município.

O critério de escolha dos participantes baseou-se neste ser integrante da equipe de gestão de saúde municipal atuante na Atenção Básica. Em contato prévio, realizado por telefone, foram agendadas as entrevistas nas datas indicadas como adequadas para os participantes.

4.3.2 Web Questionários

Os avanços tecnológicos estão modificando a formação e os cenários profissionais, sendo valorizados uma vez que produzem informações de qualidade e otimizam o tempo do profissional (APOSTOLICO e EGRY, 2013). O uso da informática no meio acadêmico e profissional avança de maneira importante nos últimos anos, modificando as relações de trabalho e produzindo materiais frente a necessidade de distanciamento social.

No que se refere a produção de saberes em saúde, a tecnologia não exclui a importância de uma postura profissional ética, sendo exigido o mesmo rigor para obtenção de dados de pesquisa. Sobre a produção de enfermagem, Apostólico e Egrý (2013) destacam que a pesquisa científica sobre as ferramentas digitais e sua aplicabilidade ainda é bastante escassa.

A escolha do questionário *online* como instrumento de coleta de dados se justifica pela condição sanitária do Brasil neste momento, além das vantagens como acesso em qualquer período do dia, flexibilidade para interrupção da pesquisa com

posterior retomada pelo agente pesquisado, pouco tempo destinado ao preenchimento das questões e baixo custo. Após o início e agravamento da pandemia do novo coronavírus e o decreto de isolamento social, exigindo novas estratégias de coleta de dados frente às recomendações mundiais de distanciamento social como fator determinante para prevenção da COVID-19, o web questionário tornou-se uma importante estratégia para o alcance dos objetivos deste estudo.

O uso de ferramentas digitais e da internet na literatura científica tem se expandido no que se refere às pesquisas documentais, porém poucos estudos utilizam tais ferramentas para obtenção de dados de fontes primárias como entrevistas e questionários sendo, de maneira geral, empregados apenas por algumas pesquisas sobre validação de instrumentos (APOSTOLICO e EGRY, 2013).

Para Omote, Prado e Carrara (2005) o uso do meio digital para coleta de dados minimiza os erros de preenchimento, transcrição e tabulação dos dados, tornando a coleta altamente viável. Entretanto, é necessário considerar a diversidade dos sujeitos pesquisados para realização de instrumentos adequados para compreensão.

A escolha pela elaboração do questionário pelo *Google Documents Forms* justifica-se por: possibilidade de acesso em qualquer local e horário; agilidade na coleta de dados; facilidade na análise dos resultados e; facilidade de uso. Ademais seu uso facilita o processo de pesquisa neste momento, uma vez que permite o envio do questionário por *email*, realiza um aviso de recebimento do documento (tanto quando o mesmo é respondido por um dos participantes como quando o formulário fica sem resposta por mais de uma semana), gera respostas automáticas ao pesquisador responsável (organizadas nos formulários, em gráficos e em planilhas) e, proporciona resultados práticos e organizados do material coletado.

Com o objetivo de compreender as experiências dos enfermeiros da AB do município e, considerando a atual situação epidemiológica, realizamos a coleta de dados via *Google forms®*, potencializando a participação dos enfermeiros. Para a coleta de dados, criou-se um formulário *online* individualizado, com duas dimensões: 1) Dados de caracterização sociodemográfica e profissional e 2) Prática profissional (ANEXO B).

Os roteiros iniciais deste trabalho foram mantidos, no entanto, as perguntas que complementavam questionamentos relacionados aos objetivos deste trabalho e que se concentravam em uma mesma questão disparadora foram numeradas separadamente para facilitar a compreensão do participante.

É importante destacar que anteriormente à aplicação das entrevistas aos gestores e aos enfermeiros dos serviços de AB do município foi realizado um pré-teste para validar o entendimento sobre cada questão, permitindo os ajustes necessários para adequá-las à compreensão dos sujeitos participantes, evitando perguntas ambíguas e repetidas.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Minayo (2013), uma pesquisa passa por três fases: **fase exploratória**, em que se delimita o problema de investigação; **fase de coleta de dados**, na qual se recolhem informações que podem responder o problema e **fase de análise de dados**, momento de tratamento de dados por inferências e por interpretações dos dados coletados.

A análise de conteúdo categorial temática é organizada a partir das palavras, expressões e frases identificadas nos conteúdos manifestos e nos conteúdos latentes, trabalhadas desde as etapas de pré-análise, de exploração dos dados e da interpretação com confrontações horizontais, verticais e transversais (Apêndice 1). Para Minayo (2013):

A análise categorial temática funciona em etapas, por operações de desmembramento de excertos do texto em forma de unidades de registro e em seguida identifica as categorias que reúnem essas unidades de registro para reagrupamento analítico posterior, e comporta dois momentos: o inventário ou isolamento dos elementos e a classificação ou organização das mensagens a partir dos elementos repartidos.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011, p.47). De acordo com Bardin (2011), a pré-análise inicia-se pela leitura flutuante, condição para que o pesquisador conheça e desenvolva familiaridade com o material.

A escolha da **análise categorial temática** para análise dos roteiros das entrevistas e dos *web* questionários, pressupõe o que Minayo (2013) denomina de descoberta dos **núcleos de sentido contidos nas comunicações** estudadas, com **objetivo analítico de perceber frequência ou significância de sua ocorrência**. Desta maneira, por etapas de desmembramento de um texto (no caso deste estudo

das transcrições de entrevistas ou da análise de *web* questionários) em unidades e em categorias, para que sejam posteriormente reagrupadas de maneira analítica (Quadro 3) (MINAYO, 2013).

Quadro 3: Codificação das categorias. Jaguariúna, SP, Brasil, 2020.

Núcleos de sentido - Achados de acordo com o roteiro			
Codificação: Pergunta ou questão (P-1 a 10)			
Temas	Localização no roteiro dos gestores	Localização no roteiro dos enfermeiros	Codificação das categorias
Envolvimento no atendimento do binômio	(P1)	(P1), (P2), (P3)	Contexto da AB – C2
Desejo da mulher em amamentar	(P5), (P7)	(P4)	Desejo de amamentar - C1
Percepção de mudança no desejo de amamentar no período grávido-puerperal		(P5)	Desejo de amamentar - C1
Atividades pró-amamentação	(P4), (P5), (P6)	(P9), (P13)	Contexto da AB – C2
Aumento na qualidade da assistência ao binômio	(P7)	(P6)	Contexto da AB – C2
Envolvimento dos profissionais de saúde	(P5), (P6), (P7)	(P7), (P8), (P10)	Contexto da AB – C2
Estratégias efetivas	(P4), (P5), (P6), (P7)	(P9), (P13)	Estratégias de Implementação – C4
Dificuldades para implementação da política de amamentação	(P2), (P3), (P4)	(P9), (P12)	Barreiras de implementação – C3
Dificuldades para mulher amamentar	(P4), (P6), (P7)	(P5), (P4)	Barreiras de implementação – C3
Papel do enfermeiro nas ações pró-amamentação	(P4), (P5), (P6)	(P11), (P2)	Contexto da AB – C2

Legenda: (P- Pergunta) - identificação da questão no roteiro
(C- Categoria) – identificação da categoria

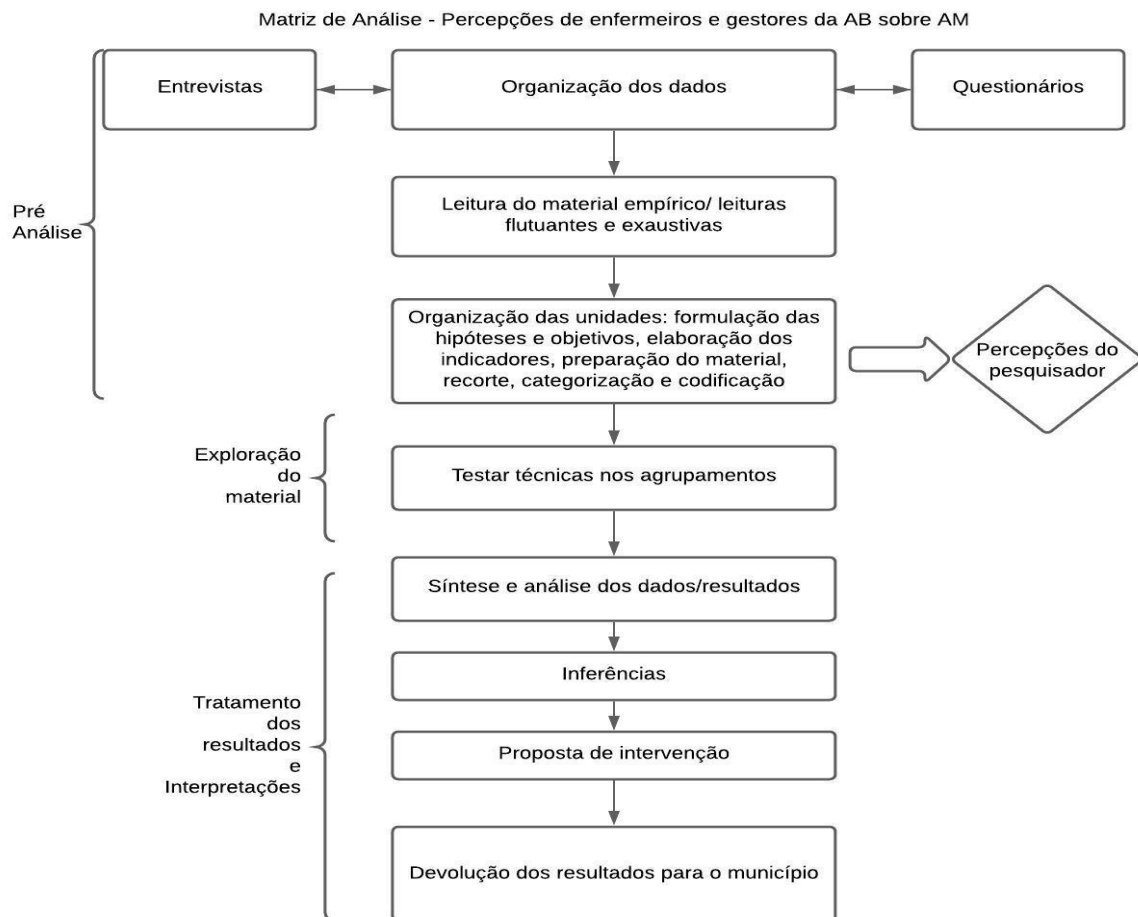
Segundo Minayo (2015) procurou-se distribuir trechos de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial; realizar uma leitura dialogando com as partes dos textos de análise em cada classe; identificar os núcleos de sentido através de inferências; realizar o diálogo dos núcleos de sentido com os pressupostos iniciais; analisar os diferentes núcleos de sentido nas várias classes do esquema de classificação com finalidade de buscar as temáticas/eixos temáticos; reagrupar os trechos encontrados; elaborar uma redação para cada tema articulando-os com os conceitos teóricos analisados. A escolha das categorias temáticas foi definida a partir de sucessivas leituras do material empírico e da identificação e seleção de isotopias que foram agrupadas em quadro demonstrativo para leitura transversal e identificação de sentidos (APÊNDICE 2).

Neste estudo representam as categorias analíticas: *Percepções sobre o Contexto da AB; Barreiras estruturais, organizacionais e sociais para implementação*

de ações pró-amamentação e; *Percepções sobre estratégias para implementação de ações pró-amamentação.*

Já a categoria empírica representa os resultados provenientes da pré-análise e da formação das categorias temáticas relacionadas às falas dos entrevistados. Neste estudo caracteriza a categoria *Barreiras identificadas pelos enfermeiros no cuidado do binômio mãe-bebê.* Identificou-se trechos *relevantes* e suas unidades de contexto e, os *significados* às unidades de análise. A matriz de análise da Figura 1 descreve os passos para análise dos dados (Figura 1).

Figura 1: Matriz de Análise - Percepções dos enfermeiros e gestores da AB sobre AM



Elaboração e adaptação própria - Jaguariúna, SP, Brasil, 2020.

4.4.1 Aspectos Éticos

A participação no presente estudo foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE (ANEXO C) foi assinado pelos gestores e enfermeiros após o esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa e da

garantia de sigilo das informações obtidas e acesso aos resultados de pesquisa. Cabe ressaltar que para preenchimento do questionário *online* o aceite ao TCLE era pré-requisito para continuidade do preenchimento do instrumento (ANEXO D).

O projeto para realização deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde CEPIS-SP (ANEXO E e ANEXO F).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERCEPÇÕES SOBRE O CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

A importância desta categoria deve-se ao entendimento de que o envolvimento dos profissionais de AB com a assistência ao binômio mãe-bebê, a preocupação com a qualidade do cuidado oferecido a esta população, o espaço para promoção de saúde e, portanto, para realização de ações pró-amamentação e a inserção do enfermeiro como coordenador do cuidado são características dos serviços de AB, de maneira que ao fundamentar-se em uma concepção problematizadora e libertadora, concebe o usuário como um ser histórico e social, consciente de seu papel transformador.

Para Freire (2009) não se trata de uma transmissão de conhecimento, mas de uma conexão capaz de criar possibilidades e desenvolver criticidade, neste caso tornando a gestante e suas famílias participativas, autônomas e com posicionamento mais ativo.

O SUS surgiu do movimento da Reforma Sanitária, importante interlocutor no desenvolvimento de novos arranjos para saúde pública brasileira. Entre as mudanças, a inserção de diferentes grupos nos espaços de discussão sobre as políticas sociais permitiu, mais tarde, que o conceito de saúde definido na VII Conferência Nacional de Saúde fosse marco para o entendimento do ser humano em sua integralidade. Este novo e ampliado conceito de saúde é descrito por Campos, Barros e Castro (2004) como *“resultado dos modos de organização social da produção como efeito da composição de múltiplos fatores”*.

Nas respostas dos profissionais entrevistados foi possível identificar como eles percebiam as ações pró-amamentação. Sobre as estratégias para melhorar a assistência ao binômio mãe-bebê e sua efetividade os gestores referem:

“mas que ele [o vínculo] se perde no decorrer da gestação e isso eu acho que é extremamente ruim pra essa questão do aleitamento.” [G3]

“porque quando ela [grávida ou puérpera] precisa [de ajuda para amamentar] você não está à disposição, você não tá lá, a gente precisa tanto qualificar as equipes para este tema [amamentação] quanto realmente ter uma porta aberta de acolhimento pra essa mulher.” [G2]

“As consultas de enfermagem onde protocolarmente esse assunto [amamentação] é abordado.” [G1]

A última frase traz a expressão protocolarmente, que no momento da entrevista foi referida como “realização de uma atividade necessária, formalidade”, condição que pode impedir a realização de um cuidado com espaço para que a mulher seja escutada quanto suas reais dificuldades, medos e dúvidas.

Quando questionados sobre o que pensam das atuais ações pró-amamentação realizadas na AB os enfermeiros da rede referem:

“[é necessário a] Reorganização e modificação dos processos de trabalho e [elaboração de] protocolos de atendimento, discussões e implantações de linhas de cuidados a partir de reflexões e consensos de grupos condutores inter e multiprofissionais. Além de potencializar grupos de mães e gestantes para participarem de todo o processo” [Enf 7]

“[ações pró-amamentação] Pouco efetivas, já que trabalhamos de forma isolada sem estratégia e planejamento.” [Enf 7]

Durante a realização das análises e a observação de um cenário para além do que é conhecido, quando há inserção nas ações pró-amamentação da cidade é possível perceber o enfermeiro como um profissional multifunções, sendo esta uma queixa comum entre os profissionais da equipe, que perceberam necessidades e apontaram várias ações de caráter sistêmico que deveriam apoiar a implementação de ações pró-amamentação em equipe e, não apenas a realização de uma ação isolada de um único profissional.

Trata-se de uma realidade local em que se entende como função do enfermeiro não apenas as atividades gerenciais e assistenciais: informalmente é cobrado desta categoria profissional o sucesso das ações de promoção de saúde das unidades, de maneira que há um entendimento de que o sucesso na amamentação está relacionado à intencionalidade ou à proatividade dos enfermeiros.

“Elas ficam mais na intencionalidade do profissional que atua de trabalhar o tema só que uma política de saúde com o tema.” [G1]

“Porque naquela hora que você tá com dor, que o leite tá empedrado, que você tem mil motivos pra desistir. Se você tem alguém ali pra te ajudar você consegue.” [G2]

Ao se realizar leitura transversal das respostas de ambos os grupos de participantes, podemos perceber que a discussão entre eles e a visualização das percepções oportunizam mais do que o entendimento sobre o funcionamento dos

serviços, mas a necessidade de apoio, de capacitação e do direcionamento de protocolos assistenciais que levem em consideração as especificidades da cidade.

Referindo-se a protocolos como estratégias que podem melhorar a atenção ao binômio mãe-bebe uma enfermeira aponta a necessidade de:

“Fortalecimento e integração da equipe multiprofissional, todos os seguimentos devem seguir a mesma linha de trabalho”. [Enf 4]

Ainda se referindo a necessidade de ações pró-amamentação outro profissional aponta sua percepção sobre aspectos da capacitação e de pessoal:

“Penso que as ações são necessárias para continuidade do acompanhamento, porém, apresentamos dificuldades em colocar tais ações em prática como: Déficit de Recursos humanos, Apoio dos demais profissionais, Engajamento da Equipe, Falta de liderança, Desmotivação Profissional, Sobrecarga profissional ou multifuncionalidade, Falta de Capacitação de toda equipe.”[Enf 1]

A educação em saúde é uma intervenção efetiva e de baixo custo, considerada um componente da tecnologia leve de cuidado, uma das principais características da AB, capaz de transformar o cotidiano da mulher gestante e puerpera. De acordo com Merhy (1998) as ações de educação em saúde devem ser direcionadas pelos princípios de acesso, acolhimento, vínculo e escuta qualificada, de maneira a produzir momentos de cumplicidade, de responsabilização em torno de seu problema, de momentos de confiança e de esperança entre os profissionais da equipe e o usuário.

Tanto os gestores quanto os profissionais de saúde, enfermeiros do município, entendem as ações de educação em saúde e, neste caso em particular, enfatizam aquelas que são feitas ou entendem que devem ser feitas, no pré-natal, como importante ação pró-amamentação:

“Formação de grupos/oficinas de trabalho com temas relacionados.” [à assistência ao binômio]. [Enf 3]

“O grupo de gestantes seria uma estratégia”. [Enf 5]

“Formação de grupos de gestantes” [Enf 8]

“grupos para que possam trocar experiências”. [Enf 12]

“Consultas de enfermagem com orientações iniciais sobre amamentação, consulta puerperal, grupo de gestante.” [Enf 3]

“Existe um grupo de gestantes que acontece no hospital onde este tema também é abordado, mas também bem protocolarmente. Não é uma coisa

que traz também a questão prática, que traz troca de experiências, é como uma aula mesmo da importância do aleitamento materno.” [G1]

Apesar do reconhecimento tanto pelos profissionais da AB quanto pela equipe gestora, o grupo de gestantes do município acontecia em serviço hospitalar, condição contrária às ações de vínculo, acolhimento e cuidado longitudinal, características das UBS. Considerando que no município acontecem dois tipos de grupos educativos – prevenção do tabagismo e grupo de gestantes - o entendimento de sua localização em modelo hospitalar pode justificar não apenas a baixa adesão das gestantes encaminhadas, mas a dificuldade da AB em organizar suas ações com ótica mais humanizada e menos biomédica. O acontecimento do grupo de gestantes em ambiente hospitalar dificulta os atendimentos do pré-natal do homem, sendo as recomendações para AB que se realizem atendimentos em grupos de pré-natal, inserindo a mulher, seu parceiro e sua família nas discussões sobre gravidez, parto e puerpério.

Ao fazer referência a um modelo de cuidado protocolar, o gestor municipal permite a identificação de que a intervenção operacionalizada em uma concepção biomédica favorecendo um cuidado estanque, inflexível e indireto.

As atividades educativas do município – neste estudo o grupo de gestantes – é entendida como protocolar. São as atividades desenvolvidas com base na transmissão de informações e na persuasão, ancoradas no modelo tradicional de educação em saúde, prescritiva em que se oferecem recomendações de comportamentos adequados, considerados saudáveis e identificando possíveis problemas. Compreendida nesta concepção de instrumento para reprodução do discurso clínico de abordagem massiva para grupos específicos e prescritiva de comportamentos, trata-se de um modelo de cuidado que prioriza o controle, fundamentado nos discursos biomédicos (FOUCAULT, 2010).

Foucault (2008, pag. 243) utiliza-se do termo subjetivação como constituição “de um sujeito que é subjetivado pela extração da verdade que lhe é imposta”. Refere-se, também, como uma ação individualizante de um poder pastoral que pretende demonstrar ao indivíduo “como se tornar sujeito sem ser sujeitado”. O autor descreve o processo de subjetivação como um conflito, em que o que se coloca em jogo é o assujeitamento, como um polo dominante que procura submeter o polo dominado em termos de *status*, função e lugar.

Neste contexto, os processos de subjetivação nas estratégias de educação em saúde e na formulação das políticas públicas recaem sobre os corpos individuais e coletivos, sendo imprescindível a análise dos saberes construídos e disseminados pelos profissionais de saúde, que entendidos como referência de um saber clínico, influenciam o modo com que as gestantes e puérperas agem, pensam e se relacionam. São estas relações de biopoder que ocasionam a massificação de uma coletividade, trazendo efeitos sobre a vida de todo um grupo da população.

Foucault (2008) define biopoder como:

“o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder.” (FOUCAULT, 2008, p. 3).

