



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SUÊNIA GONÇALVES DE MEDEIROS DINIZ

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO À MULHER PARA O
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

JOÃO PESSOA
2019

Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO À MULHER PARA O
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de
Formação em Saúde da Família,
Universidade Federal da Paraíba.

Orientadora: Prof^a Dra Ana Cláudia
Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Área de Concentração: Saúde da
Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão
do cuidado em saúde

João Pessoa
2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

D585e Diniz, Suênia Gonçalves de Medeiros.

A Estratégia Saúde da Família no apoio à mulher para o
Aleitamento Materno Exclusivo / Suênia Gonçalves de
Medeiros Diniz. - João Pessoa, 2019.
90 f.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Apoio Social. 3.
Mulheres. 4. Aleitamento Materno. I. Título

UFPB/BC

Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz

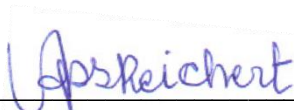
**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO À MULHER PARA O
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Banca Examinadora



Prof.ª Dr.ª Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos – Orientadora
Universidade Federal da Paraíba



Prof.ª Dr.ª Altamira Pereira da Silva Reichert – Examinadora
Universidade Federal da Paraíba



Prof.ª Dr.ª Smalyanna Sgren da Costa Andrade – Examinadora Externa
Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança



Prof.ª Dr.ª Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro – Suplente
Universidade Federal da Paraíba

Data da Aprovação: 24 de outubro de 2019.

João Pessoa – PB.

Dedico

Ao Mestre dos mestres.

“Porque Dele, por Ele e para Ele
são todas as coisas; glória, pois, a
Ele eternamente, amém”.

(Romanos 11:36)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sua infinita graça e misericórdia, que me permitiu chegar até aqui e nunca deixou de conduzir os meus passos. Seus planos são maiores que os meus, e confio plenamente em Sua vontade pra mim.

À minha família, meus pais Sueli e Moraes, e meus irmãos Emily e Diego, que são a minha base e cujas orações e amor me sustentam; à Kátia e Jonathan (Maninho), que estão sempre presentes em tudo, e trouxeram a dádiva mais linda pra minha vida: minha sobrinha Mariana, cujo sorriso leve, esperteza e carinho trazem brilho aos meus dias e tornam a caminhada mais leve. Eu amo vocês demais.

Em especial, ao meu esposo, Ercules, pelo seu apoio incondicional no cumprimento de mais essa etapa. Pela torcida, cumplicidade, longanimidade, compreensão e força nas horas mais desafiadoras em que achei que tudo fosse desmoronar. Você tem parte em todas as minhas conquistas, e é hoje o maior incentivador dos meus sonhos. Obrigada por dividir a vida comigo.

À professora Ana Cláudia – Claude para os queridos – pelo aprendizado, pelas orientações, pela paciência, pelo cuidado e contribuição para minha formação profissional. Por ser mais que uma orientadora, é quase-mãe, é parceira, é amiga, cujo entusiasmo me revigora e a quem tenho muito apreço. Sou muito grata por Deus unir nossos caminhos.

Às professoras Altamira Reichert, Smalyanna Sgren Andrade e Kátia Suely Queiroz, que prontamente aceitaram participar da minha banca, e contribuíram de maneira significativa para o aprimoramento dos resultados deste trabalho. Vocês certamente são espelhos de onde quero chegar.

À minha amiga Danielly de Veras, companheira de estudo, de trabalho, de viagens, de noites fazendo atividades de dispersão e discutindo casos, ouvinte constante dos meus anseios e que me acolheu em sua casa e em seu coração, que me deu a mão para construirmos juntas essa conquista que é ser mestre. Jamais esquecerei o quanto você foi fundamental nesse processo.

Aos meus colegas de turma, em cujas companhias foi mais fácil trilhar essa desafiadora jornada. Vocês tornaram os dias mais agradáveis, as cargas mais leves, e os encontros além de agregarem muito aprendizado, se tornaram divertidos. A melhor turma com quem já estudei. Os levarei em meu coração.