Desta maneira, as políticas de promoção da saúde podem ser compreendidas como campo de saberes, práticas e poderes transpassados por construções regulatórias e disciplinatórias ou capazes de tornar a mulher participativa e oportunizar certa emancipação. Nos serviços de AB as ações educativas são utilizadas não apenas como estratégias de melhoria da qualidade da assistência ao binômio mãe-bebê, mas trazem as normas dos serviços, o estímulo à adoção de comportamentos desejados pelos profissionais de saúde, ressignificando essas mulheres.

Analisando as construções teóricas de Veiga-Neto e Lopes (2012) a normalização disciplinar surge como necessidade de criação de normas, de criação de um modelo construído, considerado ótimo segundo os critérios que se pretende alcançar. Os autores, ainda, descrevem que há um movimento de ressignificação dos sujeitos frente a normalização, expressando manifestações reativas frente aos diferentes tipos de dominação que lhes são apresentados. Tais considerações motivam reflexões acerca da falta de espaço na rede municipal de saúde para escuta das mães, para exposição de suas dúvidas e das necessidades durante o período grávido-puerperal e frente aos desafios da amamentação.

Nesta perspectiva, mais do que a realização de uma atividade com características da AB em um serviço de ambulatório, há um comprometimento das tecnologias de cuidado direcionadas à gestante e sua família, assim como uma

adesão extremamente baixa pela comunidade que não responde positivamente às orientações ofertadas por uma equipe de saúde diferente da sua de referência.

Estudos demonstram que os serviços de saúde influenciam e apoiam decisões sobre a alimentação em momentos críticos, oferecendo cuidados antes e depois do nascimento de uma criança e, também, quando ocorrem desafios para a manutenção da amamentação exclusiva e continuada. No entanto, estes serviços estabelecem-se com importantes lacunas no conhecimento e nas habilidades para apoio da amamentação. (ROLLINS *et al*, 2016).

Para Lincetto (2006) o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher e mulher no início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável, o bem estar materno e neonatal. A informação prévia sobre AM durante o pré-natal, momento em que a mulher tem o primeiro contato sobre como ela poderá nutrir seu bebê da melhor maneira possível é uma importante oportunidade para motivá-las, assim como suas famílias, sobre os benefícios da amamentação, sendo o aconselhamento e as atividades de educação em saúde estratégias para promoção do AM (BRASIL, 2009).

As ações educativas nos serviços de saúde configuram-se como estratégias contempladas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, sendo as discussões em grupo, as dramatizações e dinâmicas agentes facilitadores da fala e da troca de experiências entre os participantes do grupo (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva, o desenvolvimento do grupo de gestante é considerado um recurso importante para promover o atendimento integral das necessidades das mulheres, seus companheiros e suas famílias. Os grupos educativos se constituem de indivíduos com histórias distintas, interesses semelhantes e quando reunidas podem construir saberes coletivos e superar suas dificuldades (LEAL *et al*, 2010).

Entendido como um conjunto de saberes e práticas para prevenção de doenças e promoção da saúde, as ações educativas devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde que assistem as gestantes e suas famílias. O grupo de pré-natal, grupo de gestantes e suas famílias, é entendido como uma ação efetiva promotora de saúde, de diminuição das vulnerabilidades destas mulheres e da maximização do acesso a esta comunidade: há o preceito de promoção de uma vida saudável, da participação social dessas mulheres, do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas para garantia de uma condição digna de vida e de um aumento no controle sobre sua saúde e sobre a saúde do seu bebê.

Trata-se de um espaço para reflexão das pessoas sobre sua própria saúde, estimulando mudanças, adoção de novos hábitos e buscando meios para solução de seus problemas (LEAL *et al.*, 2010). Frente todo exposto, um grupo de pré-natal deve acolher a mulher não apenas no início da gestação, mas no pós-parto, quando os desafios de manutenção do AME se tornam presentes, momento em que os profissionais de saúde estimulam a prática de amamentar exclusivamente até os primeiros seis meses de vida do bebê, até os dois primeiros anos ou mais.

É perceptível que na assistência ao binômio mãe-bebê o enfermeiro pode assumir atribuições de destaque na promoção da autonomia da mulher quanto aos cuidados no pré-natal, parto, puerpério e nos primeiros cuidados com o RN (COUTINHO *et al.*, 2015). Esse destaque é maior na AB, uma vez que são serviços cujo acompanhamento envolve todo ciclo gravídico-puerperal, de maneira integral e longitudinal, priorizando a família e as ações de promoção de saúde (GARUZI *et al.*, 2014).

Considerando-se um contexto em que alimentação, lazer, educação, renda e meio ambiente são aspectos considerados como componentes da saúde humana, houve uma transformação no sistema de saúde brasileiro, baseado na universalidade, na equidade, na integralidade, na descentralização e na participação social. É neste momento que surge a AB, estratégia que reorganizaria todo o sistema, oportunizando que as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças fossem acessíveis a toda comunidade.

O conjunto das percepções dos enfermeiros descreve essas dificuldades para implementação das ações pró-amamentação no município, em relação a aspectos relacionados às mães, aos profissionais de saúde e a estrutura dos serviços.

“Aspecto cultural, político e social, baixo envolvimento dos profissionais, serviços não integrados, sem metas para o incentivo a amamentação, falta de capacitação dos profissionais.” [Enf 4]

“a equipe se prontificar na assistência como um todo, mantendo uma comunicação efetiva entre os profissionais da atenção primária e secundário, obtendo uma visão sobre as dificuldades da puérpera nos primeiros 30 dias que são cruciais. A estrutura municipal poderia facilitar o acesso aos direitos.” [Enf 6]

“Falta de uma política municipal que promova, apoie e incentive a amamentação; Disponibilidade de oferta de leite industrializado para RN no município; Baixa oferta de Capacitação para profissionais da atenção básica e maternidades” [Enf 7]

Sobre a percepção dos enfermeiros a respeito da caracterização da AB, vemos que em Jaguariúna este nível de complexidade da atenção em saúde está desarticulado da RAS, de maneira que os serviços não trabalham de maneira interligada, descaracterizando o seu papel de ordenadora do cuidado.

De acordo com Starfield (2004): a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

A AB é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

O contexto da AB é, portanto, muito além da organização da divisão de tarefas entre as equipes, tratando-se de um complexo entendimento de um todo, cuja divisão interna da organização e dos trabalhadores respeita o que não pode ser fragmentado: o ser humano.

Ao refletir o cuidado da mulher em seu ciclo gravídico-puerperal percebe-se que a adoção de um modelo biologicista, mecânico e intervencionista de atenção torna o processo de vínculo, de significação de sua vivência como mãe e da colaboração da família neste processo como algo medicalizado, conseguinte, da gestação ao nascimento as mulheres são expropriadas de seu direito de compreender seu corpo e o corpo de seu bebê. Haja vista a relevância do cuidado a esta população e as dificuldades para que se alcance a efetividade esperada nos serviços de assistência, torna-se imprescindível a rediscussão das práticas, de atendimentos técnicos e de reflexão sobre cuidado humanizado e respeito à autonomia dessas mulheres.

Considerando o protagonismo da mulher durante a gestação, parto e puerpério, considerar esta fase como composta por mudanças naturais, os papéis dos profissionais de AB se destituem de um modelo tecnocrático, segmentar e que prevê a diluição da subjetividade desta população. Trata-se do desenvolvimento de um olhar profissional que entende o outro como capaz de escolher e conduzir os eventos de

desenvolvimento de sua saúde. Portanto, a AB é o local em que se deve considerar os determinantes de saúde, o empoderamento do corpo, a autonomia e o estímulo a implementação de políticas públicas favoráveis à saúde e à vida.

Nesta perspectiva outros dois achados da caracterização dos enfermeiros tornam-se de importante reflexão sobre o contexto da AB no município: os enfermeiros que atuam nos horários posteriores ao fechamento da maioria das UBS da cidade entendem-se como prestadores de um cuidado indireto à população, portanto entendem que a assistência ao binômio mãe-bebê é de responsabilidade da equipe de referência e, não entendendo suas ações como diretas neste contexto, podem deixar seu importante papel no processo de incentivo à amamentação minimizado, desresponsabilizando-se pelo manejo clínico e por ações educativas destinadas a esta população.

O contexto da AB, quando refletida com ótica na organização do trabalho oportuniza a observação de que o processo de trabalho em saúde ocorre entre as pessoas, de maneira interpessoal. Para Merhy (2002) realizar o trabalho de AB é atuar com um trabalho vivo, no qual estamos nós e os usuários envolvidos nos atos produtivos. Este autor descreve o trabalho vivo como um saber fundamental para o desempenho de sua função humana.

Basicamente o trabalho na AB é caracterizado por domínio de tecnologias leves, condição que permite captar o trabalho vivo e o trabalho morto, permitindo ao trabalhador a visualização do desenvolvimento de seu trabalho, experimentando de grande grau de liberdade (Merhy, 2002). No entanto, os serviços de AB são caracterizados por espaços em que trabalhadores cuidam e transformam seus ambientes, tratando-se de ações relacionais, não sendo possível controlar todas as atividades e intervenções que acontecem no interior destes locais.

Para Cecílio (2007) o planejamento das intervenções em saúde permite criar e orientar as ações dos diferentes atores do serviço, de maneira a permitir a interação entre eles, apresentando-se como um instrumento de ação governamental para formação de políticas públicas. A intervenção em cada comunidade se embasa no conhecimento sobre as mesmas, no acompanhamento de indicadores que, de maneira estratégica, permitem a identificação de fragilidades cujo planejamento de qualificação da assistência em todo ciclo gravídico-puerperal pressupõe um cuidado centrado na mulher e sua família.

5.2 BARREIRAS ESTRUTURAIS, ORGANIZACIONAIS E SOCIAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PRÓ-AMAMENTAÇÃO

O entendimento de que os aspectos estruturais e organizacionais impactam na assistência ao binômio é expressado em muitas falas dos participantes. Ao ser questionada sobre estratégias de proteção à alimentação infantil a G1 responde:

“eu acredito que tem que ser feito um trabalho mais com a sociedade mesmo pra ser um tema que perdure nas discussões e dentro das equipes de saúde com certeza deveria ter estratégias que hoje eu não reconheço nenhuma.”
[G1]

Os gestores municipais referem não ter proximidade com as atividades destinadas ao binômio mãe-bebê, descrevendo as ações pró-amamentação como não reconhecidas ou relacionadas à vivência dos enfermeiros, às consultas de pré-natal ou na primeira consulta do binômio. Descreve-se a inexistência de protocolos, de diretrizes clínicas municipais para orientação dos profissionais que atuam diretamente com esta comunidade, assim como há relato de incerteza sobre o incentivo dos enfermeiros à amamentação quando a mulher enfrenta dificuldades no processo.

De acordo com os gestores municipais, as questões sobre amamentação são abordadas de maneira pontual, assim como a realização de um único grupo de gestantes do município que é realizado no hospital e a dificuldade de inserir outros profissionais da AB nas discussões sobre o tema.

A equipe gestora reconhece a importância de discussões amplas entre os serviços de saúde e a sociedade, destacando-se as questões sociais (como a dificuldade encontrada pela mulher no retorno ao trabalho) e o envolvimento da sociedade na defesa da amamentação.

Relatos como este demonstram que há a percepção de dificuldades importantes e que, apesar da realização de um planejamento municipal, as atividades pró-amamentação não são realizadas de maneira homogênea nos serviços de AB. Relacionar o cuidado desta população exclusivamente ao enfermeiro, assim como reduzir a atuação destes profissionais às primeiras consultas de pré-natal e puerpério torna o cuidado pontual e impessoal, de maneira a culpabilizar estes profissionais pela dificuldade em resolver algumas questões que precisam do envolvimento multiprofissional.

De acordo com Rollins, *et al.* (2016) muitos estudos exploram os efeitos de intervenções diretas em detrimento do papel das políticas e intervenções promotoras nos desfechos da amamentação, haja vista que para promover a prática de amamentar é necessário a remoção de barreiras estruturais e sociais que interferem na capacidade da mulher amamentar adequadamente. Nesta perspectiva, a adoção de políticas de maternidade, de ambiente de trabalho, de regulações na restrição da comercialização dos substitutos do LM, de certificação dos hospitais amigos da criança são respostas às barreiras que envolvem a conjuntura social, cultural e política na qual se inserem o sistema de saúde.

Sobre a proteção da amamentação os gestores descrevem dificuldades de recursos humanos, de realizar atendimentos em livre demanda e da internalização do acolhimento nas equipes de saúde, assim como a identificação de ações que foram planejadas por eles, mas que não acontecem na prática. Descrevem a inexistência de grupos na AB, assim como a abordagem protocolar ser identificada no grupo de promoção à saúde da gestante e puérpera no hospital e na consulta do enfermeiro de AB. Identificaram dificuldades em discorrer sobre os índices de aleitamento materno no município, assim como desconhecem as taxas de desmame precoce. Destarte, a estrutura de cuidados oferecidos inclusive no hospital apresenta falhas: tanto no atendimento da puérpera quanto da mãe trabalhadora:

“aqui no hospital a gente tem mulheres no puerpério que deveriam amamentar... eu tenho espaço pra oferecer pra elas? Eu incentivo o aleitamento? Eu dou uma hora pra ela porque é lei. Ela consegue ir até a casa dela? Não! Ela consegue manter a amamentação muito tempo? Então eu não vejo que a gente consiga atuar dentro do próprio hospital.” [G1]

“a equipe se prontificar na assistência como um todo, mantendo uma comunicação efetiva entre os profissionais da atenção primária e secundário, obtendo uma visão sobre as dificuldades da puérpera nos primeiros 30 dias que são cruciais. A estrutura municipal poderia facilitar o acesso aos direitos.” [Enf 6]

Durante as entrevistas com os gestores e a leitura das respostas dos questionários realizadas com os enfermeiros é possível interpretar como barreira para o sucesso de ações efetivas, no que se refere à amamentação, a não referência de momentos de discussão sobre o tema entre os gestores, os profissionais e a sociedade, assim como o entendimento que os estímulos para uma prática adequada deve ser iniciada no pré-natal e ser realizada durante todo o ciclo gravídico-puerperal, destacando-se a importância do vínculo, das redes de apoio, do acolhimento, da

continuidade do cuidado e da valorização da AB como porta de entrada da mulher grávida.

A gestora (G1), na descrição acima, traz importantes considerações acerca das dificuldades do município em realizar ações de proteção à amamentação. No que se refere à mulher trabalhadora, nos próprios serviços de atenção ao puerpério e maternidade, não existem salas de AM e pausas para amamentação, não há local adequado para conservação do LM, tampouco ações de incentivo à amamentação às mães-trabalhadoras. Embora quase todos os países tenham legislação que protege a maternidade, segundo Rollins, *et al* (2016) apenas 98 dos 185 países atingiram o padrão mínimo da Organização Mundial do Trabalho de 14 semanas e, somente 42 atingiram ou superaram a recomendação de licença de 18 semanas.

Em relação às dificuldades da mulher trabalhadora amamentar situações de informalidade dificultam ainda mais a manutenção da amamentação. Conseqüentemente, milhões de mulheres trabalhadoras não têm proteção à maternidade ou têm uma proteção inadequada (ROLLINS *et al*, 2016).

Para Rollins *et al* (2016) a proteção da amamentação e a redução de barreiras para as mães trabalhadoras amamentarem são intervenções de baixo custo que podem contribuir para redução do absenteísmo e melhora do desempenho profissional, como a provisão de salas de AM e de pausas para que estas mulheres possam amamentar.

Os enfermeiros dos serviços de AB destacam algumas dificuldades que convergem com os achados entre os gestores do município, entendendo que a falta de recursos humanos nos serviços, que a sobrecarga, a falta de motivação e a falta de capacitação interferem nos resultados quando se realizam abordagens ao binômio mãe-bebê. Estes mesmos profissionais identificaram que o perfil dos territórios é um fator que colabora com a melhor assimilação das ações de educação em saúde pela mulher e sua família, assim como o número de habitantes assistido por determinada equipe.

O reconhecimento das vulnerabilidades da comunidade, das especificidades do território e da realização de atividades de escuta ativa e acolhimento também influenciam o cuidado a esta população.

É possível identificar que ações como busca ativa, percepção da condição fisiológica e mental da mulher, realização de visitas domiciliares e o compartilhamento de informações são fortalezas de algumas unidades do município. No entanto, o

reconhecimento do trabalho fragmentado aumenta a quantidade de desistências da amamentação, sendo estas atribuídas ao profissional médico.

5.2.1 Barreiras identificadas pelos enfermeiros no cuidado do binômio mãe-bebê

Esta é a categoria empírica que durante a análise das falas dos profissionais de linha de frente na AB e dos gestores torna-se importante na discussão dos resultados deste trabalho.

De acordo com Foucault (2014a) o poder é uma relação, não é um objeto natural, portanto não se trata de propriedade de alguns indivíduos. Trata-se de um fenômeno dúbio ao ser capaz de preparar a sociedade e o grupo ou dominar os que apreendem, causando conflitos. De caráter relacional caracteriza-se por um modo de ação de uns sobre os outros, envolvendo as relações entre dois ou mais atores sociais, de maneira em que o comportamento de um é afetado pelo do outro.

O mesmo autor descreve que o poder é exercido em cadeias de submissões, nas quais ninguém é alvo único, desconstruindo a percepção de polo dominante e dominado e permitindo a observação dos sentidos e das relações que cada indivíduo ocupa na rede de dominação (FOUCAULT, 2014a).

As relações de poder estendem-se às relações entre os profissionais, as equipes e os gestores, comprometendo a autonomia dos trabalhadores no processo assistencial. Nesse sentido, o enfermeiro mantém-se com comportamento naturalizado frente a responsabilização na abordagem de problemas com a amamentação, por exemplo. Sobre aspectos relacionados ao processo de trabalho gestores e profissionais de saúde percebem a importância do trabalho em equipe como condição necessária para oferta de assistência adequada à mulher que amamenta.

O trabalho realizado nas UBS propõe um modelo de organização voltado para maior aproximação da comunidade, em detrimento da centralização profissional, constituindo uma proposta multidisciplinar e integradora (BRASIL, 2012a). De acordo com Lanzoni e Meirelles (2012) a inexistência de responsabilidade coletiva entre os profissionais da equipe, caracterizando a descontinuidade das ações específicas de cada trabalhador, desconsolida a estruturação mais horizontalizada do serviço, condição observada na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Na assistência à gestante e à puérpera há uma superposição de funções, sendo que algumas atividades são da competência tanto médica quanto do enfermeiro, constituindo relações de poder-fazer que exercem controle sobre os demais membros da equipe e usuários. Sobre as ações reconhecidas como efetivas, gestor e profissionais referem:

“O que eu reconheço é a vivência dos enfermeiros com a primeira consulta né do bebê e também no pré-natal que também é o vínculo que o enfermeiro faz naquele momento com a gestante.” [G3]

“Acredito que a equipe de enfermagem estimula desde o início do Pré-Natal a amamentação, porém há necessidade de outros profissionais da saúde fazerem o mesmo.” [Enf 3]

“Na minha opinião o que mais dificulta é a falta de vínculo com a UBS, faz com que a mulher se sinta envergonhada em sanar suas dúvidas. Também vejo que no município a população visa a consulta com o médico como mais importante do que a consulta feita pelo enfermeiro, onde a maioria das vezes não são esclarecidas suas dúvidas, ou não são passadas dicas para facilitar a amamentação e os cuidados.” [Enf 12]

A centralização da organização dos atendimentos das gestantes, mesmo divergentes das oficialmente instituídas pelo MS, é uma condição que determina quem executará as funções superpostas. Destarte, a inexistência de protocolos municipais dificulta a sistematização de uma assistência horizontal:

“eu não reconheço nenhuma das ações [como efetivas], porque são [ações] individuais, pontuais, não são pautadas por protocolos, por diretriz clínica, por orientações direcionadas.” [G1]

“Acredito que a influência médica seja um fator preponderante na desistência do desejo de amamentar, principalmente quando a puérpera enfrenta alguma dificuldade inicial e é apresentado a ela uma solução imediata e que pode ser fornecida pelo município.” [Enf 3]

A descrição realizada pelo Enf 3 traz uma importante discussão sobre as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros dos serviços de AB do município. Ao se referir ao enfrentamento de “alguma dificuldade inicial” e a “apresentação a ela de uma solução imediata” “fornecida pelo município” é possível reconhecermos os impactos negativos relacionados ao mercado de substitutos do leite materno.

As práticas de comercialização desse mercado são competitivas e exigem esforços para proteger, promover e apoiar a amamentação. Diferentemente de outras mercadorias a de fórmulas infantis parece ser resiliente às quedas no mercado,

projetando-se em propagandas que as mostram como tão boas ou superiores ao leite materno, que são opções para o difícil e doloroso processo de amamentar e relacionando-as às necessidades de estilos de vida da atual sociedade (ROLLINS *et al*, 2016).

Quando consideramos a inexistência de informações sobre os impactos na saúde e na condição econômica familiar nos comerciais desses produtos e que a mídia é considerada uma importante fonte de informação, nos deparamos com uma importante dificuldade para promoção da amamentação, principalmente em um contexto em que não há ações efetivas pró-amamentação.

No contexto deste estudo o atendimento à mulher grávida se inicia pela solicitação de exame confirmatório de gestação e sua posterior entrega para início de pré-natal. O primeiro atendimento é realizado pelo enfermeiro, momento em que são solicitados exames laboratoriais, ultrassonografia e entrega de encaminhamentos para grupo de gestantes no hospital municipal, avaliação odontológica e vacinação. O retorno aos demais atendimentos é de competência do profissional médico, garantindo centralidade no cuidado a esta população.