À Alagoa Grande-PB, cidade que me refugiou nesses anos e me permitiu dar o melhor de mim como profissional, e aos colegas da Atenção Primária, que com muito carinho e disponibilidade contribuíram com sua vasta experiência na realização deste trabalho.

*“Tudo quanto te vier à mão para fazer,
faça o melhor que puder; porque na
sepultura, para onde tu vais, não há
obra, nem projeto, nem conhecimento,
nem sabedoria alguma”.*

(Eclesiastes 9:10)

RESUMO

DINIZ, S.G.M. **A Estratégia Saúde da Família no apoio à mulher para o Aleitamento Materno Exclusivo**. 2019. 89 f. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Fiocruz - Rede Nordeste de Formação em Saúde - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Os primeiros meses de vida da criança são determinantes quando se trata de nutrição infantil, sendo o leite materno considerado o alimento mais completo para o recém-nascido. No Brasil, apesar de se observar um aumento da prevalência do Aleitamento Materno nos últimos anos, ainda está abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde. As redes de apoio social, primária e secundária consistem em importantes influências para a manutenção adequada do Aleitamento Materno. A rede primária inclui os familiares, pessoas próximas da lactante e o pai da criança; a secundária compreende os profissionais da saúde. A presente pesquisa buscou analisar a atuação da Estratégia Saúde da Família no apoio à mulher para o aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses de vida da criança. Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e Agentes Comunitários de Saúde, da Estratégia Saúde da Família do município de Alagoa Grande – PB. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pela técnica da análise temática, à luz do referencial teórico interpretativista. Ainda são muitos os desafios a serem enfrentados para se obter um apoio efetivo às mulheres que amamentam no âmbito da Estratégia Saúde da Família, e é necessário que haja mudanças no processo de trabalho, buscando contornar as limitações e fragilidades evidenciados. Os profissionais da ESF constituem atores centrais no apoio à mulher para o AME nos primeiros seis meses de vida da criança, contribuindo para a manutenção no período adequado, além de reafirmar a necessidade de atuação da equipe mediante o trabalho interprofissional. Urge ampliar a compreensão dos profissionais sobre o seu papel na Rede de Apoio, além da reorientação das abordagens utilizadas, para que haja avanços nesse cenário.

Descritores: Estratégia Saúde da Família, Apoio Social, Mulheres, Aleitamento Materno.

ABSTRACT

DINIZ, S.G.M. **The Family Health Strategy in the Supporting to Exclusive Breastfeeding**. 2019. 89 p. Master's Degree Paper (Professional Master's Degree in Family Health) - Fiocruz - Northeast Health Training Network - Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2019.

The first months of life of the child are crucial when it comes to child nutrition, and breast milk is considered the most complete food for the newborn (NB). In Brazil, although we did see an increase in the prevalence of breastfeeding (AM) in recent years, is still down the recommended by the World Health Organization (WHO). Primary and secondary supportive social networks are important influences for the proper maintenance of breastfeeding. The primary network includes family members, close relatives, and the child's father; the secondary comprises health professionals. This research aims to analyze the performance of the FHS within the secondary support network for EBF in the first six months of the child's life. This is a qualitative, exploratory-descriptive study. Semi-structured interviews will be conducted with health professionals and Community Health Agents, from the FHS of Alagoa Grande - PB. The interviews was be recorded in MP4 player, transcribed and analyzed by the technique of analysis thematic, in the light of the interpretativist theoretical framework. There are still many challenges to be faced in order to get effective support for breastfeeding women within the FHS, and there is a need for changes in the work process in the FHS, seeking to circumvent the limitations and weaknesses existents. The FHS professionals are central actors in supporting women for EBF in the first six months of the child's life, contributing to the maintenance of the appropriate period, and reaffirming the need for team action through interprofessional work. It's very important that the professional understand of their role in the Support Network, as well as the reorientation of the approaches used, to if can make progress in this scenario.

Descriptors: Social Support, Breastfeeding, Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AMP – Aleitamento Materno Predominante

APS – Atenção Primária à Saúde

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de atenção à Saúde Da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAS – Rede de Atenção a Saúde

RN – Recém-Nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo Geral:	17
2.2. Objetivos Específicos:	17
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
4. METODOLOGIA	24
4.1. Tipo de estudo	24
4.2. Local do estudo	24
4.3. Sujeitos do estudo	26
4.4. Procedimentos de coleta de dados	27
4.5. Análise dos Dados	28
4.6. Considerações Éticas	29
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1. REDE DE APOIO PARA O AME – COMPREENSÕES E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA ESF	31
5.1.1. Compreensões dos profissionais sobre a Rede de Apoio	31
5.1.2. Atuação profissional na Rede de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo na Estratégia Saúde da Família	39
5.2. RECURSOS E OBSTÁCULOS PARA O APOIO À MULHER PARA O ALEITAMENTO MATERNO	47
5.2.1. Recursos no apoio à mulher para o Aleitamento Materno	47
5.2.2. Obstáculos para o apoio ao Aleitamento Materno	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	83
ANEXOS.....	86

APRESENTAÇÃO

Ainda não sou mãe; esse maior sonho da minha vida, mas ainda não chegou o momento. Antes, estou a buscar construir condições favoráveis e oportunas para essa nobre missão, e nessa construção vou me fazendo e refazendo um pouco de cada vez, crescendo como profissional. Mas sempre fui apaixonada pela maternidade. Pela mulher, pelo bebê, e sempre fui encantada com a relação única entre uma mãe e seu filho; seja qual for a espécie, sempre há algo de singelo ao observar a relação de troca e doação de uma mãe para com a sua cria.

Em 2009, ingressei na UFPB, no curso de Enfermagem. Almejava a Medicina, mas como a pontuação no finado vestibular não seria suficiente, a Enfermagem entrou como segunda opção. Costumo dizer que caí de paraquedas nesse curso; achava que haveria semelhança com a primeira opção, e apesar de haver, a Enfermagem traz em si o cuidado. É a única profissão da saúde especializada no cuidar, e isso me encheu o coração, motivo pelo qual não consegui mais largar o curso, até concluí-lo, em 2014.

Durante o curso, conheci a faceta da Saúde da Família. Posso dizer que me identifiquei de cara. Atuar na prevenção e na promoção da saúde me parecia uma ideia brilhante! Se todo mundo se prevenir, se educar, cuidar de si, ninguém adocece, pensava. Se eu, então, puder ser canal de transmissão de cuidados para essa prevenção, que privilégio!

Assim, no segundo semestre da graduação, ingressei no Projeto de Extensão – PET Saúde da Família, em João Pessoa, onde pude aprender de perto sobre as multífaces que o cuidado tem. Permaneci no projeto por três anos, e tive as mais diversas experiências com promoção e educação em saúde, e pude ter certeza que era dessa área que eu gostava, e queria aprender mais e me especializar, para poder atuar.

Participei ainda de outros projetos de extensão, como o “Projeto Brinquedo Terapêutico”, sob coordenação da professora Neusa Collet, e “A Arte de Brincar”, sob coordenação da Professora Rossana Maia, onde pude estar mais perto da Saúde da Criança, e aprender uma nova forma de promover cuidado, através do lúdico; o projeto “Ressocialização Feminina,

Direitos Humanos e Cidadania”, com mulheres grávidas no Presídio Júlia Maranhão; fui monitora de Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem, participei de eventos, congressos, simpósios... Aproveitei meu curso ao máximo, e extraí dele tudo que podia e tinha pra aprender, mas a Saúde da Família sempre teve um espaço reservado no meu coração. Fiz parte do Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente, e minha pesquisa final da graduação foi sobre a Integralidade da atenção à criança na Estratégia Saúde da Família.