O primeiro atendimento pós-parto é de responsabilidade do enfermeiro, momento em que se realiza o atendimento ao binômio mãe-bebê, identificando dificuldades na amamentação, antropometria do RN e identificadas queixas relacionadas ao puerpério. Tratando-se de unidades que seguem o modelo tradicional de AB, os próximos atendimentos serão de responsabilidade unicamente médica.

O modelo de cuidado identificado nestes serviços orientados pelo modelo tradicional de AB constitui-se com práticas de poder disciplinar, relações de dependência, subordinação dos profissionais da equipe e entendimento do corpo do usuário como objeto de medicalização atingido pelo poder e saber médico.

Nesse contexto, o gestor municipal responsabiliza o enfermeiro em maior grau sobre as práticas de promoção, proteção e apoio da amamentação em relação à equipe assistencial, o discurso manifesta importância deste profissional na atenção ao binômio mãe-bebê. Como mostra o fragmento da fala da G3, abaixo, há uma posição enunciativa cunhada pela atribuição de constantes responsabilidades a uma categoria profissional, muitas vezes expressando um comportamento naturalizado frente às exigências hierárquicas.

“então eu acho que fica muito atrelado ao enfermeiro, acho que tudo atrelado ao enfermeiro... eu acho que é função do enfermeiro, mas também é função da equipe e eu acho que um pouco da gestão.” [G3]

“liga para o enfermeiro e o enfermeiro não tem proatividade nenhuma em querer ajudar. Eles querem mais que dê a fórmula.” [G2]

“o profissional ele tem que vivenciar isso, acreditar nisso e conseguir transmitir isso para mãe para que ela se sinta segura na amamentação... naquele momento que ela vai tá sozinha com o bebê em casa, quando o bico racha.” [G3]

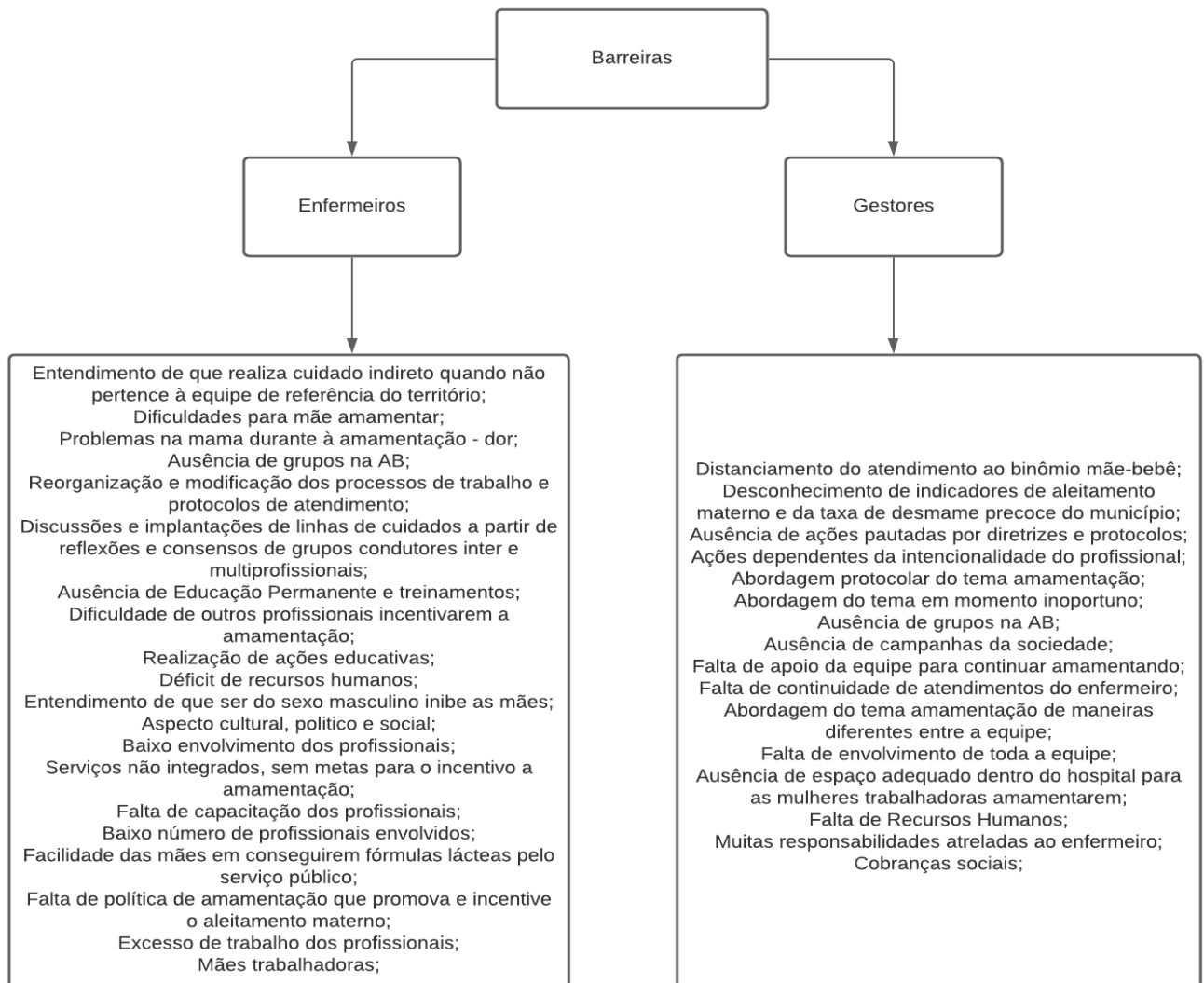
“no nosso município o enfermeiro é o único profissional que aborda e ainda tenta fazer um manejo da amamentação. Ainda tenta trazer o tema para discussão...e demais membros da equipe não reconheço.” [G1]

Foucault (1995) entende que os discursos desvelam o que não é dito de maneira direta, manifestando o subentendido. O depoimento da G2 expressa o poder dos gestores sobre o saber científico dos enfermeiros. Para Pires (2011) os enfermeiros possuem dificuldade em analisar as relações de poder existentes no trabalho da equipe e no serviço de saúde, enfraquecendo seu posicionamento político.

Para Cecílio (2011) mesmo as UBS caracterizando-se por estruturas mais horizontalizadas, a maneira hegemônica de gestão e o respeito dos profissionais ao poder legal-administrativo presente nos serviços contribui para que a hierarquização e o autoritarismo nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários mantenham-se inalteradas, sucumbindo posicionamentos de resistência e de gestão coletiva da saúde e da vida.

A síntese das barreiras identificadas por enfermeiros e gestores do município são apresentadas na Figura 2.

Figura 2: SÍNTESE- Barreiras percebidas por enfermeiros e gestores no apoio à amamentação no município de Jaguariúna – SP, 2020.



Elaborado pela autora

5.2.2 Percepções sobre o desejo de amamentar

Os enfermeiros da AB, sujeitos deste estudo, percebem de maneira diferente o desejo das mulheres em amamentar, principalmente quando consideram a assistência a esta população na gestação e logo após a alta hospitalar no nascimento do bebê. Para os profissionais, o desejo de amamentar muda durante a gestação e parto, sendo influenciado pela experiência anterior de amamentação. Mulheres que não enfrentaram dificuldades na amamentação ou que receberam apoio familiar e dos serviços de saúde descrevem, já na primeira consulta de pré-natal, referem desejo de amamentar.

“No geral a maioria relata gostar da ideia e sabem da importância da amamentação para a mãe e para bebê, mesmo as primigestas, bem como as que não tiveram sucesso da amamentação em gestação anterior”. [Enf 1]

“Geralmente elas manifestam o desejo de amamentar por longo período”. [Enf 3]

“Relativo, varia de mulher/mulher [de amamentar]” [G9]

Ao considerar-se a decisão de amamentar como um processo complexo, influenciado pelo desejo e motivação da mulher e pelas experiências positivas anteriores (RYAN, TODRES, ALEXANDER, 2011) apreende-se que não se trata de uma ação inata, mas de importante interferência de questões sociais, emocionais e culturais.

“A mulher no puerpério é açoitada por todo mundo por questionamentos que a deixam insegura, por falta de conhecimento e muitas vezes não encontra o apoio necessário na equipe pra conseguir sustentar a amamentação.” [G1]

“Se sentem “ansiosas e com algum medo e insegurança.”[sentimento das mulheres em amamentar] [Enf 2]

Para Primo *et al.* (2015) a mulher está inserida em um contexto social em que tanto a família quanto os profissionais de saúde possuem papel de interferência no processo de amamentação, de modo que modificam inclusive a maneira que esta mulher escolherá para alimentar seu bebê. Para Oliveira *et al.* (2015) as pessoas presentes no cotidiano desta mãe estão diretamente ligadas à manutenção da amamentação, podendo favorecê-la ou não. Nesta perspectiva, os profissionais da AB percebem que as mulheres apresentam comportamentos diferentes em relação ao desejo de amamentar.

“pouco entusiasmo, precisando ser estimuladas”. [Enf 5]

“Acredito que o desejo sempre está presente mas muito permeado por inseguranças, dúvidas e incertezas” [Enf 6]

Uma mulher com melhor preparo durante a gestação e com menos dificuldades no puerpério comumente apresenta melhores resultados durante o processo de amamentação, principalmente as que referem apoio familiar e ajuda de uma rede de apoio estabelecida (OLIVEIRA *et al*, 2015).

Como período do puerpério define-se o período de seis a oito semanas após o parto, dividido em imediato (do primeiro ao décimo dia), tardio (do décimo primeiro ao quadragésimo segundo dias) e remoto (após os 45 dias). É um período de extrema importância, caracterizado por várias mudanças e fragilidades enfrentadas pela mulher e que demandam atenção dos profissionais de saúde, principalmente daqueles responsáveis pela assistência do binômio mãe-bebê (MARTINS *et.al*, 2011).

Estudos demonstram que mulheres com experiência prévia positiva, normalmente encaram a amamentação de maneira mais segura, ao contrário de mulheres com vivências mais difíceis, dependendo muito mais de incentivos familiares e dos profissionais de saúde para bons resultados, uma vez que demonstram instabilidade emocional e insegurança (OLIVEIRA *et. al*, 2015; ROCCI e FERNANDES, 2014).

Os enfermeiros que atendem essas mulheres na primeira consulta após o parto percebem as mudanças que podem ocorrer quando se compara o puerpério e o período gestacional. Essas mudanças devem-se não apenas às condições hormonais e emocionais das mulheres, mas às expectativas e às demais pressões que se tornam presentes após o nascimento da criança.

“a maioria das puérperas em consulta com o enfermeiro apresentam dificuldades para lidarem com alguns conflitos e conceitos impostos ou criados e que podem atrapalhar a amamentação (sobrecarga de responsabilidade, desmotivação, cansaço físico e mental, depressão, relação abusiva, mitos sobre o leite materno, uso de artefatos que prejudicam a amamentação entre outros” [Enf 1]

“noto mudança quando ocorre algum problema no início do processo, tais como fissura mamilar, dificuldade de pega, mito do “leite fraco”, influência do pediatra no hospital para introdução de fórmula.” [Enf 3]

“Muda bastante, pela experiência vivenciada no momento e pela influência / participação de familiares e profissionais de saúde” [Enf 7]

“Geralmente elas mostram dificuldades da amamentação durante o puerpério, e é principalmente nesse momento que eu me disponho a estar junto dessa mulher para que eu possa ajudá-la da melhor forma no período da amamentação” [Enf 12]

Frente a todo o exposto e à identificação de uma importante mudança no desejo de amamentar quando se compara o período de pré-natal, de puerpério e as influências determinantes da rede de apoio e dos profissionais de saúde para que a mulher mantenha ou não a amamentação, torna-se importante que o incentivo

propicie a ressignificação dos desejos, permitindo a superação de barreiras comuns como presença de desconfortos, ansiedade e medo de não conseguir cuidar do bebê.

A rede de apoio da puérpera é um sistema constituído por diferentes indivíduos, que fornecem apoio em diferentes âmbitos da vida emocional, material, educacional, entre outros. Assim, o apoio à mulher por familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde durante o processo gravídico-puerperal é de grande importância, podendo ser considerado um determinante na adesão e manutenção da amamentação (KALINOWSKI *et al*, 2012).

O pré-natal é um período de excelente oportunidade para que a gestantes recebam informações acerca do AM, no entanto é importante que essas ações não se limitem à assistência durante a gestação, devendo ser estendidas para os serviços hospitalares, de pré-parto, de parto e de puerpério. Portanto, a equipe de saúde deve estar preparada para acolher e oferecer orientações em todo ciclo gravídico-puerperal, respeitando o contexto sociocultural de cada mulher, desmistificando crenças que possam influenciar negativamente a amamentação (BRANDÃO *et al*, 2012).

Nesse sentido, o papel das equipes de AB é fundamental, uma vez que conhecem as histórias de cada mulher, facilitando o processo e permitindo a detecção precoce de problemas, como a depressão ou a tristeza pós-parto, condições que interferem negativamente na amamentação (GORRITA e BRITO, 2012).

O nascimento de um filho e a responsabilidade em cuidar de uma nova vida causam mudanças na identidade feminina, implicando em transformações de seus relacionamentos sociais e nos comportamentos, decisões e posturas outrora assumidas como certas (STRAUSS, 1999). Desta maneira, torna-se imprescindível a ressignificação dos processos que envolvem a saúde da mulher nos serviços de saúde, uma vez que nem toda mulher que inicia o processo de gestação desejando amamentar manterá essa expectativa com o nascimento do bebê. É importante que o profissional de saúde compreenda que se trata de uma total transformação do papel da mulher no mundo, de sua autoimagem e da divergência entre os sentimentos maternos e os desejados/ impostos pela sociedade.

O conhecimento, o incentivo, a valorização e o envolvimento da rede de apoio à gestante pelos profissionais de saúde durante o pré-natal e, à puérpera durante o processo de amamentar, são estratégias de incentivo à amamentação. O apoio de pessoas consideradas importantes pela mulher configura-se como um determinante para adesão e manutenção da escolha em amamentar, sendo a expressão dos

significados que a puérpera construiu durante sua vida, em seu contexto cultural, considerando suas motivações e vivências, seus conhecimentos e suas reflexões acerca das experiências de seus familiares e amigos, das interferências da mídia e dos saberes científicos de sua época (PRATES, SCHMALFUSS e LIPINSKI, 2015).

Os relatos dos enfermeiros e dos gestores demonstram que as orientações fornecidas à mulher durante o pré-natal são fundamentais para uma gestação saudável e para que exista desejo de amamentar. Entretanto, há a necessidade de que estas orientações sejam guiadas a partir das experiências destas mulheres e de suas famílias, de maneira a desconstruir mitos durante o ciclo gravídico-puerperal, possibilitando monitorar esse percurso, acessando a singularidade de cada família e evitando complicações no puerpério, entre elas o desmame precoce proveniente da mudança de desejo em amamentar.

5.3 PERCEPÇÕES SOBRE ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PRÓ-AMAMENTAÇÃO

As políticas públicas estudam os problemas de interesse público, revelando a compreensão que os governos tem sobre determinadas ações. A definição de políticas públicas pode seguir a orientação de tratar-se de um campo de conhecimento que busca colocar o governo em ação ao tempo de analisá-la, propondo mudanças (SOUZA, 2006). A escolha por tornar qualquer ideia uma política pública baseia-se nas necessidades de um coletivo, debatendo-se seus interesses, necessidades e a formulação de uma política que represente esse posicionamento (SILVA e BASSI, 2012 e SECCHI, 2013).

As estratégias de implementação de ações pró-amamentação, quando considerada sua efetividade, baseiam-se no entendimento da alimentação como um direito, produzindo uma discussão sobre a importância dos alimentos, do direito da amamentação tanto para a mulher quanto para o seu bebê.

Para os participantes desta pesquisa, as estratégias dependem de inúmeros fatores, como a organização dos serviços e a capacitação de RH. Entendem que há uma falta de estrutura nas instituições públicas que deveriam proteger o livre exercício do AM, inclusive na oferta de condições adequadas para continuidade da amamentação, seja por falta de apoio ou por questões sociais. A equipe de

enfermeiros percebe como estratégias importantes para promoção da política de amamentação no município:

“Conhecimento do perfil do território, reconhecimento de vulnerabilidades, coordenar as ações”. [Enf 1]

“Criação de um grupo de educação continuada para capacitação de profissionais através de Grupos condutores /facilitadores, realização de oficinas de trabalho e implementação de grupos de mães, gestantes em cada unidade de saúde.” [Enf 7]

“Capacitação da equipe sobre a importância do aleitamento materno, atividades para o trabalho de promoção ao aleitamento materno, fluxo de ações clínicas para manejo de problemas mamários, indicadores para acompanhamento e avaliação da amamentação pela unidade básica de saúde.” [Enf 8]

Os participantes destacaram as principais questões sobre os sistemas de saúde, uma vez que influenciam e apoiam as decisões sobre a alimentação em momentos críticos, principalmente quando ocorrem desafios para manter a amamentação.

Quando questionados sobre estratégias necessárias a maioria explorou as intervenções diretas, de promoção e de apoio à amamentação, não se referindo ao papel das políticas de saúde como promotoras de desfechos adequados. Tal condição demonstra que se procura a remoção de barreiras nos serviços de saúde, mas não de questões estruturais que interferem na capacidade da mulher amamentar.

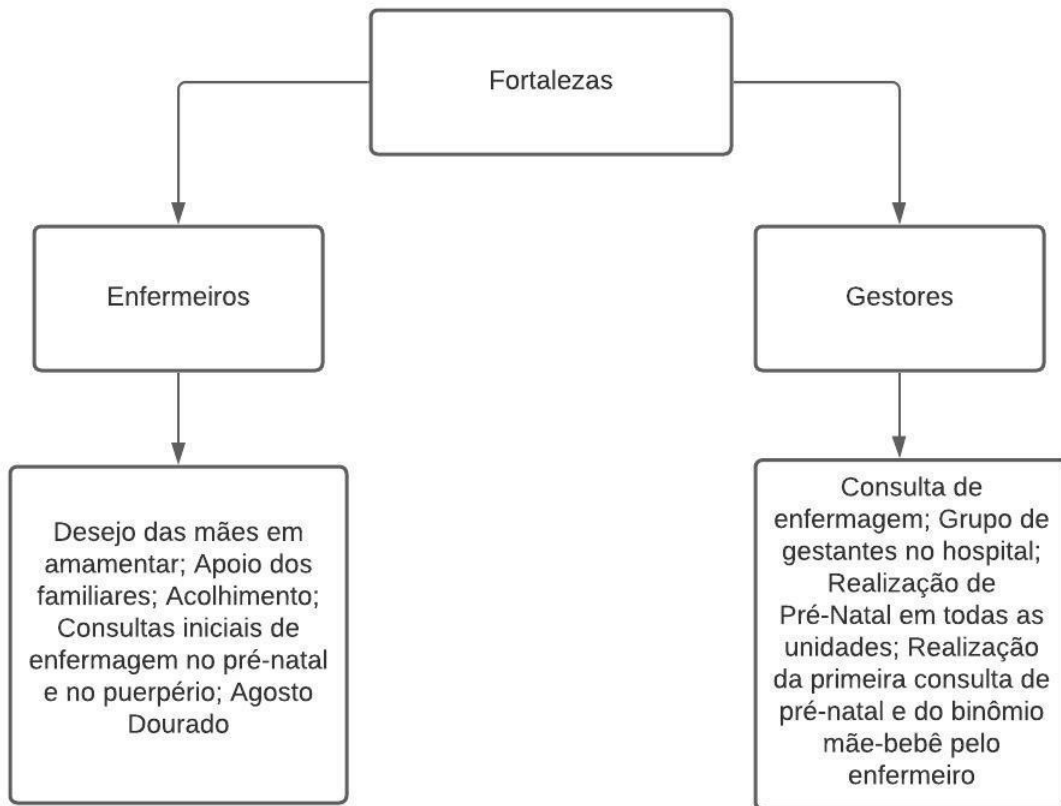
“Ela tem que ser uma fala de todos os profissionais. Então o sucesso pra estratégias como essa só entendo desde que toda uma equipe esteja envolvida.” [G3]

“Mas a gente não vê campanhas efetivas, não vê a sociedade envolvida. É um trabalho que tem que ser começado muito precocemente porque ainda tem muito preconceito em relação à amamentação, tem muitos mitos, é muita insegurança.” [G1]

“A principal é trabalhar a ideia durante todo o pré-natal e não somente na primeira consulta de PN e na primeira do puerpério.” [Enf 6]

A figura 3 descreve uma síntese das fortalezas percebidas por enfermeiros e gestores para superação das barreiras na efetivação de ações pró-amamentação no município de Jaguariúna – SP.

Figura 3: Fortalezas percebidas por enfermeiros e gestores no apoio à amamentação no município de Jaguariúna-SP, 2020.



Elaborado pela autora

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Durante a coleta dos dados os profissionais de saúde, assim como a equipe gestora, receberam a informação de que após a conclusão das reflexões seria ofertado um momento para discussão dos principais resultados deste trabalho.

A partir das falas dos gestores e das respostas provenientes dos questionários respondidos pelos enfermeiros foi possível a identificação de barreiras e fortalezas nos serviços de AB no que se refere às ações pró-amamentação no município.

Frente o exposto elaboramos uma proposta de intervenção que considera os pontos da RAS de Jaguariúna, oportunizando a identificação de agentes em diversos serviços que podem contribuir para identificação precoce de problemas na amamentação, assim como realizarem o papel de multiplicadores de informações provenientes de momentos de formação.

O objetivo desta proposta é implementar com pesquisa integrada em parceria com equipe de gestores e profissionais as estratégias de superação das barreiras que possam dificultar a observância plena de uma política pro-amamentação e vai de encontro com a Portaria Nº 1.398, de 29 de outubro de 2020 que institui o Grupo Condutor Municipal da Linha de Cuidado da Saúde da Criança (GC-LCSC) da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no município de Jaguariúna – SP (JAGUARIÚNA, 2020).

Título da proposta: Promoção, proteção e apoio ao AM: identificação das fortalezas e das barreiras nos serviços de saúde de Jaguariúna-SP.

Sumário executivo da proposta: O AM é uma estratégia de vínculo, carinho, nutrição e proteção para a criança, constituindo-se uma medida eficaz para intervenção na redução da morbimortalidade infantil (ROLLINS *et al.*, 2016 e VICTORA *et al.*, 2016). Uma estratégia de implementação que envolve grupos de interesse entre gestores, entidades profissionais e de participação social para superar barreiras identificadas nesse estudo. Nesta perspectiva, o gestor não é entendido como alguém que observa as ações de saúde, a proposta de intervenção, pautada pela metodologia IPIER, inclui esses sujeitos como participantes do planejamento e colaboradores para obtenção de resultados. Os principais obstáculos para que os índices de aleitamento materno alcancem os desejáveis incluem diferenças regionais significativas como a dificuldade de sensibilização, tanto de gestores e profissionais de saúde quanto da população em

geral, escassez de recursos humanos com qualificação para esse trabalho e abandono do AM após o final ou mesmo durante a licença-maternidade. Tais obstáculos destacam a importância de investimento em novas estratégias que viabilizem a amamentação (SOUZA, ESPÍRITO SANTO e GIUGLIANI, 2010). Nesse cenário consideramos a capacitação das equipes, a educação em saúde e a criação de espaços de discussão importantes estratégias para redução dos casos de desmame precoce e aumento do período em que os RN assistidos nos serviços municipais são amamentados.

Participantes Colaboradores/ apoiadores das ações:

- Gestor municipal, Equipes da AB da SMS: enfermeiros, médicos, ACSs, gestores da AB e psicólogos dos serviços de AB da SMS;
- Profissionais do Hospital Municipal Walter Ferrari: equipe de enfermagem, médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais;
- Propomos parcerias com o Instituto de Saúde e com a universidade do município UniFAJ – cursos de enfermagem, medicina, psicologia, nutrição e assistência social;
- Convite à participação de profissionais da Assistência Social do município, do Conselho Municipal da Criança e Adolescente (CMDCA), do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Tutelar, de representantes da equipe de educação e da sociedade civil.

Análise do contexto: Durante o estudo realizado com enfermeiros e gestores do município foi possível identificar fortalezas e barreiras para que as ações pró-amamentação tornem-se efetivas, permitindo a proposição de atividades e de metas a serem alcançadas pelas equipes, assim como os resultados esperados para adequada assistência ao binômio mãe-bebê nos serviços de saúde.

Considerando os achados do estudo e as pontuações dos gestores do município, a implantação da EAAB é a estratégia mais efetiva para responder às dificuldades das equipes de saúde. As atividades propostas dar-se-ão como um primeiro passo para sensibilizar os profissionais de saúde, de maneira a se comportarem como um ponto de partida para construção de atividades e metas coletivas e pactuadas.

MATRIZ DE ESTÍMULO PARA CONSTRUÇÃO COLETIVA

São atividades e metas propostos:

Atividade 1: Capacitação das equipes de AB do município

- **Meta 1:** Realização de três oficinas com os temas: EAAB, aconselhamento e manejo da amamentação;
- **Meta 2:** Capacitação das 12 equipes de AB do município.

Atividade 2: Instituição de estratégias educativas em grupos de pré-natal, de estratégias educativas em grupos de cuidados à criança no primeiro ano de vida e, ações individuais de aconselhamento em amamentação em todas as Unidades Básicas de Saúde do município

- **Meta 3:** Realização de ações de incentivo à amamentação com todas as gestantes que realizam pré-natal nas UBS do município;
- **Meta 4:** Avaliação e monitoramento da amamentação de todos os binômios mãe-bebê atendidos nos primeiros 10 dias após o parto nas UBS do município (consulta puerperal);

Atividade 3: Capacitação e envolvimento de representantes dos serviços de assistência social, sociedade civil, educação, Conselho Tutelar, profissionais do Hospital Municipal Walter Ferrari (HMWF) e Conselho de Saúde

- **Meta 5:** Realização de duas oficinas de promoção, proteção e apoio à amamentação.

Atividade 4: Construção de uma rede intersetorial e interprofissional pró-amamentação

- **Meta 6:** Instituição de uma rede pró-amamentação
- **Meta 7:** Referência de todas as mulheres com dificuldades de amamentação, na alta de internação para o parto, para UBS da sua referência.

Atividade 5: Elaboração de um protocolo municipal para avaliação, manejo e orientações frente às dificuldades na amamentação

- **Meta 8:** Produzir o protocolo de promoção, proteção e apoio à amamentação do município.

Os principais resultados esperados são:

Resultado 1: Colaborar com a continuidade do AME até 6 meses de vida dos recém-nascidos assistidos nos serviços municipais e continuidade da amamentação até 2 anos ou mais;

- *Fonte de registro:* Registro em livro de cadastro dos recém-nascidos atendidos em cada unidade nos primeiros dez dias de vida e Registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- *Meios de verificação:* Identificação da condição alimentar dos recém-nascidos nos prontuários individuais e das crianças em aleitamento materno exclusivo pelos relatórios do E-sus (Marcadores de consumo alimentar; Relatório operacional de crianças menores de 5 anos; “grupos de informações disponíveis para impressão” – filtros criança e AM).
- *Período de apuração:* semestral

Resultado 2: Diminuição dos casos de desmame precoce e oferta de fórmulas lácteas sem prescrição;

- *Fonte de registro:* Registro em livro de cadastro dos recém-nascidos atendidos em cada unidade nos primeiros dez dias de vida e Registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- *Meios de verificação:* Identificação da condição alimentar dos recém-nascidos nos prontuários individuais e das crianças em aleitamento materno exclusivo pelos relatórios do E-sus (Marcadores de consumo alimentar; Relatório operacional de crianças menores de 5 anos; “grupos de informações disponíveis para impressão” – filtros criança e AM). *Feedback* do serviço de assistência social sobre o número de fórmulas lácteas dispensadas no município no período
- *Período de apuração:* anual

Resultado 3: Ampliar a oferta de ações de promoção, apoio e proteção da amamentação no município;

- *Fonte de registro:* Registro de realização de atividades coletivas (com mães, gestantes e suas famílias) e de reuniões com finalidade de capacitação/educação permanente (com os profissionais envolvidos no cuidado do binômio mãe-bebê).
- *Meios de verificação:* Registros próprios das atividades de cada unidade, consulta ao relatório de atividades no E-sus
- *Período de apuração:* anual

Resultado 4: Trabalhar de maneira articulada entre os serviços de saúde e assistência social do município;

- *Fonte de registro:* Realização de referências e contra-referências entre os serviços do município
- *Meios de verificação:* Identificação das solicitações de atendimento por meio de referências e contrarreferências entre os serviços de saúde e de assistência social do município
- *Período de apuração:* anual

Resultado 5: Monitorização do índice de amamentação exclusiva de crianças até 6 meses de vida – construção de indicadores

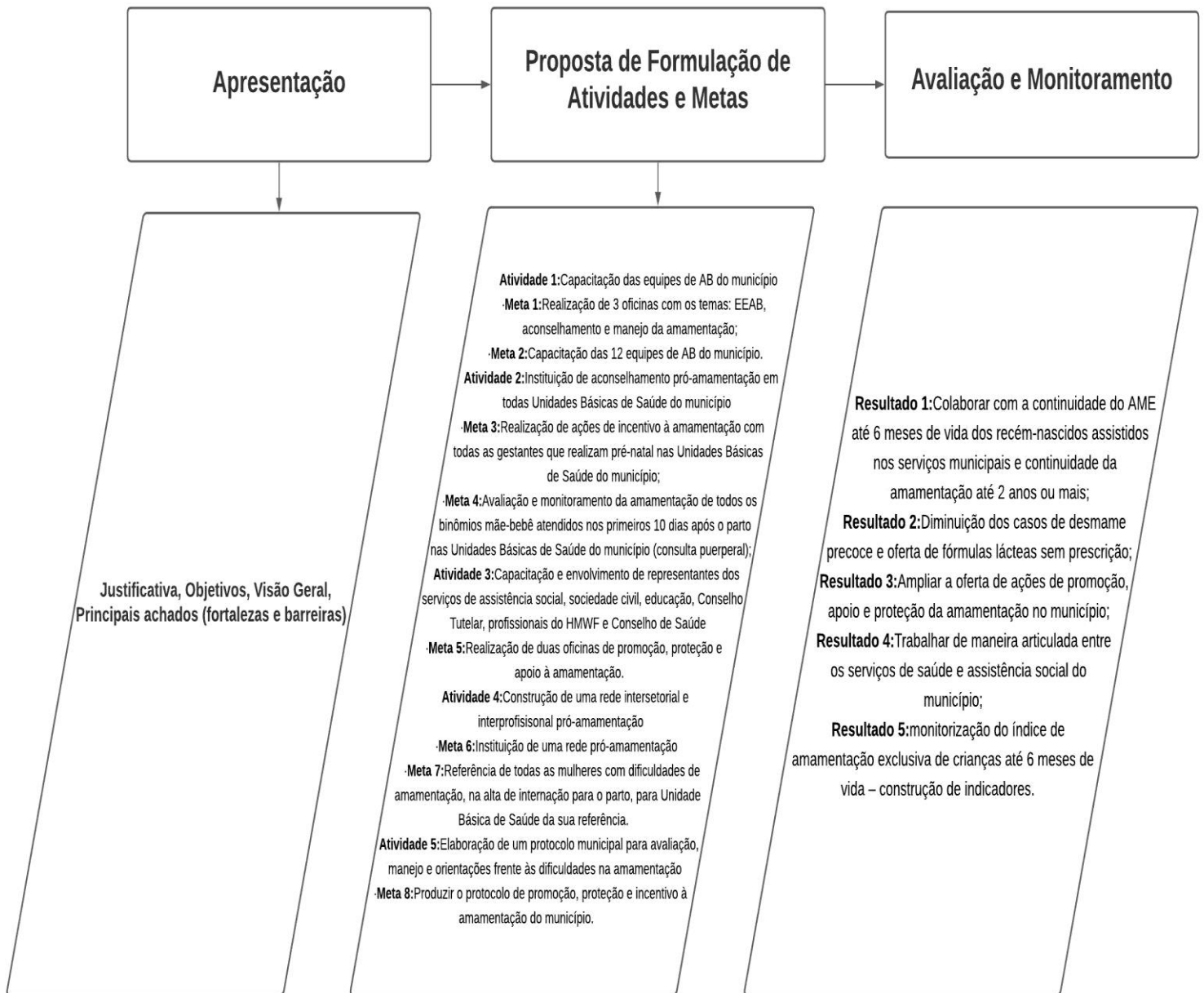
- *Fonte de registro:* Registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- *Meios de verificação:* relatórios disponíveis no E-sus: Marcadores de consumo alimentar; Relatório operacional de crianças menores de 5 anos; “grupos de informações disponíveis para impressão” – filtros criança e aleitamento materno.
- *Período de apuração:* anual

Almeja-se que os resultados esperados possam ampliar o acesso das mulheres e suas famílias à assistência adequada e capacitada, capaz de apoiar a continuidade da amamentação e prevenir casos de desmame precoce.

Com a finalidade de expor a proposta aos gestores e, posteriormente às equipes, é proposto um momento para apresentação da estratégia, seus objetivos e a formação de parcerias, com estabelecimento de ações e de um cronograma que respeite as especificidades do município. Considerando o período de transição da equipe gestora é previsto que as primeiras discussões ocorram posteriormente à estabilização dos representantes de saúde no início do próximo ano (2021).

Destacamos a importância de avaliação e monitoramento das metas e dos resultados alcançados durante as intervenções, sendo possível seu acompanhamento pelos relatórios de saúde da criança no e-sus, em processo de implantação no município, pela identificação do número de casos de desmame precoce em cada unidade e pelo registro de cada unidade sobre os atendimentos ao binômio mãe-bebê, de maneira a avaliar a quantidade de recém-nascidos que chegam nos serviços em AME.

Figura 4: Proposta de Intervenção



Colaboradores/ apoiadores das ações:

- Equipes da Atenção Básica da SMS: enfermeiros, médicos, ACSs, gestores da AB e psicólogos dos serviços de AB da SMS;
- Profissionais do Hospital Municipal Walter Ferrari: equipe de enfermagem, médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais;
- Propomos parcerias com o Instituto de Saúde e com a universidade do município UniFAJ – cursos de enfermagem, medicina, psicologia, nutrição e assistência social;
- Convite à participação de profissionais da Assistência Social do município, do Conselho Municipal da Criança e Adolescente (CMDCA), do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Tutelar, de representantes da equipe de educação e da sociedade civil.

Elaborado pela autora

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios de empreender em uma pesquisa com dimensões que advêm das especificidades que permeiam a assistência ao binômio mãe-bebê no contexto da amamentação adquirem proporções muito maiores do que as elencadas como objetivos iniciais deste estudo. No entanto, espera-se que a reflexão proveniente das falas dos enfermeiros e dos gestores do município possam reorientar as fragilidades do cuidado, muitas vezes fragmentado já que o modelo de atenção à saúde está arraigado de questões culturais e sociais que não priorizam a promoção de saúde como fator de proteção de comorbidades.

Como limitações para este estudo entendemos a atual condição sanitária do país. O enfrentamento da pandemia de coronavírus e a recomendação de distanciamento social refletiram em importantes mudanças nas ações da AB, de maneira que os enfermeiros foram impactados pelo aumento da sobrecarga de trabalho e responsáveis por adaptações nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças outrora assimiladas pelos serviços.

Tal conjuntura exigiu a identificação de outras estratégias durante a coleta de dados, de maneira que consultados sobre a maneira mais adequada para que pudessem explorar questões relacionadas à amamentação, os enfermeiros das UBS referiram que as respostas de questionários não presenciais seria uma maneira de que pudessem participar, uma vez que não seria uma atividade longa, com horário flexível e de fácil acesso nos ambientes da unidade.

Em consonância ao estudo apresentado percebe-se que o que é proposto pelas políticas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno não atinge de maneira efetiva seu público alvo, por questões multifacetadas como a fragmentação da rede mantendo o saber-poder dos serviços e impedindo a organização da assistência.

Neste íterim, o modelo biomédico é expressado pela maneira que os profissionais se relacionam nesta rede de atenção, sendo possível identificar pontos de resistência, atuais desafios para que a integralidade do cuidado ultrapasse o atendimento individual no consultório.

Frente todo exposto, a proposta de intervenção descrita é norteadora de uma estratégia de implementação que envolve grupos de interesse para que as ações pró-amamentação possam ser consolidadas nas rotinas dos serviços de saúde, sendo a

participação de gestores, das entidades profissionais e da sociedade importantes para superar as barreiras identificadas nesse estudo. A metodologia IPIER considera o gestor em um papel ativo e colaborativo, sendo este participante dos processos de planejamento e ação para o alcance dos resultados esperados.

Aspectos como a importância do enfermeiro e a potencialidade destes profissionais para formulação de estratégias efetivas pró-amamentação surgem neste estudo como uma fortaleza, sendo apontada pela equipe a necessidade de capacitação, de organização de fluxos de cuidado e de formação de equipe multiprofissional para o alcance de sucesso no que se refere a minimização dos casos de desmame precoce no município.

ANEXOS

ANEXO A: ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTOR

Entrevista gestor

Identificação do entrevistado

Idade:

Data:

Formação acadêmica:

Tempo de Formação:

Cargo:

Tempo na gestão municipal:

Atividade Atual:

Campo de atuação: AB () Hospital ()

1. Qual é sua aproximação com o binômio mãe-bebê? Você conhece os indicadores de aleitamento materno do município? E as taxas de desmame precoce?
2. Quais as ações pró-amamentação você reconhece como efetivas no município e quais as ações entre hospital e AB são realizadas neste momento?
3. Quais as estratégias você acredita serem efetivas para melhorar a assistência ao binômio mãe-bebê e quais são os profissionais de saúde mais engajados para esta prática? Por qual motivo?
4. Há alguma estratégia de proteção à amamentação e alimentação saudável das crianças menores de dois anos no município? Se sim, quais são? Se não por qual motivo a condição é atribuída?
5. Que estratégia você indicaria como de maior sucesso e aplicabilidade hoje para melhorar a adesão da mulher ao aleitamento materno e a diminuição da distribuição e prescrição de fórmulas lácteas?

ANEXO B: ROTEIRO PARA ORGANIZAÇÃO DO *WEB* QUESTIONÁRIO

Roteiro de entrevista

- Idade:
 - Sexo:
 - Instituição de graduação:
 - Ano de conclusão da graduação:
 - Pós-graduação:
 - Número de usuários no território que atua:
 - Quanto tempo você atua no município?
 - Você recebeu algum tipo de capacitação para realizar orientações ao binômio mãe-bebê?
1. Qual é seu envolvimento com o atendimento do binômio mãe-bebê no seu trabalho diário/ na rotina de trabalho? Direta e indireta
 2. No seu contato com as grávidas como você percebe o desejo delas em relação ao ato de amamentar?
 3. Na sua percepção esse desejo muda no puerpério? Justifique.
 4. Quais as estratégias você acredita serem efetivas para melhorar a assistência ao binômio mãe-bebê?
 5. Você conhece as estratégias pró-amamentação indicadas pela Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno?
 6. O que você pensa sobre as ações pró-amamentação na unidade em que trabalha?
 7. Quais profissionais deveriam compor a equipe de implementação da política pró-amamentação? Justifique.
 8. Na sua opinião quais as principais atividades pró-amamentação que envolvem a atuação dos enfermeiros?
 9. Quais estratégias são as de maior importância para promoção da política de amamentação no município?
 10. Quais os aspectos você acredita que dificultam as ações pró-amamentação no município em relação às mães, aos profissionais e à estrutura municipal dos serviços?

ANEXO C: TCLE PARA GESTORES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (gestores da AB – Entrevistas)

Caro Gerente,

O (A) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Desafios e estratégias para implementação de ações pró-amamentação na atenção básica, sob a compreensão dos enfermeiros”**, que tem por objetivo compreender como os enfermeiros e gestores da Atenção Básica vivenciam as práticas de amamentação no município, identificando fortalezas e barreiras no processo de implementação da Política Nacional de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno no município de Jaguariúna –SP.

Sua participação será por meio de entrevista que terá duração de aproximados trinta minutos. Os dados serão gravados e, posteriormente, transcritos e analisados. Os resultados obtidos não serão individualizados, mas resumidos no contexto geral, não contendo nomes ou locais de trabalho dos participantes, com garantia de total sigilo da identidade desses.

Os riscos da participação nessa pesquisa são mínimos, sendo que o(a) Sr(a) pode se sentir desconfortável por suas falas estarem sendo gravadas e tem total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da gravação. O (A) Sr (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Caso o Sr (a) desista de participar desta pesquisa sua decisão será mantida em caráter confidencial e não haverá eventuais consequências para suas atividades no cargo e em serviço.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa O (A) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Keite Helen dos Santos, que pode ser localizada na UBS Fontanella, telefone (19) 38375604, ou pelo email: keiteenf@yahoo.com.br

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso O (A) Sr (a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética em pesquisa pelo pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para melhoria da qualidade de assistência ao binômio mãe-bebê.

Esse termo será assinado em duas vias, pelo senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou foi lido para mim sobre a pesquisa “Desafios e estratégias para implementação de ações pró-amamentação na atenção básica, sob a compreensão dos enfermeiros”, discuti com o entrevistador sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram esclarecidos os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar desse estudo.

Assinatura do (a) participante

_____/_____/_____
Data:

Declaro que obtive de maneira apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste integrante para a participação neste estudo.

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências das resoluções 466/2012 CNS/MS e 510/2016 CNS/ MS na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim como, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Assinatura do pesquisador

_____/_____/_____
Data:

Muito obrigada!

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

ANEXO D: TCLE PARA ENFERMEIROS/ WEB QUESTIONÁRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – QUESTIONÁRIO ONLINE

Caro profissional enfermeiro (a)

O (A) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Desafios e estratégias para implementação de ações pró-amamentação na atenção básica, sob a compreensão dos enfermeiros”**, que tem por objetivo compreender como os enfermeiros e gestores da Atenção Básica vivenciam as práticas de amamentação no município, identificando fortalezas e barreiras no processo de implementação da Política Nacional de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno no município de Jaguariúna – SP. A técnica utilizada para coleta de dados será por meio de questionário online através da ferramenta Google Forms.

Sua participação nesta pesquisa limitar-se-á a responder a um questionário, com os seguintes aspectos: caracterização pessoal e questões sobre o conhecimento e as ações pró-amamentação realizadas em sua rotina de trabalho. O tempo estimado para a o preenchimento é de 10 minutos. Sua participação nesta pesquisa trará como benefício geral, o maior conhecimento sobre o tema abordado e o reconhecimento da realidade sobre o conhecimento da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, não apresentando um benefício direto para você. O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto por ter que se posicionar quanto ao conhecimento e a realização de ações pró-amamentação em seu trabalho e para isso será considerado os princípios de privacidade, confiança e respeito. A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

Se você concordar em participar, deverá indicar no final do formulário eletrônico que leu o TCLE e que aceita participar desta pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa será solicitado que você preencha seus dados em um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa O (A) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Keite Helen dos Santos, que pode ser localizada na UBS Fontanella, telefone (19) 38375604, ou pelo email: keiteenf@yahoo.com.br

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso O (A) Sr (a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética em pesquisa pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para melhoria da qualidade de assistência ao binômio mãe-bebê.