Foi nesse seguimento, que em 2014, após concluir a graduação, fiz Especialização em Saúde da Família, depois em 2015, em Saúde Pública, e por último, em 2018, em Enfermagem Obstétrica, me aproximando das temáticas da Enfermagem que eu tinha mais afinidade, além da Saúde da Criança.

No ano de 2015, ingressei na ESF em Alagoa Grande, onde finalmente pude colocar em prática minha paixão, e trabalhar na Atenção Primária, como Enfermeira, e exercer minha profissão com responsabilidade, crescendo em aprendizado e experiência. Foi nesse contexto, a partir da minha própria prática profissional que eu, que sempre achei fantástica a troca que a amamentação proporciona entre mãe e filho – uma das lindezas da maternidade, como iniciei essa apresentação – senti a dificuldade que temos em prevenir o desmame precoce, e que a introdução alimentar inoportuna ainda acontecia muito, inclusive na minha realidade, por mais que eu incentivasse.

Nessa perspectiva, senti a necessidade de desenvolver uma pesquisa acerca da intervenção da equipe da ESF para evitar essa introdução alimentar precocemente, e escrevi um projeto nessa área para seleção do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

No entanto, após ingressar no Mestrado, e trocar ideias com a orientadora, percebemos que para a introdução alimentar não ocorrer precocemente, precisa-se primeiramente evitar o desmame precoce. E assim passamos a refletir sobre até que ponto as equipes de Saúde da Família estariam preparadas para apoiar efetivamente às mulheres para o aleitamento materno exclusivo, e assim elaboramos este trabalho, o qual encontra-se estruturado da seguinte forma:

No **Capítulo 1** é apresentada a **Introdução**, com abordagem geral sobre a temática, incluindo objeto, justificativa, relevância do estudo e questão norteadora;

No **Capítulo 2**, constam os **Objetivos** da pesquisa, subdivididos em objetivo geral e específicos;

No **Capítulo 3, a Revisão de Literatura**, abordou as estratégias de promoção e apoio ao Aleitamento Materno, contextualizando a temática; as redes de apoio social à mulher, versando acerca dos tipos de Rede de Apoio, divididos em Primária e Secundária; e apresentando o que a literatura enfoca acerca da ESF como um espaço de apoio à mulher que amamenta.

O **Capítulo 4** apresenta o **Método**, que inclui tipo de estudo, cenário de estudo, participantes do estudo, coleta de dados seguindo os preceitos da entrevista semiestruturada em profundidade e análise dos dados realizada por meio da técnica de análise temática proposta por Minayo, finalizando com as considerações éticas.

O **Capítulo 5** aborda os **Resultados e Discussão**, que darão origem a dois artigos originais.

O **Capítulo 6** refere-se às **Considerações finais**, apresentando as limitações e contribuições do estudo.

Ao final, incluem-se as **Referências** e os **Apêndices**.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o fortalecimento da ESF e do apoio ofertado à mulher, no município estudado, a fim de melhorar a qualidade dos serviços voltados para o incentivo e o apoio às ao aleitamento materno, sobretudo o exclusivo, na esfera da Atenção Primária.

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros meses de vida da criança são decisivos para a nutrição infantil, uma vez que condutas inadequadas quanto às práticas alimentares ou deficiências nutricionais podem elevar as taxas de morbimortalidade infantil, assim como favorecer o aparecimento futuro de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (COELHO *et al.*, 2015).

O leite materno é considerado o alimento mais completo para o recém-nascido (RN), sendo constituído de proteínas, vitaminas, gorduras, água e todos os nutrientes necessários para o seu adequado crescimento e desenvolvimento, além de ser rico em anticorpos, essenciais à formação da sua imunidade (BRASIL, 2015). Tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) como o Ministério da Saúde (MS) preconizam que o Aleitamento Materno (AM) seja exclusivo, até os seis meses de idade (ROCHA, 2016).

Entretanto, no Brasil, apesar de se observar um aumento da prevalência do AM nos últimos anos, ainda se está abaixo do recomendado pela OMS. Pesquisas sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida realizadas pelo MS apontaram uma prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) de 39,1% e Aleitamento Materno Predominante (AMP) de 14,9% (OPAS, 2010).

Nesse contexto, o desmame precoce acontece quando há introdução da alimentação complementar antes do tempo preconizado, e sofre influência também do uso de chupetas e mamadeiras (SOUZA; MENDES; BINOTI, 2016), sendo um fator identificado no cotidiano das atividades desenvolvidas no cuidado às crianças.

Um estudo realizado no Brasil demonstrou a ocorrência do desmame precoce e a consequente introdução de alimentos sólidos/líquidos na rotina alimentar de lactentes muito antes do preconizado pelo MS (BRASIL, 2009). Foram identificados, entre esses, água, chás, sopas, sucos, frutas, carnes, fórmulas infantis e comida salgada, oferecidos antes mesmo dos dois meses de idade, com um aumento entre o quarto e o quinto mês, sendo que mais da metade das crianças menores de quatro meses já recebiam alimentos complementares, não havendo a predominância do AME pelo tempo adequado (MARTINS *et al.*, 2014).

O MS recomenda a duração do AM por dois anos ou mais, e afirma ainda que não há vantagens em se iniciar a introdução da alimentação complementar antes dos seis meses. De fato, essa exposição antecipada pode, inclusive, trazer danos à saúde da criança, estando associada a um maior número de episódios de diarreia e hospitalizações por doença respiratória, risco de desnutrição e/ou obesidade e menor absorção de nutrientes importantes como a vitamina A, o ferro e o zinco (BRASIL, 2015).

Há vários fatores que podem contribuir para as baixas taxas de AM. Aspectos como o desconhecimento da importância do aleitamento para a saúde da criança e da mãe, algumas práticas e crenças culturais, substituição inadequada do leite materno, a falta de confiança da mãe quanto à sua capacidade de amamentar o seu filho, além das práticas inadequadas de serviços e profissionais de saúde – aspecto mais citado para a descontinuidade da lactação exclusiva (MARINHO; ANDRADE; ABRÃO, 2015).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a prática efetiva da amamentação é diretamente influenciada não apenas pelos aspectos biológicos da mulher, mas também pela sua vivência social, sendo essa última influenciada pelas redes de apoio existentes (MAZZA *et al.*, 2014).

Desse modo, a amamentação não deve ser vista apenas como um processo biológico, natural da condição materna, mas, deve considerar a percepção que a mulher tem de si mesma, o ambiente em que vive, e as suas relações com seu filho e demais integrantes de sua rede social, pois a influência e o apoio de indivíduos próximos a ela e dos profissionais de saúde de todos os níveis de atendimento tornam-se fundamentais neste processo (MAZZA *et al.*, 2014).

Há uma vasta produção científica sobre a prevalência e importância do AM (BOCCOLINI *et al.*, 2017; BORGES *et al.*, 2016; UEMA *et al.*, 2015). Entretanto, ainda há diversos aspectos a serem explorados, no que tange a rede de apoio, voltada à mulher que amamenta, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como o papel dos serviços de saúde deste nível de atenção direcionado ao AME.

A relevância deste estudo se assenta na necessidade de apreender como se dá o apoio à mulher para o AME no contexto da Estratégia Saúde da

Família (ESF), e a percepção dos profissionais de saúde, bem como sua atuação, como elemento da rede de apoio a essa nutriz.