ANEXO E: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAGUARIÚNA

**PESQUISA: Desafios e estratégias para implementação de ações
pró-amamentação na atenção básica, sob a compreensão dos enfermeiros**

Termo de autorização institucional

Eu, LUCIANA MARIA BOCCARDO BURINI, CPF: 109.157.788-90, responsável pela gestão dos serviços de Enfermagem da Secretaria de Saúde de Jaguariúna, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, sendo esta reflexo das atividades já desenvolvidas na unidade em que se realizará.

Frente ao exposto concordo em autorizar a execução da mesma. Declaro que não há quaisquer tipo de interesse financeiro relacionado a realização deste estudo, sendo a finalidade deste refletir acerca da assistência oferecida pela Atenção Primária e, conseqüentemente impactar na qualidade dos serviços destinados à comunidade.

Conforme resolução da CNS 466/12 a pesquisa só terá início após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos.

Luciana M. B. Burini
Enfermeira - Coren 75762
Sec. Munic. Saúde/Jaguariúna

Data: 09 / 10 / 19

ANEXO F: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP- INSTITUTO DE SAÚDE

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios e estratégias para implementação de ações pró-amamentação na atenção básica

Pesquisador: Keite Helen dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 24590619.3.0000.5469

Instituição Proponente: Instituto de Saúde CEPIS - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.786.187

Apresentação do Projeto:

Trata-se do desenvolvimento de um projeto do Programa de Mestrado do Instituto de Saúde a ser realizado no tema do Aleitamento Materno no município de Jaguariúna/SP. O trabalho justifica-se pelo fato de que, tendo em vista os comprovados benefícios para o bebê e para a mãe e, apesar das ações de proteção, incentivo e assistência à amamentação serem amplamente divulgadas pelo Ministério da Saúde, os serviços ainda apresentam dificuldades em implementar as recomendações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). O estudo será desenvolvido em um município do interior de São Paulo, envolvendo análise dos fatores que influenciam na implementação de ações pró-amamentação. A metodologia é inspirada em estudos de implementação que combina métodos mistos, quali-quantitativos, favoráveis para a compreensão de situações complexas sob múltiplas perspectivas. Trata-se do desenvolvimento de um projeto do Programa de Mestrado do Instituto de Saúde a ser realizado no tema do Aleitamento Materno no município de Jaguariúna/SP. O trabalho justifica-se pelo fato de que, tendo em vista os comprovados benefícios para o bebê e para a mãe e, apesar das ações de proteção, incentivo e assistência à amamentação serem amplamente divulgadas pelo Ministério da Saúde, os serviços ainda apresentam dificuldades em implementar as recomendações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). O estudo será desenvolvido em um município do interior de São Paulo, envolvendo análise dos fatores que influenciam na implementação de ações pró-amamentação. A metodologia é inspirada em estudos de implementação que combina métodos

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3116-8606

Fax: (11)3116-8523

E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 3.786.187

mistos, quali-quantitativos, favoráveis para a compreensão de situações complexas sob múltiplas perspectivas. Um reduzido orçamento foi apresentado, sendo custeado pelo próprio pesquisador. O cronograma foi adequado e prevê o início da coleta dos dados em 20/01/2020.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção dos enfermeiros de AB e dos gestores da cidade de Jaguariúna quanto aos fatores que influenciam na implementação de ações pró-amamentação, de acordo com a PNAISC no eixo estratégico de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável.

Objetivo Secundário:

- 1) Compreender como se organizam as ações pró-amamentação no município e sua relação com o profissional enfermeiro;
- 2) Identificar fatores que influem como fortalezas ou como barreiras na implementação de ações pró-amamentação junto aos gestores e enfermeiros;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os procedimentos descritos, os riscos são mínimos e dizem respeito ao desconforto em responder perguntas, de terem suas respostas gravadas, bem como de serem observados em relação aos processos de trabalho cotidiano. No entanto, a liberdade de retirar o consentimento em participar do estudo está garantida no TCLE. Em relação os benefícios, os resultados deste estudo poderão contribuir para a melhoria da qualidade de assistência ao binômio mãe-bebê no que diz respeito a ações pró-aleitamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aborda uma questão na área de saúde da criança, que, embora há décadas se tenham envidado grandes esforços na implantação de políticas públicas, ainda requerem investigação sobre barreiras para a sua efetiva implementação. Na introdução do projeto a pesquisadora situa amplamente o tema escolhido, permitindo um bom conhecimento sobre o que a pesquisa tratará. O objetivo geral e os específicos estão claros e definem bem o propósito do estudo. A metodologia, embora bastante complexa no aspecto da integração dos dados quali quantitativos, parece coerente com os objetivos propostos. Um aspecto interessante da metodologia proposta, relaciona-se com o compromisso em apresentar aos participantes os resultados obtidos, permitindo a reflexão sobre os mesmos, proporcionando informações úteis na elaboração de um

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8606 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

**INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP**



Continuação do Parecer: 3.786.187

plano de ação municipal pró-aleitamento materno.

Apresentaram-se a autorização, para a realização da pesquisa, da responsável pela gestão dos serviços de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde, do local onde o estudo será desenvolvido, o orçamento e o cronograma, agora com início em data posterior à reunião deste colegiado para apreciação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em relação ao TCLE, foram apresentados, de acordo com as recomendações do colegiado, dois documentos distintos, um para os profissionais da enfermagem que participarão do grupo focal e outro para as entrevistas, com os gestores da Atenção Básica e coordenadores da assistência desse nível de atenção. Os documentos se encontram de acordo com a Resolução 466/12. Foi incluído o espaço para a assinatura do pesquisador e o erro contido na declaração do pesquisador, no final do documento, também, foi corrigido. No entanto, no final do documento foram acrescentados espaços para rubricas do participante e do pesquisador, o que é desnecessário.

Recomendações:

Excluir os espaços para as rubricas.

No trecho Responsabilidade do Pesquisador, substituir o termo "cópia" por "via" e excluir CONEP, pois o projeto não foi avaliado por tal órgão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando as correções que foram feitas e esperando que o pesquisador faça as alterações recomendadas, o projeto pode ser aprovado.

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_BÁSICAS_DO_PROJETO_1450441.pdf	17/12/2019 13:31:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEntrevistas.pdf	17/12/2019 13:29:34	Keite Helen dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLGrupoFocal.pdf	17/12/2019 13:29:11	Keite Helen dos Santos	Aceito

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8606 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

ANEXO G: Ações pró-amamentação no município de Jaguariúna – SP: percepção dos enfermeiros da Atenção Básica

MANUSCRITO 1: organizado de acordo com as normas exigidas para autores do periódico “Revista Baiana de Enfermagem”.

Keite Helen dos Santos¹, Silvia Helena Bastos de Paula²

¹Enfermeira, Especialista em Estratégia de Saúde da Família, mestranda em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde-SP.

²Enfermeira, Professora Doutora e Pesquisadora do Instituto de Saúde-SP.

Resumo

Na Atenção Básica é fundamental que o enfermeiro estabeleça vínculo com as puérperas, reconhecendo as dificuldades e realizando ações efetivas para continuidade da amamentação. Objetivos: identificar a percepção dos enfermeiros sobre as ações pró-amamentação nas Unidades Básicas de Saúde. Método: pesquisa qualitativa realizada com doze enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde na cidade de Jaguariúna- SP por meio de *web* questionários. Resultado: a partir da análise temática identificaram-se como núcleos relevantes: Percepções sobre o Contexto da AB, Barreiras estruturais, organizacionais e sociais para implementação de ações pró-amamentação e, Percepções sobre estratégias para implementação de ações pró-amamentação. Conclusão: os enfermeiros percebem que já realizam atividades com abordagem individualizada e humanizada com as mulheres grávidas e puérperas, todavia há barreiras que dificultam o acesso aos serviços e às informações adequadas, como a centralização do cuidado no médico e ausência de atividades educativas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Amamentação

Introdução

O Aleitamento Materno (AM) é uma estratégia de vínculo, carinho, nutrição e proteção para a criança, constituindo-se uma medida eficaz para intervenção na redução da morbimortalidade infantil (ROLLINS *et al.*, 2016 e VICTORA *et al.*, 2016). O LM é uma fonte segura de nutrição para o ser humano no início de sua vida e seus benefícios se estendem por toda vida adulta, sendo recomendado como único alimento até os seis meses de vida e complementado com outros alimentos adequados até dois anos ou mais (WHO, 2019). São conhecidas, inquestionáveis e extensamente documentadas na literatura mundial, as inúmeras vantagens do AM, para saúde das crianças, das mães, para as famílias, para o ambiente e para a sociedade em geral.

A amamentação repercute positivamente sobre a inteligência das crianças, assim como na renda das mesmas quando atingem a vida adulta, uma vez que o AM estimula o desenvolvimento cognitivo, os níveis de inteligência da população, o desempenho escolar e o conhecimento dos indivíduos, independentemente de suas condições socioeconômicas (FONSECA *et al.*, 2013; VICTORA *et al.*, 2015, 2016 e WHO, 2017). Para Venâncio (2015) a amamentação possui impactos no desenvolvimento infantil, associando-se ao vínculo e aos escores cognitivos mais altos, tornando-se uma estratégia de garantia do pleno desenvolvimento da criança na infância.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o leite materno (LM) é o único alimento que deve ser oferecido à criança até o sexto mês de vida. A definição de aleitamento materno exclusivo (AME) descreve que a criança deve receber somente LM (diretamente do peito ou ordenhado) e nenhum outro alimento sólido ou líquido (com exceção de medicações, suplementos ou vitaminas) até seis meses (WHO, 2019).

A amamentação seria um processo natural, se pensarmos que todas as mulheres mães produzem leite e oferecem o alimento aos filhos até que eles consigam alimentar-se de maneira independente. Com muitos programas e políticas de saúde destinadas ao incentivo da amamentação, o Brasil é um país que atribui importante significado ao aleitamento materno. No entanto há controvérsias acerca da maneira em que as mulheres conduzem a amamentação, assim como o pensamento contemporâneo sobre tal prática discorre em vertentes históricas e sociais.

O manejo da amamentação, quando realizado por profissional habilitado, estimula o aleitamento materno ao demonstrar às mulheres práticas adequadas, observando e corrigindo alguns problemas comuns como erro de pega, insegurança materna, prevenindo agravos que

podem interferir no estabelecimento de uma amamentação saudável e favorecer o desmame precoce (COSTA *et al.*, 2018).

Para Cecílio (2001) as necessidades de saúde devem ser compreendidas como resultados de articulações singulares entre as condições biológicas, sociais e psíquicas de um sujeito em um determinado momento da vida. É nesta concepção que a enfermagem deve realizar suas atividades comprometida com a saúde e com a qualidade de vida da pessoa, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, tornando fundamental as ações desta profissão durante a consulta de enfermagem na atenção à saúde da mulher, através do acolhimento, do exame clínico das mamas da mãe e da pega/posicionamento do bebê, da educação em saúde, do incentivo ao AME e, conseqüentemente o fortalecimento da autonomia das mulheres para o cuidado de si e de seu bebê.

O enfermeiro participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde, garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde e integralidade da assistência (COFEN, 2007). É profissional participante da equipe multiprofissional, devendo se engajar na luta pela concretização da integralidade da AB, reconhecendo a mulher como usuária do serviço em uma concepção ampliada de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo a PNAISC a humanização e a qualidade da atenção são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam em resolução para os problemas identificados, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente seus problemas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos. Essa compreensão implica a relevância de identificar o binômio mãe-bebê como integrantes da população, com necessidades específicas, sendo necessário um cuidado permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas (BRASIL, 2007).

O objetivo deste estudo é identificar a percepção dos enfermeiros sobre as ações pró-amamentação nas Unidades Básicas de Saúde.

Método

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvida no período de fevereiro a abril de 2020, com enfermeiros das dez Unidades Básicas (UBS) de Jaguariúna-SP, por meio do preenchimento de *web* questionário enviado para cada profissional, com posterior análise. Cabe destacar que a escolha pelo instrumento deu-se pela piora da pandemia de coronavírus, recomendando-se o distanciamento social e desestimulando atividades grupais.

Participaram do estudo doze enfermeiros que atendiam o binômio mãe-bebê cadastrados nas referidas unidades, de maneira que todos os profissionais da AB responderam os questionários. Foi utilizado como critério de inclusão: ser enfermeiro, atender o binômio mãe-bebê e atuar nas UBS do município. E, como critério de exclusão: os enfermeiros que não concordarem voluntariamente a participar ou que não trabalhassem na AB. O encerramento da coleta de dados se deu após o preenchimento de representantes de todas as UBS, ou seja, foram enviados questionários para todos os enfermeiros, inclusive para aqueles que realizam cobertura em período especial de trabalho.

Os dados obtidos foram analisados conforme a proposta de análise de conteúdo, na modalidade análise temática categorial, descrita por Minayo (2013). Essa abordagem consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos.

Para a análise, realizou-se o recorte das falas, levando-se em consideração a frequência dos temas extraídos, ou isotopias, a fim de se encontrarem os principais núcleos de sentido, cuja presença significam o objetivo proposto (MINAYO, 2013). Foram identificados os núcleos temáticos: Percepções sobre o Contexto da AB; Percepções sobre o Desejo de Amamentar; Barreiras estruturais, organizacionais e sociais para implementação de ações pró-amamentação e; Percepções sobre estratégias para implementação de ações pró-amamentação.

O estudo atendeu às diretrizes da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os sujeitos participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os enfermeiros participantes tinham entre 26 e 61 anos. Apenas uma era recém-admitida trabalhando há um mês na AB do município, os demais trabalham no município há mais de três anos. A amostra é majoritariamente feminina, uma vez que apenas três profissionais são do sexo masculino.

Segundo os profissionais o principal contato com o binômio mãe-bebê é durante a consulta de enfermeiros, realizada logo após o parto ou quando a mulher desconfia que está grávida.

“A atuação da Assistência de Enfermagem no atendimento ao Binômio Mãe- Bebê se dá desde o início de Pré Natal, conscientizando, orientando e apoiando essa família sobre todas as questões e ações que promova saúde e prevenção aos problemas de saúde.” [Enf1]

“Consulta de enfermagem Pré-Natal, puerperal e puericultura com orientações e compartilhamento de conhecimentos.” [Enf3]

“Atuação: Acolhimento, consulta de enfermagem e grupo de gestante. Que se dá desde a detecção precoce da gravidez em atendimento por demanda espontânea, seguida da consulta de enfermagem para início do PN, intercalando as consultas com o obstetra durante a gestação, até consulta puerperal e puericultura em 10 dias pós parto.” [Enf 4]

“O vínculo inicia-se ao primeiro atendimento na consulta puerperal onde eu avalio como um todo a mãe, o RN e o vínculo entre os dois, me disponho a acolher em caso de dúvidas e ou necessidades que venham ter, aumentando o vínculo do usuário com a UBS. Realizo contato direto com a usuária quando voltam a UBS para as demais consultas com pediatra, ou realizo ligação para que eu saiba como estão nesse período de adaptação, e como eu posso ajudar caso tenham dúvida dos cuidados pessoais e com o RN”. [Enf 12]

O vínculo se fortalece no estreitamento da relação entre o profissional e a mulher que vai adquirindo confiança e respeito quando a atuação profissional é competente, tornando o convívio compreensivo e acolhedor, segundo os entrevistados, sendo condição importante para o sucesso da assistência ao binômio mãe-bebê.

Fortalezas para assistência do binômio mãe-bebê

Os enfermeiros referem que além do vínculo é importante que as mulheres tenham acesso adequado para o acompanhamento da gestação desde o momento que descobre a gravidez. Entendem que o atendimento multiprofissional é uma estratégia de qualificação da assistência e que a sistematização dos processos de cuidado são fortalezas para o cuidado do binômio mãe-bebê.

“Reorganização e modificação dos processos de trabalho e protocolos de atendimento, discussões e implantações de linhas de cuidados a partir de reflexões e consensos de grupos condutores inter e multiprofissionais. Potencializar grupos de mães e gestantes para participarem de todo o processo.” [Enf7]

“Em minhas consultas eu dou abertura para que elas possam conversar sobre a amamentação comigo, normalmente a maioria relatam o desejo do aleitamento materno exclusivo. Caso elas não falem do assunto de amamentação, eu início a conversa, para saber como eu vou acompanhá-la durante a gestação e puerpério, e me disponho a sanar dúvidas e ensina-las a como se tornar uma forma mais leve a amamentação.” [Enf 12]

“Tratar com calma as preocupações da mãe e mostrar pra ela que além delas estarem alimentando o filho estão criando um elo afetivo.” [Enf 2]

Para Cecílio (2007) o planejamento das intervenções em saúde permite criar e orientar as ações dos diferentes atores do serviço, de maneira a permitir a interação entre eles,

apresentando-se como um instrumento de ação governamental para formação de políticas públicas.

As estratégias de implementação de ações pró-amamentação, quando consideramos sua efetividade, baseiam-se no entendimento da alimentação como um direito, produzindo uma discussão sobre a importância dos alimentos, do direito da amamentação tanto para a mulher quanto para o seu bebê.

Para os participantes desta pesquisa, as estratégias dependem de inúmeros fatores, como a organização dos serviços e a capacitação de RH. Entendem que há uma falta de estrutura nas instituições públicas que deveriam proteger o livre exercício do AM, inclusive na oferta de condições adequadas para continuidade da amamentação, seja por falta de apoio ou por questões sociais.

“Conhecimento do perfil do território, reconhecimento de vulnerabilidades, coordenar as ações”. [Enf 1]

“Criação de um grupo de educação continuada para capacitação de profissionais através de Grupos condutores /facilitadores, realização de oficinas de trabalho e implementação de grupos de mães, gestantes em cada unidade de saúde.” [Enf 7]

“Capacitação da equipe sobre a importância do aleitamento materno, atividades para o trabalho de promoção ao aleitamento materno, fluxo de ações clínicas para manejo de problemas mamários, indicadores para acompanhamento e avaliação da amamentação pela unidade básica de saúde.” [Enf 8] [estratégias são as de maior importância para promoção da política de amamentação no município]

Os participantes destacaram as principais questões sobre os sistemas de saúde, uma vez que influenciam e apoiam as decisões sobre a alimentação em momentos críticos, principalmente quando ocorrem desafios para manter a amamentação.

Referem que a realização da primeira consulta de pré-natal e de pós-parto são momentos importantes para que a mulher seja atendida em suas especificidades, porém, no seguimento obstétrico centrado no médico não há abordagem sobre aleitamento materno, assim como nas consultas com o pediatra não se realiza manejo da amamentação, situação justificada como falta de tempo durante a consulta.

Quando questionados sobre estratégias necessárias, a maioria explorou as intervenções diretas, não referindo-se ao papel das políticas de saúde como promotoras de desfechos adequados da amamentação. Tal condição demonstra que se procura a remoção de barreiras nos serviços de saúde, mas não de questões estruturais que interferem na capacidade da mulher amamentar.

“A principal é trabalhar a ideia durante todo o pré-natal e não somente na primeira consulta de PN e na primeira do puerpério.” [Enf 6] [estratégias são as de maior importância para promoção da política de amamentação no município]

Barreiras para assistência do binômio mãe-bebê

Durante a leitura das respostas dos questionários realizadas com os enfermeiros é possível interpretar como barreira para o sucesso de ações efetivas, no que se refere à amamentação, a não referência de momentos de discussão sobre o tema entre os gestores, os profissionais e a sociedade, assim como o entendimento que os estímulos para uma prática adequada deve ser iniciado no pré-natal e durante todo o ciclo gravídico-puerperal, destacando-se a importância do vínculo, das redes de apoio, do acolhimento, da continuidade do cuidado e da valorização da AB como porta de entrada da mulher grávida.

Os enfermeiros dos serviços de AB destacam algumas dificuldades, entendendo que a falta de recursos humanos nos serviços, a sobrecarga, a falta de motivação e a falta de capacitação interferem nos resultados quando se realizam abordagens ao binômio mãe-bebê. Estes mesmos profissionais identificaram que o perfil dos territórios é um fator que colabora com a melhor assimilação das ações de educação em saúde pela mulher e sua família, assim como o número de habitantes assistido por determinada equipe.

O reconhecimento das vulnerabilidades da comunidade, das especificidades do território e da realização de atividades de escuta ativa e acolhimento também influenciam o cuidado a esta população.

É possível identificar que ações como busca ativa, percepção da condição fisiológica e mental da mulher, realização de visitas domiciliares e o compartilhamento de informações são fortalezas de algumas unidades do município. No entanto, o reconhecimento do trabalho fragmentado aumenta a quantidade de desistências da amamentação, sendo estas atribuídas ao profissional médico.

As relações de poder estendem-se às relações entre os profissionais, as equipes e os gestores, comprometendo a autonomia dos trabalhadores no processo assistencial. Nesse sentido, o enfermeiro mantém-se com comportamento naturalizado frente a responsabilização na abordagem de problemas com a amamentação, por exemplo.

Descreve-se a inexistência de protocolos, de diretrizes clínicas municipais para orientação dos profissionais que atuam diretamente com esta comunidade, assim como há relato de incerteza sobre o incentivo dos enfermeiros à amamentação quando a mulher enfrenta dificuldades no processo.

“a equipe se prontificar na assistência como um todo, mantendo uma comunicação efetiva entre os profissionais da atenção primária e secundária, obtendo uma visão sobre as dificuldades da puérpera nos primeiros 30 dias que são cruciais. A estrutura municipal poderia facilitar o acesso aos direitos.” [Enf 6]

O trabalho realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) propõe um modelo de organização voltado para maior aproximação da comunidade, em detrimento da centralização profissional, constituindo uma proposta multidisciplinar e integradora (BRASIL, 2012a). De acordo com Lanzoni e Meirelles (2012) a inexistência de responsabilidade coletiva entre os profissionais da equipe, caracterizando a descontinuidade das ações específicas de cada trabalhador, desconsolida a estruturação mais horizontalizada do serviço, condição observada na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Na assistência à gestante e à puérpera há uma superposição de funções, sendo que algumas atividades são da competência tanto médica quanto do enfermeiro, constituindo relações de poder-fazer que exercem controle sobre os demais membros da equipe e usuários. Sobre as ações reconhecidas como efetivas, os enfermeiros referem:

“Acredito que a equipe de enfermagem estimula desde o início do Pré-Natal a amamentação, porém há necessidade de outros profissionais da saúde fazerem o mesmo.” [Enf 3]

“Na minha opinião o que mais dificulta é a falta de vínculo com a UBS, faz com que a mulher se sinta envergonhada em sanar suas dúvidas. Também vejo que no município a população visa a consulta com o médico como mais importante do que a consulta feita pelo enfermeiro, onde a maioria das vezes não são esclarecidas suas dúvidas, ou não são passada dicas para facilitar a amamentação e os cuidados.” [Enf 12]

A centralização da organização dos atendimentos das gestantes, mesmo divergentes das oficialmente instituídas pelo Ministério da Saúde é uma condição que determina quem executará as funções superpostas. Destarte, a inexistência de protocolos municipais dificulta a sistematização de uma assistência horizontal:

“Acredito que a influência médica seja um fator preponderante na desistência do desejo de amamentar, principalmente quando a puérpera enfrenta alguma dificuldade inicial e é apresentado a ela uma solução imediata e que pode ser fornecida pelo município.” [Enf 3]

No contexto deste estudo o atendimento à mulher grávida se inicia pela solicitação de exame confirmatório de gestação e sua posterior entrega para início de pré-natal. O primeiro atendimento é realizado pelo enfermeiro, momento em que são solicitados exames laboratoriais, ultrassonografia e entrega de encaminhamentos para grupo de gestantes no hospital municipal,

avaliação odontológica e vacinação. O retorno aos demais atendimentos é de competência do profissional médico, garantindo centralidade no cuidado a esta população.

O primeiro atendimento pós-parto é de responsabilidade do enfermeiro, momento em que se realiza o atendimento ao binômio mãe-bebê, identificando dificuldades na amamentação, antropometria do recém-nascido e identificadas queixas relacionadas ao puerpério. Tratando-se de, majoritariamente, unidades tradicionais de atenção básica os próximos atendimentos serão de responsabilidade unicamente médica.

Os enfermeiros também referem que a não realização de atividades de promoção ao aleitamento materno é uma barreira para o apoio ao binômio mãe-bebê.

O modelo de cuidado identificado neste serviço orientado pelo modelo tradicional de atenção básica constitui-se com práticas de poder disciplinar, relações de dependência, subordinação dos profissionais da equipe e entendimento do corpo do usuário como objeto de medicalização atingido pelo poder e saber médico.

Considerações Finais

Os desafios de empreender em uma pesquisa com dimensões que advêm das especificidades que permeiam a assistência ao binômio mãe-bebê no contexto da amamentação adquirem proporções muito maiores do que as elencadas como objetivos iniciais deste estudo.

A pandemia de coronavírus e a recomendação de distanciamento social são as principais limitações deste estudo, uma vez que as ações presenciais foram comprometidas no momento de coleta dos dados.

Aspectos como a importância do enfermeiro e a potencialidade destes profissionais para formulação de estratégias efetivas pró-amamentação surgem neste estudo como uma fortaleza, sendo apontadas pela equipe a necessidade de capacitação, de organização de fluxos de cuidado e de formação de equipe multiprofissional para o alcance de sucesso no que se refere a minimização dos casos de desmame precoce no município.

Portanto, reafirma-se a necessidade de se oferecer espaços de reflexão de forma continuada aos trabalhadores da AB, a fim de que a equipe possa ser ouvida em suas dificuldades e que desta maneira fortaleça seu vínculo com as mulheres e suas famílias, propiciando uma efetiva vigilância do pré-natal e do puerpério.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE; Onocko R. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. 3.ed. São Paulo: Hucitec, p.161-168. 2007.

Fonseca ALM, *et al.* Impacto da amamentação no quociente de inteligência de crianças de oito anos de idade. *Jornal de Pediatria* [internet]. 2013. [acesso 22/ maio/ 2019]; 89 (4), 346-353. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2012.12.010>>.

Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (3): 464-70.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, MartinesJC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG, *et al.* *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?* *The Lancet.* 2016; 387:491-504.

Venâncio SI. Amamentação: da prevenção da mortalidade infantil à promoção do desenvolvimento integral da criança. *BIS, Bol.Inst. Saúde* [internet]. 2015 [acesso 01 dez 2020]; 16(1): 84-89. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1026396/bis-v16n1-estrategias-para-alcancar-84-89.pdf>>

Victora CG, *et al.* *Association between breastfeeding and intelligence, education attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil.* *Lancet Glob Health* [internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2019]; 3(4): 199 - 205. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(15\)70002-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(15)70002-1.pdf)>

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, *et al.* *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect.* *Lancet* [internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2019]; 387: 475 - 90. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf)>

World Health Organization- WHO. UNICEF. *Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding.* New York: UNICEF; 2017.

WHO - World Health Organization. UNICEF. *Division of Child Health and Development.* New York: UNICEF, 2019.

ANEXO H: Biopolíticas da amamentação: análise dos discursos de gestores e dos profissionais de saúde da Atenção Básica

Manuscrito 2: organizado de acordo com as normas exigidas para autores do periódico “Saúde em Debate”

Biopolitics for breastfeeding: analysis of the speeches of Primary Care managers and health professionals

Keite Helen dos Santos¹, Silvia Helena Bastos de Paula²

¹Enfermeira, Especialista em Estratégia de Saúde da Família, mestranda em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde-SP.

²Enfermeira, Professora Doutora e Pesquisadora do Instituto de Saúde-SP.

RESUMO

O presente texto objetiva analisar aspectos da experiência de enfermeiros e gestores sobre as ações pró-amamentação e sua relação cotidiana com os demais profissionais para produção do cuidado ao binômio mãe-bebê. Nesse cenário desenvolvem-se relações de poder, que para Foucault, são verificadas em relações de medidas de forças, coagindo, disciplinando e controlando pessoas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada no referencial teórico foucaultiano realizada com três gestores da AB e doze enfermeiros que realizam assistência ao binômio mãe-bebê. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais com os gestores e questionários com os enfermeiros da rede, sendo analisados utilizando-se as ferramentas da análise de conteúdo temática-categorial. Os resultados emergiram de discursos referentes às relações de poder, configuradas no cotidiano de trabalho desses profissionais. Destaca-se a importância do trabalho em equipe, do respeito à autonomia dos indivíduos e da necessária responsabilização de toda equipe para o sucesso de ações pró-amamentação, uma vez que é evidenciada a circularidade das ações no enfermeiro. Ao compreender a configuração das relações de poder e a biopolítica da amamentação há a possibilidade de identificar as fragilidades da assistência, intervindo na organização do processo de trabalho e fortalecendo as ações pró-amamentação no município.

Descritores: Amamentação, Biopolíticas, Enfermeiro, Atenção Básica.

ABSTRACT

This paper reports to analyze aspects of the experience of nurses and managers on pro-breastfeeding actions and their daily relationship with other professionals to produce care for the mother-baby binomial. In this scenario power relations develop, which for Foucault, are verified in relations of mold measures, coercing, disciplining and controlling people. It is a qualitative research, anchored in the Foucaultian theoretical framework carried out with three Primary Care managers and twelve nurses who provide assistance to the mother-baby binomial. The data were collected through individuals identified with the managers and through questionnaires with the nurses in the network, using the thematic-categorical content analysis tools. The results emerged from speeches related to power relations, configured in the daily work of these professionals. The results of this study emerged from speeches related to power relations, configured in the daily work of these professionals. The importance of teamwork, the respect for the autonomy of the members and the necessary responsibility of the entire team for the success of pro-breastfeeding actions is highlighted, since the circularity of actions in nurses. By understanding the configuration of power relations and the biopolitics of breastfeeding, there is the possibility to identify weaknesses in care, intervening in the organization of the work process and strengthening as pro-breastfeeding actions in the municipality.

Keywords: Breast Feeding, Biopolitics, Nurse, Primary Care

Introdução

A amamentação seria um processo natural, se pensarmos que todas as mulheres mães produzem leite e oferecem o alimento aos filhos até que eles consigam alimentar-se de maneira independente. Com muitos programas e políticas de saúde destinadas ao incentivo da amamentação, o Brasil é um país que atribui importante significado ao aleitamento materno. No entanto, há controvérsias acerca da maneira em que as mulheres conduzem a amamentação, assim como o pensamento contemporâneo sobre tal prática discorre em vertentes históricas e sociais.

A atribuição de maneiras certas, erradas, da descrição de normas estabelecidas pela sociedade permitem análises para além daquelas que se dão entre profissionais de saúde e mulheres no que compete à assistência de enfermagem: o pensar sobre o sujeito que cuida e a história dos serviços como instituições disciplinares oportuniza uma concepção que não minimiza os indivíduos a objetos que recebem cuidado.

Para Brecailo e Tamanini (2016) a amamentação é a alimentação para crianças fornecida pelo corpo da mãe, envolvendo as subjetividades, as práticas e os arranjos necessários. Destarte, envolve as dificuldades à sua execução e a importância que é atribuída para essa prática, por parte da mulher, por parte da sociedade e por parte dos profissionais de saúde. Nesse ponto os profissionais de saúde devem compreender as complexas dimensões que envolvem o ato de amamentar.

A concepção de sujeito trazida por Foucault (2004) permeia a história das instituições disciplinares que surgiram na modernidade e pensam-no a partir de formas de discurso e das relações de poder, de maneira a postulá-lo como histórico, produzido na sua própria história e pelas histórias que o permeiam através do que chama de “história da verdade”. Foucault (2004), também descreve a ética do cuidado como prática da liberdade, afirmando que o sujeito se modifica enquanto modos em determinados momentos, de maneira que o sujeito da Antiguidade é diferente do sujeito atual.

Haja vista que há uma polissemia de conceitos quando nos referimos ao cuidado, sendo este a principal prática do enfermeiro, as pluralidades e a dimensão sociocultural devem ser consideradas quando analisamos a assistência destes profissionais. Ao entender a enfermagem como ciência e arte, torna-se imprescindível analisar seus conceitos adotando achados das ciências da vida e das ciências humanas, em uma perspectiva das múltiplas possibilidades de abordagens dos problemas de saúde.

Foucault (2016) propõe uma nova forma de entender o conceito de poder, tratando-se da observação dos efeitos que o poder detém nos enunciados, como modifica e interfere no cuidado. Para Foucault o poder insurge com a ideia de que o Estado não é o órgão central e único, uma vez que se difunde nos outros setores da vida social, tendo experiência própria e formas superficiais. Considera o poder como um “feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado” (COSTA *et. al.*, 2008).

As práticas de saúde em amamentação, que envolvem as consultas de pré-natal e puerpério no contexto da AB e de parto no âmbito hospitalar, indicam o desenvolvimento de um conjunto de ações sobre o corpo, a saúde, as formas de viver, condição em que se criam práticas nas quais os aspectos biológicos dos indivíduos passam a ser alvo dos gestores, de maneira a gerenciar não apenas os indivíduos, mas a população em seu coletivo (FOUCAULT, 2014a).

É por meio dos conceitos evidenciados nos estudos foucaultianos sobre poder disciplinar, biopoder e a produção das subjetivações do cuidado e governalidade que se analisou os discursos dos profissionais de saúde neste estudo. Tal perspectiva permitiu a adoção de conceitos das obras de Michael Foucault para análise dos discursos dos enfermeiros e gestores da AB, uma vez que permite perceber o que se desenrola ao redor das práticas de amamentação, em uma tentativa de descobrir quais são os problemas específicos que interferem nas ações de saúde e quais são determinados por questões específicas de um serviço/profissional/município.

Este artigo objetiva analisar aspectos da experiência de enfermeiros e gestores sobre as ações pró-amamentação e sua relação cotidiana com os demais profissionais para produção do cuidado ao binômio mãe-bebê.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas individuais com três gestores e por *web* questionários respondidos pelos doze enfermeiros que atendem o binômio mãe-bebê, em serviços de AB, no município de Jaguariúna-SP.

O roteiro de entrevistas continha sete questões para aprofundamento do tema e os questionários respondidos pela plataforma *Google Forms* continham treze questionamentos. Ambos iniciavam-se pela descrição profissional de cada participante, como idade, local de trabalho e aproximação da temática.

A escolha pela ferramenta *online* deu-se após o agravamento da pandemia de coronavírus no país, exigindo ações de distanciamento social e desestimulando reuniões presenciais.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e abril de 2020, após aprovação do projeto sob protocolo nº 3.786.187/19 e aceitação dos participantes para produção dos discursos.

Os dados foram analisados utilizando as ferramentas da análise de conteúdo temática-categorial, seguindo os procedimentos para a análise e os instrumentos necessários para o suporte do seu desenvolvimento (MINAYO, 2013; BARDIN, 2011).

Resultados e discussão

A importância do discurso para análise das relações de poder

Foucault (2014) entende o discurso como produção de verdade, sendo a maneira com que falamos uma forma de demonstrar nosso posicionamento (FERREIRA e TRAVERSINI, 2013). Portanto, permite-se o entendimento dos limites, as condições de existência e as relações entre as pessoas.

Destarte, o discurso contextualiza a situação vivenciada, envolvendo a maneira com que acontece com as “propriedades singulares e papéis pré-estabelecidos” (FOUCAULT, 2014a).

As relações entre as mulheres grávidas ou puérperas, enfermeiros e Estado, por meio das políticas públicas de saúde são permeadas por disputas de poder, defendidas por um discurso de bem estar e vida saudável provido por serviços de qualidade. Nessa perspectiva, Foucault destaca que as pessoas são “seres pensantes” e que suas ideias, também influenciadas pela política, economia e história de um país são condicionados por relações de poder.

Frente todo exposto, todos os indivíduos exercem poder, que está intrínseco no governo e em cada um de nós, de maneira a determinar nossas ações. O poder público pode ser entendido como aquele escolhido pela população para defender suas ideais, concretizando-se no papel do Estado, que coordena as ações individuais.

Esse poder encontra-se sempre associado a alguma forma de saber, justificando que o detentor do conhecimento viabiliza práticas autoritárias de segregação, de gestão dos corpos e dos desejos.

Nesta perspectiva o biopoder, transgressor das barreiras de um poder disciplinar, relaciona-se ao entendimento de um corpo coletivo, traduzindo-se na busca pela preservação da vida, do poder de fazer alguém viver ou deixar alguém morrer (MACHADO, 2009).

Por conseguinte, a biopolítica tem como objeto a população humana e os fenômenos naturais a ela subjacentes, regulando as taxas de natalidade, as epidemias e a longevidade dos sujeitos, massificando-os a partir de sua realidade biológica fundamental (FOUCAULT, 2010).

Enquanto representantes desta biopolítica, os serviços de saúde destinam suas ações para grupos específicos e, no que se refere ao cuidado do binômio mãe-bebê e amamentação, organizam-se ações gerais, focadas no incentivo do aleitamento materno exclusivo, no cuidado com a criança e na sobrevivência desta população.

As ações pensadas por profissionais de saúde, pautadas em políticas nacionais e municipais, entendem a população como um grupo homogêneo, sendo este, talvez, o grande problema na realização de ações pró-amamentação: a assujeitação dos indivíduos, do conhecimento a eles atribuído, das especificidades e a tentativa de ditar à mulher os passos seguros para alimentação de seu bebê, impedindo-a de construir suas escolhas de maneira autônoma e compartilhando conhecimentos para que elas possam optar pelo que consideramos ser o mais nutritivo e natural alimento do recém-nascido: o leite materno.

As relações de poder nos serviços de saúde

Os serviços de saúde, exercendo o poder que lhe é atribuído com a justificativa de poder proporcionar saúde, conceituam o cuidado pela ótica dos profissionais, trabalhando de acordo com o nível de complexidade em que estão inseridos, de maneira a oferecer para comunidade prescrições sobre hábitos de vida saudáveis e comportamentos adequados.

Estes serviços disseminam as políticas públicas que norteiam as estratégias de biopolíticas construídas em prol da vida saudável da mulher e de seu bebê, almejando diminuição do desmame precoce e aumento da qualidade de vida desta população.

Desta maneira, a biopolítica delimita a gestão da saúde, demonstrando o que a sociedade entende como correto e reforçando a necessidade do Estado oferecer respostas para cada dificuldade enfrentada pela comunidade. O gerenciamento da vida proporciona que as condições entendidas como barreiras para atenção à saúde sejam minimizadas, tanto no que se refere ao acesso quanto à resolutividade das ações. Haja vista que para efetividade das ações pró-amamentação pensa-se na construção de uma rede de apoio à mulher, repensa-se a organização dos serviços, buscando-se modelos de baixo custo e grande impacto para implementação.

Ao conceituarmos poder e o relacionarmos com o empoderamento de um conhecimento dominante torna-se possível a identificação de barreiras para as atividades da Atenção Básica.

Na visão foucaultiana há uma desconstrução do poder exercido por apenas um polo, empregando-se a conceituação de uma cadeia de submissões, que pode ser observada na relação entre enfermeiro – binômio mãe-bebê; médico - enfermeiro; políticas públicas/Estado – serviços de saúde e, inclusive entre os níveis de complexidade da atenção: hospital – unidades básicas de saúde.

É nessa perspectiva que correlacionamos a maneira pela qual o saber-poder exerce um resultado positivo nas relações, ao expressar “micropoderes” desse saber-poder. Entretanto, as relações de poder, evidentes na Atenção Básica, podem ser geradoras de conflito, em virtude da diversidade de opiniões e de posturas, tentativas de dominação de categorias profissionais e a centralização não instituída das decisões nos serviços. Além disso, a responsabilização de parte da equipe sobre o sucesso das ações de amamentação age negativamente na identificação de toda equipe como corresponsável no cuidado do binômio mãe-bebê, aumentando a pressão sobre alguns profissionais em detrimento à assistência que preconiza um cuidado multiprofissional e compartilhado.

Desvelando as dificuldades do enfermeiro na Atenção Básica

De acordo com Foucault (2014) o poder é uma relação, não é um objeto natural, portanto não se trata de propriedade de alguns indivíduos. Trata-se de um fenômeno dúbio ao ser capaz de preparar a sociedade e o grupo ou dominar os que apreendem, causando conflitos. De caráter relacional caracteriza-se por um modo de ação de uns sobre os outros, envolvendo as relações entre dois ou mais atores sociais, de maneira em que o comportamento de um é afetado pelo do outro.

O mesmo autor descreve que o poder é exercido em cadeias de submissões, nas quais ninguém é alvo único, desconstruindo a percepção de polo dominante e dominado e permitindo a observação dos sentidos e das relações que cada indivíduo ocupa na rede de dominação. (FOUCAULT, 2014).

As relações de poder estendem-se às relações entre os profissionais, as equipes e os gestores, comprometendo a autonomia dos trabalhadores no processo assistencial. Nesse sentido, o enfermeiro mantém-se com comportamento naturalizado frente a responsabilização na abordagem de problemas com a amamentação, por exemplo.

“então eu acho que fica muito atrelado ao enfermeiro, acho que tudo atrelado ao enfermeiro... eu acho que é função do enfermeiro, mas também é função da equipe e eu acho que um pouco da gestão.” [G3]

“a equipe se prontificar na assistência como um todo, mantendo uma comunicação efetiva entre os profissionais da atenção primária e secundária, obtendo uma visão sobre as dificuldades da puérpera nos primeiros 30 dias que são cruciais. A estrutura municipal poderia facilitar o acesso aos direitos.” [Enf 6]

O trabalho realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) propõe um modelo de organização voltado para maior aproximação da comunidade, em detrimento da centralização profissional, constituindo uma proposta de multidisciplinar e integradora (BRASIL, 2012). De acordo com Lanzoni e Meirelles (2012) a inexistência de responsabilidade coletiva entre os profissionais da equipe, caracterizando a descontinuidade das ações específicas de cada trabalhador, desconsolida a estruturação mais horizontalizada do serviço, condição observada na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Na assistência à gestante e à puérpera há uma superposição de funções, sendo que algumas atividades são da competência tanto médica quanto do enfermeiro, constituindo relações de poder-fazer que exercem controle sobre os demais membros da equipe e usuários. Sobre as ações reconhecidas como efetivas, gestor municipal e profissional referem:

“O que eu reconheço é a vivência dos enfermeiros com a primeira consulta né do bebê e também no pré-natal que também é o vínculo que o enfermeiro faz naquele momento com a gestante.” [G3]

“Acredito que a equipe de enfermagem estimula desde o início do Pré-Natal a amamentação, porém há necessidade de outros profissionais da saúde fazerem o mesmo.” [Enf 3]

“Na minha opinião o que mais dificulta é a falta de vínculo com a UBS, faz com que a mulher se sinta envergonhada em sanar suas dúvidas. Também vejo que no município a população visa a consulta com o médico como mais importante do que a consulta feita pelo enfermeiro, onde a maioria das vezes não são esclarecidas suas dúvidas, ou não são passadas dicas para facilitar a amamentação e os cuidados.” [Enf 12]

A centralização da organização dos atendimentos das gestantes, mesmo divergentes das oficialmente instituídas pelo Ministério da Saúde é uma condição que determina quem executará as funções superpostas. Destarte, a inexistência de protocolos municipais dificulta a sistematização de uma assistência horizontal:

“eu não reconheço nenhuma das ações [como efetivas], porque são [ações] individuais, pontuais, não são pautadas por protocolos, por diretriz clínica, por orientações direcionadas.” [G1]

“Acredito que a influência médica seja um fator preponderante na desistência do desejo de amamentar, principalmente quando a puérpera enfrenta alguma dificuldade inicial e é apresentado a ela uma solução imediata e que pode ser fornecida pelo município.” [Enf 3]

No contexto deste estudo o atendimento à mulher grávida se inicia pela solicitação de exame confirmatório de gestação e sua posterior entrega para início de pré-natal. O primeiro atendimento é realizado pelo enfermeiro, momento em que são solicitados exames laboratoriais, ultrassonografia e entrega de encaminhamentos para grupo de gestantes no hospital municipal, avaliação odontológica e vacinação. O retorno aos demais atendimentos é de competência do profissional médico, garantindo-lhe centralidade no cuidado a esta população.