Assim, importa compreender as percepções dos profissionais de saúde da ESF acerca de sua atuação na rede de apoio à mulher, e também dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na medida em que eles são o elo entre a equipe e a comunidade, assumindo o papel de articuladores, e atuam como facilitadores da comunicação, fortalecendo o trabalho desenvolvido (MACHADO, 2015).

Desse modo, estabelecem-se para o presente estudo as seguintes questões norteadoras: Os profissionais da ESF se constituem como Rede de Apoio à mulher para o AME nos primeiros seis meses de vida da criança? Quais as potencialidades e dificuldades relacionadas ao apoio à mulher que amamenta, no âmbito da ESF, para que o aleitamento exclusivo seja mantido pelo período adequado?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Analisar a atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto ao apoio à mulher em processo de Aleitamento Materno Exclusivo (AME).

2.2. Objetivos Específicos:

- Compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a Rede de Apoio à mulher em processo de AME e a sua inserção nela;
- Identificar as ações dos profissionais de saúde da ESF direcionadas ao apoio à mulher em processo de AME;
- Investigar os recursos e obstáculos que envolvem o apoio ofertado pelos profissionais de saúde para a manutenção do AME.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O AM é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta, sendo, portanto, recomendado até os dois anos ou mais e que seja exclusivo até os seis meses de vida (SANTOS *et al.*, 2016).

O ato de amamentar foi definido pelo MS como o conjunto de processos nutricionais comportamentais e fisiológicos envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja diretamente no peito ou por extração artificial (BRASIL, 2009).

É a mais sábia ferramenta natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Porém, a implementação das ações de proteção e promoção do AM e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2015).

É muito importante conhecer e utilizar as definições de AM adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro (WHO, 2007). Assim, o AM costuma ser classificado em:

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL 2015).

A promoção da amamentação, quando iniciada ainda durante a gestação, tem se mostrado coadjuvante na prevalência de maior duração do AM, em especial entre as primíparas. O acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem. Além disso, os primeiros dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação, devendo, portanto, haver um acompanhamento mais próximo à parturiente nesse primeiro momento. (BRASIL, 2015)

Nesse sentido, é importante que pessoas significativas para a gestante, como companheiro e mãe, sejam incluídas no aconselhamento e apoio. A disponibilidade de sistemas e de pessoas significativas que proporcionam apoio e reforço às estratégias de enfrentamento do sujeito diante das situações de vida é definida como rede de apoio social (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Pode ser entendida como um conjunto de conexões ou vínculos significativos, em que se inserem as pessoas que interagem regularmente com o indivíduo (CANIELES *et al.*, 2014).

Ponderando a respeito dos níveis em que se dão as relações sociais, Caillé (2002) afirma que elas se organizam em redes de sociabilidade, as quais se dividem em primárias e secundárias. As redes de sociabilidade primárias são aquelas em que a personalidade das pessoas é mais importante do que as funções que elas desempenham. Esse nível corresponde às redes interpessoais (família, vizinhos, amigos).

O mesmo autor indica ainda que as relações de sociabilidade secundária constituem um tipo de relação mais impessoal, onde as funções exercidas pelas pessoas são mais importantes que sua personalidade, como ocorre no mercado, no direito e na ciência (CAILLÉ, 2002).

No tocante à rede de apoio para o AM, dentre as influências que a mulher pode receber para que haja uma manutenção adequada, a principal é a família, seguida dos serviços de saúde. Tais segmentos consistem, portanto,

nas redes de apoio social a essa mulher, que podem ser classificadas, nesse âmbito, em rede de apoio social primária e rede de apoio social secundária (MAZZA *et al.*, 2014).

Assim, na rede primária, encontram-se os familiares, pessoas próximas da lactante e o pai da criança; a rede secundária, por conseguinte, compreende os profissionais da saúde, que acompanham esta mulher durante os períodos pré e perinatal e puerperal, cujo cuidado se estende pelos primeiros anos de vida da criança através das realizações das consultas de puericultura executadas pelos profissionais, bem como das visitas domiciliares, realizadas pelo ACS (MAZZA *et al.*, 2014).

Nessa rede secundária, a assistência da equipe à lactante pode ser determinante nos impactos para a duração e manutenção do AME. Quando o amparo do profissional de saúde acontece de forma satisfatória, pode contribuir para a continuidade da amamentação, seja por ocasião das consultas individuais, atividades educativas ou no acompanhamento domiciliar periódico. No entanto, quando ineficiente, pode resultar em um obstáculo à sua prática exclusiva e efetiva (VARGAS *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, uma pesquisa internacional traz evidências acerca do impacto do apoio para a lactante. Um estudo desenvolvido na Inglaterra demonstrou que visitas domiciliares de Enfermeiros em apoio a mães adolescentes, por exemplo, da gravidez aos dois anos de idade, produziram impactos positivos na intenção de amamentar, no desenvolvimento cognitivo infantil e no desenvolvimento da linguagem, nos níveis de apoio social, na autoeficácia geral, entre outros (ROBLING, 2016).

Por outro lado, um estudo na Austrália destacou elementos ligados à comunicação com a nutriz no apoio à amamentação, evidenciando que a forma dos profissionais se referirem aos bebês, de modo gentil ou pejorativo, interferiu no modo como a mulher enxergou o processo de amamentar. As interpretações negativas do comportamento infantil pelos profissionais de saúde durante a amamentação influenciaram as próprias interpretações das mulheres acerca de seu recém-nascido (BURNS *et al.*, 2016).

No contexto brasileiro, o acompanhamento profissional e a adoção de estratégias de promoção, proteção e apoio ao AM, como o aconselhamento e

acompanhamento nas consultas, têm se mostrado relevantes para a melhoria da saúde da criança, na ESF (VARGAS *et al.*, 2016). Para tanto, leva-se em consideração que o ato de amamentar é um processo paulatino e complexo, que perpassa o aspecto biológico e contempla a mulher no seu contexto familiar, social e cultural (MAZZA *et al.*, 2014).

Muito embora seja considerado um ato natural, o AM é aprendido na prática. O apoio ofertado à mulher para o sucesso da amamentação, portanto, se faz imprescindível, e deve ser prestado tanto pelas pessoas próximas a ela quanto pelos profissionais de saúde responsáveis pelo seu acompanhamento (BATT AUS; LIBERALI, 2014).

Nesse sentido, o preparo e apoio para amamentação deve ser iniciado ainda no período gestacional, nas consultas de pré-natal. Essa prática traz impactos positivos na manutenção do aleitamento exclusivo, principalmente entre as primigestas (OPAS, 2015).

Após o parto, a amamentação deve ser incentivada ainda na primeira hora de vida, favorecendo o contato precoce mãe-bebê; após a alta hospitalar, deve ser realizada a visita puerperal, pela equipe de saúde, na primeira semana pós-parto, visando prestar assistência direta ao binômio, aconselhamento e auxílio ao processo de amamentar, intervindo se necessário (BRASIL, 2011). Batta us & Liberali (2014, p. 95) afirmam que:

Nesse momento (pós-parto), o acompanhamento sistemático da família pelos profissionais da saúde que atuam fora das maternidades pode fortalecer a continuidade do AME e é importante que o estímulo ao aleitamento natural seja parte da agenda de toda a equipe de saúde envolvida na relação mãe-filho e família.

As ações de saúde realizadas por profissionais da ESF abordam desde o incentivo no pré-natal e pós-parto, orientação e visitas por parte dos ACS, grupos de gestantes e observação das mamadas com médicos e enfermeiros, além de atividades preventivas sob a forma do programa de puericultura e visitas domiciliares regulares (BATT AUS; LIBERALI, 2014).