O primeiro atendimento pós-parto é de responsabilidade do enfermeiro, momento em que se realiza o atendimento ao binômio mãe-bebê, identificando dificuldades na amamentação, antropometria do recém-nascido e identificadas queixas relacionadas ao puerpério. Tratando-se de uma unidade tradicional de atenção básica os próximos atendimentos serão de responsabilidade unicamente médica.

O modelo de cuidado identificado neste serviço orientado pelo modelo tradicional de atenção básica constitui-se com práticas de poder disciplinar, relações de dependência, subordinação dos profissionais da equipe e entendimento do corpo do usuário como objeto de medicalização atingido pelo poder e saber médico.

Nesse contexto, o gestor municipal responsabiliza o enfermeiro em maior grau sobre as práticas de proteção da amamentação em relação à equipe assistencial, o discurso manifesta importância deste profissional na atenção ao binômio mãe-bebê. Como mostra o fragmento da fala da G3, abaixo, há uma posição enunciativa cunhada pela atribuição de constantes responsabilidades a uma categoria profissional, muitas vezes expressando um comportamento naturalizado frente às exigências hierárquicas.

“então eu acho que fica muito atrelado ao enfermeiro, acho que tudo atrelado ao enfermeiro... eu acho que é função do enfermeiro, mas também é função da equipe e eu acho que um pouco da gestão.” [G3]

“liga para o enfermeiro e o enfermeiro não tem proatividade nenhuma em querer ajudar. Eles querem mais que dê a fórmula.” [G2]

“o profissional ele tem que vivenciar isso, acreditar nisso e conseguir transmitir isso para mãe para que ela se sinta segura na amamentação... naquele momento que ela vai tá sozinha com o bebê em casa, quando o bico racha.” [G3]

“no nosso município o enfermeiro é o único profissional que aborda e ainda tenta fazer um manejo da amamentação. Ainda tenta trazer o tema para discussão...e demais membros da equipe não reconhecem.” [G1]

Foucault (1995) entende que os discursos desvelam o que não é dito de maneira direta, manifestando o subentendido. O depoimento da G2 expressa o poder dos gestores sobre o saber científico dos enfermeiros. Para Pires (2011) os enfermeiros possuem dificuldade em analisar

as relações de poder existentes no trabalho da equipe e no serviço de saúde, enfraquecendo seu posicionamento político.

Para Cecílio (2011) mesmo as UBS caracterizando-se por estruturas mais horizontalizadas, a maneira hegemônica de gestão e o respeito dos profissionais ao poder legal-administrativos presentes nos serviços contribuem para que a hierarquização e o autoritarismo nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários mantenham-se inalteradas, sucumbindo posicionamentos de resistência e de gestão coletiva da saúde e da vida.

Considerações finais

Em consonância ao apresentado neste estudo, o saber-poder se expressa de muitas maneiras, sendo necessária a identificação de fortalezas e fragilidades.

O fortalecimento das ações pró-amamentação depende do entendimento das biopolíticas como direcionadoras de um modelo de cuidado, sendo sua efetividade pautada na correção de inúmeros desalinhamentos no que se refere à organização dos serviços municipais, assim como na identificação do trabalho em equipe como condição imprescindível para que descompassos da rede de atenção sejam identificados e transformados antes de causarem impactos à comunidade.

Desta maneira, o entendimento do enfermeiro como um profissional importante para o sucesso das ações permite que este profissional assuma seu papel na equipe multiprofissional, respeitando e exercendo sua autonomia, profissional, seu saber e construindo relações pautadas pela responsabilização de toda equipe de saúde no que se refere à amamentação, não sendo esta função específica da enfermagem.

Vale destacar que o estudo demonstrou o desejo dos profissionais em participarem de capacitações sobre o tema, evidenciando-se insegurança e desconhecimento sobre o manejo da amamentação.

Os discursos permitem a identificação de que os paradigmas das relações poder-saber dificilmente serão modificadas, principalmente quando se assume como naturais as estruturas existentes. Contudo, a reflexão sobre o que os profissionais entendem como problema cria uma oportunidade para mudança de algumas atitudes, possibilitando que as equipes problematizem os casos de seus territórios e construam modelos de cuidado capazes de transformar as relações pré-estabelecidas e naturalizadas.

Referências

- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).
- Brecailo MK, Tamanini M. Amamentar, cuidar, maternar: regulações, necessidades e subjetividades. *Demetra*; 2016; 11(3): 825-846.
- Cecílio LC. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15 (37): 589-99.
- Costa R, *et al.* Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em Enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 2008; 17(4):629-37
- Ferreira MS, Traversini CS. A Análise Foucaultiana do Discurso como Ferramenta Metodológica de Pesquisa. *Educação e Realidade*. 2013; 38 (1): 207-226.
- Foucault M. O sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus H. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- Foucault M. *História da sexualidade: A vontade de saber (Vol. 1)*. São Paulo: Edições Graal. (Originalmente publicado em 1976), 2010.
- Foucault M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- Foucault M. *Microfísica do poder*. 28a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
- Foucault M.. *A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014a. 74 p.
- Foucault M.. *A Arqueologia do Saber*. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016. 254 p.
- Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25 (3):464-70.
- Lima F. As “Leis” enquanto dispositivos – para pensar as normas, suas fissuras e efeitos. 1º Seminário sobre a Pesquisa Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. 2014; Rio de Janeiro; 2002.
- Machado R. *Foucault, a ciência e o saber*. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (13ª Ed)*. São Paulo, SP: Editora Hucitec, 2013.

Pires MRGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45 (2): 1710-5.

REFERÊNCIAS

- Almeida IS, *et al.* Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. *Cogitare Enfermagem*. [internet]. 2010. [acesso 22 maio 2019]; 15(1), 19-25. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362010000100003&lng=es&tlng=pt>
- Almeida-Filho N, Paim JS. Saúde coletiva como campo de saberes e de práticas: abordagens e perspectivas. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizador. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book; 2014.
- Almeida ER. A gênese dos núcleos de apoio à saúde da família [internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016 [acesso 01 jun 2019]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21633/1/Tese%20ERIKA%20ALMEIDA.%202016.pdf>
- Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2018; 23 (4): 1072-1088.
- Apostolico MR, Egry EY. Uso da internet na coleta de dados primários na pesquisa em Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66 (6): 949-955.
- Avilla MMM. O Programa De Agentes Comunitários De Saúde no Ceará: O Caso de Uruburetama. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 349-360.
- Backes DS, *et al.* Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis. 2006; 15: 71-78.
- Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2016; 26 (Supl8): S216 - S222.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Becker GE, Remington T. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014, 1-22.
- Boccolini CS, *et al.* O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. *J Pediatr*. [internet]. 2011 [acesso em 11 maio 19]; 87(5): 399-404. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000500006>>
- Boccolini CS, *et al.* Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. *Rev Cienc Saude Coletiva* [internet]. 2012 [acesso em 11 maio 2019]; 17(7): 1857-63. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700025>>

Boccolini CS, et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. Rev Saúde Pública. 2017; 51:108.

Bordin TM. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. SABERES, Natal RN. 2014; 1(10): 225-235.

Braccialli LADB, Vieira TQ. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos operativos. Rev. APS. 2012; 15 (4): 412-20.

Brandão EC, et al. Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2012; 14 (2): 355-365.

Brasil. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 1986 [acesso 12 set 2020]. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>>

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil Brasília: Senado; 1988.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 31 dez.

Brasil. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 jun. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010). – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 58 p.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília. 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 34, Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS; 2013a.

Brasil. 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, Seção 1, 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília: MS. 2015; 149 (1): 37.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para profissional da Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_dez_passos_alimentacao_saudavel_2ed.pdf>

Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2015b

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. 1st ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 148p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

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, 2017a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília (DF); 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde: versão 7 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Jul 9]. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/normas/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude-versao-7/>

Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde; 2020a [citado 2020 dez 1]. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>>

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, 2020b. [acesso em 2020 dez 01]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>

Brecailo MK, Tamanini M. Amamentar, cuidar, maternar: regulações, necessidades e subjetividades. Demetra; 2016; 11(3): 825-846.

Brito AAC, Cavalcante RD, Farias TRO. Percepção de nutrizes sobre o apoio do enfermeiro da Atenção Básica à amamentação exclusiva. Rev Enferm. UFPE. 2012; 6(2): 483-7.

Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK. Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice; 2012.

Bhutta ZA, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Lancet. 2008; 371:417-440.

Bhutta ZA, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? Lancet. 2013; 382:452-477.

Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. Jornal de pediatria [internet]. 2004 [acesso 20 abr 2019]; 80 (5). Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0473.pdf>>

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2004 Set [acesso 20 set 2020]; 9 (3): 745-749. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=en.

Carvalho JKM, Carvalho CG, Magalhães SR. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. E-scientia. 2011; 4(2): 11-20.

Carvalho LS, et al. Trajetória das Políticas Públicas de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil. In: 17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e 1º Congresso Ibero-Americano de Fonoaudiologia, 2009, Salvador. Anais. Salvador: SBFA, 2009, p. 1-5.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS R, (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO. 2001; 113-27.

Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE; Onocko R. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. 3.ed. São Paulo: Hucitec, p.161-168. 2007.

Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu). 2011; 15(37):589-99.

Chung M, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann InternMed. 2008; 149(8):565-582.

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, 2007.

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto. [internet]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>

Corrêa VDAF, Acioli S, Tinoco TF. Cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: práticas e fundamentações teóricas. Revista Brasileira De Enfermagem Reben, Rio de Janeiro, julho, 2018.

Costa R, et al. Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em Enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2008; 17(4):629-37

Costa GD, et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais. Rev Cien Saúde Colet. 2011; 16(7):3229-3240.

Costa EFG, et al. Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno. Rev Fund Care Online. 2018; 10(1):217-223.

Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa. Revista Saúde Debate, 2015.

Cunha EC, Siqueira HCH. Aleitamento materno: contribuições da enfermagem. *Ensaio Cienc, Cienc. Biol. Agrar. Saúde*. 2016; 20 (2): 86-92.

Cyrillo DC, et al. Duas décadas da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes: há motivos para comemorar? *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(2).

Dawson B. Interim report on the future provision of medical and allied services 1920. Ministry of Health, 1920.

Deleuze G. Proust e os signos. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

Escobar AMU, et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2002; 2(3): 253-61.

Espírito Santo LC, Monteiro FR, Almeida PVB. Políticas Públicas de Aleitamento Materno. In: Carvalho, M. R.; Gomes, C. F, organizador. *Amamentação: bases científicas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Figueiredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. *Rev Esc. Enferm. USP, São Paulo [internet]*. 2013 [acesso em 11 maio 2019]; 47 (6). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01291.pdf>>

Figueiredo B, et al. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr*. 2013; 89(4):332-8.

Fonseca ALM, et al. Impacto da amamentação no quociente de inteligência de crianças de oito anos de idade. *Jornal de Pediatria [internet]*. 2013. [acesso 22/ maio/ 2019]; 89 (4), 346 353. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2012.12.010>>.

Foucault M. O sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

Foucault M. Segurança, território, população: curso dado no *Collège de France* (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Foucault M. História da Sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

Foucault M. Ditos e Escritos VII: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Trad. Vera Lucia Avellar Ribeiro. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

Foucault M. Microfísica do poder. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014a.

Foucault M. Arqueologia do saber. São Paulo: 2016.

Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2009.

Garuzi M, et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: Revisão integrativa. Revista Panamericana de Salud pública, 2014.

Gontijo TL, Xavier CC, Freitas MIF. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. Cad Saúde Pública [internet]. 2012. [acesso em 11 maio 2019]; 28(5):935-44. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500012>>

Gorrita RRP, Brito BH. Factores relacionados con la utilización insuficiente de la lactancia materna. Medimay. 2012; 18(2):154-63.

Gouveia C, Órfão A. Problemas comuns da amamentação. Rev Port Clin Geral. 2009; 25(3): 370 - 5.

Horta BL, et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.

Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - Produto interno dos municípios [internet]. 2019. [acesso em 20 abr 2019]; Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/jaguariuna/pesquisa/38/47001?tipo=ranking>>

International Baby Food Action Network. IBFAN Brasil [Internet].2019. [acesso em 20 abr 2019]; Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/site/>>

Jager E, et al. -. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. Midwifery; 2013. 29(5):506 - 18.

Jaguariúna (SP). Portaria Nº 1.398. Institui o Grupo Condutor Municipal da Linha de Cuidado da Saúde da Criança (GC-LCSC) da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no município de Jaguariúna – SP, p.6, 29 de outubro de 2020. 2020 [acesso em 01 dez 2020]. Disponível em: <https://dosp.com.br/exibe_do.php?i=MTMOMTEw>

Kalil IR, Aguiar AC. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. Saúde debate; 2016. 40 (110) Jul-Sep.

Kalinowski LC, et al. A puérpera primípara no domicílio e a enfermagem: teoria fundamentada nos dados. Online braz j nurs (on line). 2012;11(3):701-19.

Klock P, et al. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: importando-se com o outro. *Cogitare Enferm.* 2007; 12 (4): 452-9.

Kramer M, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *The Cochrane Library.* 2012; 4(8).

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2307-2316.

Kruse MHL, et al. Metodologias de Pesquisas Pós-Críticas: possibilidades para a saúde e a enfermagem. *Enfermagem em Foco.* [Internet]. 2013; 4(1):64.

Lamberti LM, et al. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health* [internet]. 2011 [acesso em 11 maio 2019]; 11(Suppl3): S15. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S15>>

Lamberti LM, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health* [internet]. 2013 [acesso em 11 maio 2019]; 13(Suppl3): S18. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S18>>

Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (3): 464-70.

Leal MC, et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2015; 15(1):91-104.

Leite AM, Silva IA, Scochi CG. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2004; 12(2): 258-64.

Lima M, et al. In: Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo. Org: Alosno, et al. Sesc São Paulo/CEBRAP São Paulo, 2016

Lincetto O, et al. Antenatal care. In: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Opportunities for Africa's newborns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa [Internet]. Cape Town: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2006 [acesso em 01 dez. 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_2.pdf>

Lowen IMV, et al. Inovação na pratica assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primaria. *Revista Brasileira De Enfermagem Reben, Curitiba-PR,* fevereiro, 2017.

Lutter CK, et al. Key principles to improve programmes and interventions in complementary feeding. *Rev Matern Child Nutr* 2013; 9(S2):101-115.

Malaquias TSM, Gaíva MAM, Higarashi IH. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* 2015; 36(1):62-68.

Marques MB. Discursos médicos sobre seres frágeis. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 88 p.

Marques RG, Prado SRLA. Consulta de enfermagem no pré-natal. *Revista de Enfermagem UNISA*. 2004; 5: 33-6.

Marinho MS, Andrade EM, Abrão ACFV. A atuação do (a) enfermeiro (a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. *Rev Enfermagem Contemporânea*. 2016; 4(2):189 -198.-

Martins PCR, Pontes ERJC, Higa LT. Convergência entre as Taxas de Mortalidade Infantil e os Índices de Desenvolvimento Humano no Brasil no período de 2000 a 2010. *Interações (Campo Grande)*. 2018; 19 (2): 291-303.

Martins AB, Ribeiro J, Soler ASG. Proposta de exercícios físicos no pós - parto: um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. *Invest. Educ Enferm*, 2011.

Matumoto S, et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19 (1): 08.

Mello DF, et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(4): 675-679.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes EV. A modelagem das redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Atenção à Saúde: Minas Gerais, 2007.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15 (5): 2297-2305.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan - Americana de Saúde, 2011.

Merhy EE. Sistema único de Saúde em Belo Horizonte-Reescrevendo o Público; Ed.Xamã; São Paulo, 1998.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo (Vol. 145). Hucitec. Merhy EE, (1997). A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (EE Merhy e R. Onocko, org.), pp. 197-228, São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação interação e descoberta. In: Minayo MS; Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p. 61-77.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 621-626.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

Minayo MCS. (Org.), Deslandes SF, Cruz Neto O. Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

Monteiro FR, et al. Influence of Maternity Leave on Exclusive Breastfeeding: Analysis from Two Surveys Conducted in the Federal District of Brazil. *Journal of Human Lactation*. 2019; 35(2):362-370.

Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública*. São Paulo: 2017;33(1):1 - 4.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Debate* 2018; 42(116): 11 - 24.

Neto ETS, et. al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc*. São Paulo, 2008; 17 (2): 107-119.

Oliveira AP, Gavasso WC. A atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno em unidades de estratégia de saúde da família do município de Joaçaba, SC. *Rev Unoesc Ciência - ACBS*. 2012;3(1): 7 - 12.

Oliveira CS, et. al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(n.esp.):16-23.

Omote S, Prado PST, Carrara K. Versão eletrônica de questionário e o controle de erros de resposta. *Estud Psicol*. 2005; 10(3):397-405.

Organização das Nações Unidas – ONU. The Millennium Development Goals Report 2015. [citado 2020 out 10]; Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2015.html>

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS /PAHO. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020 [citado 2020 jul 9]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breastfeeding: updated recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. London: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2003.

Passanha A, et al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2013[acesso em 11 maio

2019]; 47(6): 1141 - 8. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004807>>

Paula SHB. Memórias e histórias da atenção básica do Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.

Paula SHB, et al. (Protocolo) Avaliação de fatores contextuais que interferem na implementação do protocolo no manejo da coinfeção TB-HIV nos serviços de atenção especializada / SAE no estado do Ceará, IPIER, OPAS, 2014

Paula SHB, et al. Evaluación de la implementación del protocolo de manejo de coinfección de tuberculosis y VIH en los servicios de asistencia especializada del estado de Ceará, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e48.

Peters DH, Tran TT, Adam T. Investigación sobre la implementación de Políticas de Salud: Guía Práctica. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud; Organización Mundial da Saúde. - OMS; 2013.

Pires MRGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45 (2): 1710-5.

Pogrebinschi T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. Lua Nova [online]. 2004, n.63, pp.179-201.

Prates LA, Schmalfuss JM, Lipinski JM. Rede de apoio social de puérperas e amamentação. Esc Anna Nery 2015; 19(2):310-315.

Primo CC, et al. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. Cogitare Enferm. 2015; 20(2):426-33.

Ramos FRS, et al. Foucault e enfermagem: arriscando a pensar de outros modos. Index Enfermia, 2007 (verão); 16(57):37-41.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública, 2003; 19(Sup. 1): 537-545, 2003.

Relvas, GRB. Avaliação dos efeitos da utilização do Manual de Apoio ao Tutor no contexto de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2018.

Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev 2012; (5).

Requejo JH, et al. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. Lancet. 2015; 385:466-76.

Rimesi KA, Oliveira MIC, Boccolini CS. Licença - maternidade e aleitamento materno exclusivo Rev Saúde Publica. 2019; 53:10.

Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Rev Bras. Enferm. Brasília [internet]. 2014 [acesso em 20 jan 2019]; 67(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100022&script=sci_arttext

Rollins NC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet. 2016; 387:491-504.

Ryan K, Todres L, Alexander J. Calling, permission, and fulfillment: the interembodied experience of breastfeeding. Qual Health Res. 2011; 21(6):731-42.

Sala A, Mendes JDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. Rev Saúde Soc 2011; 20: 912 -26.

Sampaio PF. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? Cad. Saúde Pública. 2011; 27(7):1349-61.

Sanine PR, et al. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2018 [acesso em 09 jun 2019]; 34 (6): e00094417. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605002&lng=en>

Sanine PR, Castanheira ERL. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 2018; 25: p.199 - 215.

Santiago LB. Programas e políticas de saúde a favor do aleitamento materno (AM): uma breve revisão dos últimos 20 anos. Sociedade Brasileira de pediatria; 2014.

Secchi L. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

Secretaria Municipal de Planejamento Urbano (Jaguariúna). Dados estatísticos [internet]. 2018. [acesso em 06 mar 2018]. Disponível em: <<http://www.jaguariuna.sp.gov.br/atendimento/dados-estatisticos/>>.

Secretaria Municipal da Saúde (Jaguariúna). Plano plurianual do município de Jaguariúna (PPA)- Programa 28: revitalização do sistema de saúde municipal- ampliar a cobertura e a qualidade dos serviços municipais de saúde. 2018a.

Shimizui HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; 62 (3): 387-392.

Silva CL, Bassi NSS. Políticas públicas e desenvolvimento local. In: SILVA, C. L. Políticas Públicas: desenvolvimento local. Petrópolis: Vozes, 2012. 15-38 p.

Siqueira FPC, et al. A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área do aleitamento materno. Rev Investig Enferm [internet]. 2017. [acesso em 01 jun 2019];19(1): 171-186.

Siqueira, PBC. Aconselhamento em amamentação no contexto da visita domiciliar puerperal: a compreensão de enfermeiros e puérperas [dissertação]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.

Sousa PHSF, et al. Protagonismo do enfermeiro na atenção básica de saúde Braz. J. of Develop., Curitiba, 2020; 6(10): 76-157.

Souza LMBM, Almeida JAG. História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre. 2006; 8(16): 20-45.

Souza KV, et al. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2008; 29 (2): 175-181

Souza CB, Espírito Santo LC, Giugliani ERJ. Politique publique de soutien à l'allaitement maternel: l'expérience du Brésil. La Santé de l'homme São Maurício. 2010; 408: 34-36.

Souza RMP. Um estudo de caso sobre o manejo clínico da amamentação nas maternidades públicas da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2013.

Souza SNDH, Mello DF, Ayres JRJM. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2013; 29(6):1186-1194.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília (DF): DFID; 2004.

Strauss AL. Espelhos e Máscaras: A busca de identidade São Paulo: DUSP; 1999.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf. Epidemiol. SUS. 1998; 7 (2): 7-28.

Teixeira RMV. Indicadores de Saúde Materno-Infantil: uma análise a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica / Regina Mônica Viana Teixeira. 2012. 67f.:il. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Fortaleza, 2012.

Veiga-Neto A, Lopes MC. Inclusão como dominação do outro pelo mesmo. Pedagogía y Saberes, Bogotá, DC, [internet]. 2012. [acesso em 22 set 2020]; 36:57-68. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5364944>>.

Veloso LFG, Almeida JAG. O aleitamento materno nos programas brasileiros de pós-graduação em pediatria : perfil das dissertações e teses elaboradas de 1971 a 2006. Rev Paulista de Pediatria. 2009; 27(2): 154 - 159.

Venâncio SI, et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no estado de São Paulo, no período de 1998-2008. BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online) [online]. 2010; 7 (83): 4-15.

Venâncio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. Rev Saúde Pública [internet]. 2013 [acesso em 9 abr 2019]; 47(6): 1205 - 8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601205&lng=en>

Venâncio SI. Amamentação: da prevenção da mortalidade infantil à promoção do desenvolvimento integral da criança. BIS, Bol.Inst. Saúde [internet]. 2015 [acesso 01 dez 2020]; 16(1): 84-89. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1026396/bis-v16n1-estrategias-para-alcancar-84-89.pdf>>

Venâncio SI, et al. Intervenções efetivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável no contexto da Atenção Primária à Saúde. Instituto de saúde. [internet]. 2020. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/relatorio_rr_ameacparasite.pdf>

Victora CG, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet. 2008; 371: 340 - 357.

Victora CG, et al. Saúde no Brasil 2: Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet [internet]. 2011. [acesso em 22 maio 2019]; 6736(11): 32 - 46. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf>

Victora CG, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health [internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2019]; 3(4): 199 - 205. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(15\)70002-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(15)70002-1.pdf)>

Victora CG, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect. Lancet [internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2019]; 387: 475 - 90. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf)>

Waltz CF, Strickland O, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. New York: Hardcover, 2010

World Health Organization- WHO/UNICEF. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Meeting "Breastfeeding in the 1990s: a global initiative". Cosponsored by the United States Agency for International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy; 1990 30 July - 1 August, 1990.

World Health Organization - WHO. Guia do treinador aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Genebra: UNICEF; 1997.

World Health Organization - WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007.

World Health Organization - WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.

World Health Organization- WHO. UNICEF. Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding. New York: UNICEF; 2017.

World Health Organization.- WHO. UNICEF. Division of Child Health and Development. New York: UNICEF, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: DESCRIÇÃO DAS TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS, BARREIRAS E FORTALEZAS

Fatores estruturais e organizacionais para realização de ações pró-amamentação				
	Gestor 1 (G1)	Gestor 2 (G2)	Gestor 3 (G3)	Observações
Aproximação com o binômio (P1)	"Hoje eu não tenho aproximação técnica na minha atuação com esse público"	"Então...hoje nenhuma"	"Na minha prática profissional, nesses 20 anos nenhuma"	Os gestores municipais consideram não ter aproximação com o binômio mãe-bebê
Ações pró-amamentação efetivas (P4)	"Olha como efetivas eu não reconheço nenhuma das ações, porque são [ações] individuais, pontuais, não são pautadas por protocolos, por diretriz clínica, por orientações direcionadas."	"Então, eu vou ser bem sincera, eu não reconheço nenhuma prática."	"O que eu reconheço é a vivência dos enfermeiros com a primeira consulta né do bebê e também no pré-natal que também é o vínculo que o enfermeiro faz naquele momento com a gestante"	Não identificação de ações efetivas pró-amamentação, compreendendo as ações como pontuais e não pautadas por diretrizes. Identificação da primeira consulta de pré-natal e de puerpério com o enfermeiro como ação efetiva.
Ações entre hospital e atenção básica (P4)	"As consultas de enfermagem onde protocolarmente esse assunto é abordado." "Existe um grupo de gestantes que acontece no hospital onde este tema também é abordado, mas também bem protocolarmente. Não é uma coisa que traz também a questão prática, que traz é troca de experiências, é como uma aula mesmo da importância do aleitamento materno."	"você trabalham enquanto enfermeiro na consulta do pré-natal, uma consulta que eles fazem e sei que trabalham na questão da [amamentação] do retorno [para consultas] e também eu acho que não são todos."	Não vejo nenhum grupo, nenhum e o pediatra se ele faz ele faz dentro daquela consulta e é individual.	Grupo de pré-natal no ambiente hospitalar, dependendo de encaminhamento e adesão voluntária da grávida cuja abordagem é considerada "Protocolar". Compreensão de que a principal ação pró-amamentação é a primeira consulta do enfermeiro com a puérpera. Identificação de que profissionais envolvidos com a amamentação realizam apenas consultas individuais.
Estratégias para melhorar assistência ao binômio (P5)	"Eu acredito que como estratégias são assuntos que tem que permear a sociedade porque hoje o acesso à informação ele é muito fácil."	"Então eu acredito que tem que ser feito um trabalho mais com a sociedade mesmo pra ser um tema que perdure nas discussões e dentro das equipes de saúde com certeza deveria ter estratégias que hoje eu não reconheço nenhuma, mas que teria que ser multiprofissional então não pode ser na primeira consulta de enfermagem, não pode ser numa segunda ou terceira consulta."	"Ela tem que ser uma fala de todos os profissionais. Então o sucesso pra estratégias como essa só entendo desde que toda uma equipe esteja envolvida. Sabe quando você entra numa unidade e o porteiro fala: 'mas de chupeta mãe, não precisa!?' Porque se o porteiro tá envolvido no processo todo mundo."	Orientações sobre aleitamento materno devem fazer parte das discussões entre as equipes de profissionais de saúde envolvendo a sociedade. O estímulo à amamentação deve começar no pré-natal e serem reforçadas ao longo da assistência de maneira multiprofissional Percepção de que ações efetivas dependem do envolvimento de toda equipe
Estratégia de proteção à amamentação e a alimentação saudável (P6)	"Não tenho conhecimento. Por exemplo aqui no hospital a gente tem mulheres no puerpério que deveriam amamentar... eu tenho espaço pra oferecer pra elas? Eu incentivo o	"Que a gente tem discutido, valendo assim... trabalhando.. não. A gente tem o nosso planejamento de ter esse grupo, tem lá uma diretriz que a	"Eu acho que hoje não seguir o planejamento é a falta de recursos humanos... então eu acho que fica muito atrelado ao enfermeiro, acho que tudo..	Percepção de que há uma dificuldade em identificar estratégias de proteção à amamentação, apontando a existência de grupo no plano municipal de saúde e descrevendo a

Fatores estruturais e organizacionais para realização de ações pró-amamentação				
	Gestor 1 (G1)	Gestor 2 (G2)	Gestor 3 (G3)	Observações
	<i>aleitamento? Eu dou uma hora pra ela porque é lei. Ela consegue ir até a casa dela? Não! Ela consegue manter a amamentação muito tempo? Então eu não vejo que a gente consiga atuar dentro do próprio hospital."</i>	<i>gente pensou em trabalhar, mas que funcione na prática não."</i>	<i>atrelado ao enfermeiro... eu acho que é função do enfermeiro, mas também é função da equipe e eu acho que um pouco da gestão."</i>	Importância do planejamento em saúde e do papel entre gestores. Entendimento que proteger a amamentação é função do enfermeiro e em menor grau da equipe e dos gestores.
Estratégia para melhorar a adesão da mulher ao aleitamento materno (P7)	<i>"durante o pré-natal, tem que ser uma questão da sociedade, mas ainda durante o pré-natal é o momento que ela [mulher] ainda está mais sensível. Deveria ter momentos próprios pra se trabalhar esse assunto [aleitamento materno], com troca de experiências, com situações de sucesso, com situações de dificuldade, como essas dificuldades foram superadas porque amamentar, na minha concepção"</i>	<i>"durante o pré-natal trabalhada dentro da realidade [das condições que podem acontecer com a mulher]. Olha pode acontecer isso sim, mas você pode fazer isso, eu estou aqui se você precisar.. que é outra coisa que o profissional não consegue... porque quando ela precisa você não está á disposição, você não tá lá a gente precisa tanto qualificar as equipes para este tema quanto realmente ter uma porta aberta de acolhimento pra essa mulher."</i>	<i>Eu acho que essa é uma boa estratégia. [questionada referiu: "Hoje só de seguir o planejamento a gente melhora o aleitamento materno"]</i>	Gestores acreditam que iniciar a abordagem sobre amamentação no pré-natal é uma estratégia importante para incentivar o aleitamento materno. Acreditam que momentos para troca de experiências e o planejamento das ações são estratégias importantes para aumentar a adesão das mulheres à amamentação.
Observações gerais	Percebe que a falta de seguimento à diretrizes e protocolos é um problema para ações voltadas para amamentação. Entende que as poucas ações pró-amamentação são as consultas de enfermagem e o grupo de gestantes que acontecem no hospital não permeiam a sociedade e são protocolares, não cumprindo o objetivo de educação em saúde.	Compreende a consulta de enfermagem como ação de promoção à amamentação, entendendo que as discussões devem incluir a sociedade, as equipes multiprofissionais, que devem considerar as dificuldades que a mulher pode enfrentar durante a amamentação. Descreve que o planejamento, a continuidade dos atendimentos, a porta aberta e o acolhimento da mulher já no pré-natal contribuem para melhorar o aleitamento materno.	Entendimento que o vínculo que o enfermeiro faz no primeiro atendimento e no pré-natal são estratégias para melhorar o aleitamento materno. Descreve que o envolvimento de toda equipe, o planejamento e os atendimentos em grupo como importantes ações pró-amamentação em detrimento às consultas individuais. Compreende que o enfermeiro tem a função de assistir o binômio, com menor responsabilidade da equipe e da gestão.	Promoção e apoio ao aleitamento materno durante o pré-natal na atenção básica: educação em saúde no pré-natal, realização de grupos de promoção à saúde Ações da atenção básica que promovem, apoiam e protegem o binômio e a amamentação: vínculo, acolhimento, trabalho multiprofissional, envolvimento da sociedade, longitudinalidade do cuidado, porta aberta, rede de apoio, realização de grupos educativos Papel do enfermeiro, das equipes de saúde e do gestor para promoção do aleitamento materno: responsabilização dos profissionais e da equipe gestora

APÊNDICE 2: IDENTIFICAÇÃO DAS ISOTOPIAS, TEMAS E CATEGORIAS

Achados nas isotopias - gestores	Categorias
Poder – Significado do ser enfermeiro na Atenção Básica	O enfermeiros realizam apenas a primeira consulta da gestante e a primeira consulta da puérpera, as demais são de atribuição médica Responsabilização sobre as ações pró-amamentação do enfermeiro em maior grau do que os demais profissionais da equipe e gestores
Medicalização da saúde – Papel da Educação em Saúde nas ações pró-amamentação	Inexistência de grupos na AB e realização de grupo para gestantes em ambiente hospitalar
Biopolítica - Educação em Saúde	Abordagem protocolar em grupo de promoção à saúde e consulta de enfermeiro
Educação em Saúde - Papel da Educação em Saúde nas ações pró-amamentação	Importância da discussão sobre aleitamento materno entre gestores, profissionais e sociedade
Educação no pré-natal - Papel da Educação em Saúde nas ações pró-amamentação	Estímulo à amamentação deve começar precocemente no pré-natal devendo ser reforçadas durante todo o ciclo gravídico puerperal Grupo de gestantes é uma das estratégias de atenção ao pré-natal no planejamento municipal
Cultura organizacional	Importância do vínculo, das redes de apoio, do acolhimento, da continuidade do cuidado e da AB ser porta de entrada para mulher grávida

Compreensão das ações pró-amamentação -enfermeiros	
Temas / Categorias	Isotopias contidas nos questionários
Envolvimento no atendimento do binômio: Cultura organizacional	Enfermeiros referem assistência de enfermagem no atendimento do binômio, consulta de enfermagem no pré-natal, puerperal e puericultura. Acolhimento, demanda espontânea, durante vacinas
Desejo da mulher em amamentar: Educação em Saúde	Maioria gosta de ideia de amamentar, desejo de aleitamento materno exclusivo
Percepção de mudança no desejo de amamentar no período grávido- puerperal: Cultura da AB	Participação de familiares e profissionais de saúde
Atividades pró-amamentação: Cultura da AB	Equipe de enfermagem estimula desde o início do Pré-Natal a amamentação. Conhecimento do perfil do território. Reconhecimento de vulnerabilidades, coordenar as ações. O acolhimento e as orientações que envolvem o processo. Consultas de enfermagem com orientações iniciais sobre amamentação, consulta puerperal, grupo de gestante. Trabalho no mês de agosto: Agosto dourado. Grupo de gestante e amamentação. Criação de um grupo de Educação continuada para capacitação de profissionais através de Grupos condutores/ facilitadores, realização de oficinas de trabalho e implementação de grupos de mães, gestantes em cada unidade de saúde. Capacitação da equipe sobre a importância do aleitamento materno, atividades para o trabalho de promoção ao aleitamento materno, fluxo de ações clínicas para manejo de problemas mamários, indicadores para acompanhamento e avaliação da amamentação materna pela unidade básica de saúde. Orientação contínua, acompanhamento do RN e primeira infância. Trabalhar a ideia durante todo o pré-natal e não somente na primeira consulta de PN e na primeira do puerpério.
Qualidade da assistência ao binômio: Educação no pré-natal - Papel da Educação em Saúde nas ações pró-amamentação	Diálogo, Observação, Avaliação, Escuta qualificada, Orientação, Linguagem acessível, Empatia, Atendimento Humanizado. Calma as preocupações da mãe e mostrar pra ela que além delas estarem alimentando o filho estão criando um elo afetivo. Formação de grupos/oficinas de trabalho com temas relacionados. Equipe multiprofissional seguindo a mesma linha de trabalho. Grupo de gestantes. Acolhimento durante as consultas de pré-natal. Reorganização e modificação dos processos de trabalho e protocolos de atendimento, discussões e implantações de linhas de cuidados a partir de reflexões e consensos de grupos condutores inter e multiprofissionais, Potencializar grupos de mães e gestantes para participarem de todo o processo. Educação permanente e treinamentos. Palestras, orientações individuais. Conscientização, procurar fazer com que pais e mães entendam que é a melhor alternativa [amamentar] para o RN. Orientações e fortalecimento do vínculo entre profissionais e a mãe/ família. Inicia-se pelo vínculo. O embasamento e a forma de comunicar. O acolhimento individual e único facilita para uma boa assistência.
Envolvimento dos profissionais de saúde: Educação em Saúde	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Ginecologista, Pediatra, Serviço Social, Psicologia, Nutricionista. Nutricionista, profissional que poderia contribuir com ações. Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, dentista, psicólogo. Obstetras, enfermeiros, técnicos em enfermagem, ACS, farmacêuticos, psicólogos, dentistas, pediatras. Toda equipe de saúde da unidade. A justificativa é a interdisciplinaridade. A equipe por completo faz com que haja uma aceitação melhor para a amamentação, a orientação faz com que ocorra uma demanda maior para o AME
Estratégias efetivas: Educação em Saúde	Consulta individual. Grupos para que possam trocar experiências
Papel do enfermeiro nas ações pró-amamentação Dificuldades dos enfermeiros nas ações pró-amamentação	Conhecimento do perfil do território, Reconhecimento de vulnerabilidades, Convocação, Visita Domiciliar, Orientação, Coordenar as ações. Acolhimento. Orientação, compartilhamento de experiências e conhecimentos, Treinamento prático. Incentivar a amamentação e estabelecer ferramentas que possam contribuir para o envolvimento da equipe. Atividades educativas em maior intensidade, não só somente em grupos; abordagens mais frequentes. Aconselhamento, consulta de enfermagem, integração dos serviços e equipe, promoção de grupos de apoio e educação. Formação de grupos de gestantes e mães, estimular participação da família no apoio a amamentação, avaliar a técnica de amamentação em todos os contatos com a mãe, acompanhar o desenvolvimento do lactente. Orientação durante a gestação, acompanhamento no puerpério e atendimento neonatal. Educar e estimular. Dificuldade na pega correta, ajudar a mãe a ter confiança e acreditar que vai dar certo, ajudar nas primeiras mamadas.

Barreiras para implementação das ações pró-amamentação	
Temas	isotopias
Envolvimento no atendimento do binômio: Poder – Significado do ser enfermeiro na Atenção Básica	Três enfermeiros que atuam na assistência ao binômio consideram não ter envolvimento direto com o mesmo. Um deles não atua apenas no horário estendido, sendo responsável por toda assistência grávido-puerperal da unidade.
Desejo da mulher em amamentar	'Não há leite', dor.
Percepção de mudança no desejo de amamentar no período grávido-puerperal: Medicalização da saúde – Papel da Educação em Saúde nas ações pró-amamentação	Sobrecarga de responsabilidade, desmotivação, cansaço físico e mental, depressão, relação abusiva, mitos sobre o leite materno, uso de artefatos que prejudicam a amamentação. Fissura mamilar, dificuldade de pega, mito do "leite fraco", influência do pediatra no hospital para introdução de fórmula.
Atividades pró-amamentação Educação no pré-natal - Papel da Educação em Saúde nas ações pró-amamentação	Dificuldades em colocar tais ações em prática como: Déficit de Recursos humanos, Apoio dos demais profissionais, Engajamento da Equipe, Falta de liderança, Desmotivação Profissional, Sobrecarga profissional ou multifuncionalidade, Falta de Capacitação de toda equipe. Há necessidade de outros profissionais da saúde fazerem o mesmo (estimular a amamentação desde o início do PN). Maior envolvimento dos profissionais. Trabalhamos de forma isolada sem estratégia e planejamento.
Dificuldades para implementação da política de amamentação Cultura organizacional	Déficit de Recursos humanos, Desmotivação Profissional, Sobrecarga profissional ou multifuncionalidade, Falta de Capacitação de toda equipe, Falta de vínculo do paciente com Unidade de Saúde, Cultura de apego as propagandas publicitária da indústria alimentícia. Falta de apoio e recursos materiais lúdicos pedagógico. Profissional enfermeiro do sexo masculino que acaba inibindo algumas mães e também ao dimensionamento de pessoal. Influência médica como fator preponderante na desistência do desejo de amamentar, principalmente quando a puérpera enfrenta alguma dificuldade inicial e é apresentado a ela uma solução imediata e que pode ser fornecida pelo município. Aspecto cultural, político e social, baixo envolvimento dos profissionais, serviços não integrados, sem metas para o incentivo a amamentação, falta de capacitação dos profissionais. Baixo número de profissionais envolvidos, facilidade das mães em conseguirem fórmulas lácteas pelo serviço público. Equipe se prontificar na assistência como um todo, mantendo uma comunicação efetiva entre os profissionais da atenção primária e secundário, obtendo uma visão sobre as dificuldades da puérpera nos primeiros 30 dias. A estrutura municipal poderia facilitar o acesso aos direitos. Falta de uma política municipal que promova, apoie e incentive a amamentação, Disponibilidade de oferta de leite industrializado para RN no município, Baixa oferta de Capacitação para profissionais da atenção básica e maternidades, Processos de trabalho e oferta de serviços que não incentivam a amamentação e o trabalho em grupos e / ou oficinas. Falta de envolvimento da equipe, falta de treinamento e capacitação, escassez de recursos humanos e insumos. Facilitação da alimentação artificial, trabalho das mães, excesso de atividades dos profissionais responsáveis. Posicionamento da mãe, se ela decidiu que não quer ela não irá mudar de ideia, sob qualquer argumento. Precoce introdução do leite artificial. Falta de vínculo com a UBS, consulta com o médico como mais importante do que a consulta feita pelo enfermeiro, onde a maioria das vezes não são esclarecidas suas dúvidas, ou não são passada dicas para facilitar a amamentação e os cuidados.
Dificuldades para mulher amamentar Educação no pré-natal - Papel da Educação em Saúde nas ações pró-amamentação	Precisam ser estimuladas, ansiosas, com medo, inseguras, dúvidas incertezas