Para tanto, é fundamental que haja o conhecimento do profissional sobre a realidade em que a mulher está inserida, de modo que haja inter-relação

entre esta e a assistência prestada, visando legitimar o papel determinante das redes primária e secundária, para que o cuidado em saúde em prol do AM seja contínuo, integrado e permanente (MARQUES, 2010).

A ausência de apoio oferecido pelos profissionais de saúde tem sido relatada como um condicionante importante do desmame precoce (MARINHO; ANDRADE; ABRÃO, 2015). Com efeito, a APS é considerada um espaço privilegiado para a realização da vigilância à saúde, pois consiste na entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, foca a atenção sobre a pessoa e, além disso, coordena ou integra a atenção provida em algum outro nível de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS ou Atenção Básica (AB), constitui o componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, por ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima à vida das pessoas, sendo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de promover o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população usuária (BRASIL, 2012).

A produção de vínculo com a população viabiliza a longitudinalidade do cuidado e a obtenção de seus benefícios. O vínculo pode ser compreendido como uma relação entre o usuário e o profissional de saúde, estabelecida ao longo do tempo, caracterizada por responsabilidade e confiança. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) explicita o vínculo entre as equipes de APS e a população como um dos princípios deste nível de atenção (BRASIL, 2017).

Assim, acolhimento e vínculo são decisivos na inter-relação profissional/usuário na atenção à saúde na ESF em busca de novos modos de produzir saúde. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. O vínculo, então, tende a favorecer o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde (JORGE *et al.*, 2011).

O fortalecimento do vínculo, por meio de uma atenção humanizada e individual, estimula a confiança e autonomia por parte dos usuários, facilitando

a adesão às orientações educativas propostas pelos profissionais de saúde (REICHERT *et al.*, 2016). Evidencia-se que quanto mais orientações forem fornecidas pelos serviços de saúde, maior a adesão, promoção, manutenção e aumento da prevalência do AM (ANDRADE; PESSOA; DONIZETE, 2018).

Na esfera da atenção e gestão do cuidado, o profissional de saúde se insere de modo mais direto nas práticas preconizadas para a manutenção do AME, pois possui maior contato com as puérperas e neonatos, estando presente nos períodos de pré-natal e puerpério (CUNHA; SIQUEIRA, 2016).

Toda a equipe de saúde, nesse contexto, é responsável e deve estar preparada para apoiar e incentivar a lactante para a prática do AM, preparando-a emocionalmente, informando-a sobre a fisiologia da lactação, seus benefícios, o cuidado com as mamas, o correto posicionamento dela e do bebê durante a amamentação, o vínculo com o seu bebê, as mudanças corporais e a retomada do planejamento e da vida familiar, devendo esse preparo ser iniciado nas consultas de pré-natal e perdurar até as visitas domiciliares do pós-parto (BRASIL, 2012).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizada com profissionais da ESF do município de Alagoa Grande – PB.

O estudo exploratório, segundo Gil (2008), dispõe-se a explicitar o problema, de modo que haja maior aproximação entre o pesquisador e a temática a ser explorada; já o estudo descritivo, ainda segundo o autor, como o nome define, busca descrever as características de determinada população, estabelecendo uma relação entre as variáveis encontradas e o objeto de estudo analisado.

No presente estudo, buscou-se lançar mão de ambas as técnicas, exploratória e descritiva, combinadas, de modo a explicitar as questões relacionadas ao apoio ao Aleitamento Materno, ao mesmo tempo em que se descreveu o julgamento dos profissionais, a partir do contexto em que estão inseridos, podendo proporcionar uma nova visão e reflexão acerca desta realidade já existente.

A pesquisa qualitativa busca compreender ou interpretar o significado dos eventos na vida das pessoas e não apenas o fenômeno em si, sendo concebida como um enfoque voltado ao nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (MINAYO, 2013).

4.2. Local do estudo

O trabalho de campo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas ao município de Alagoa Grande – PB. Esse município localiza-se na região geográfica imediata de Campina Grande, no brejo paraibano, com área territorial de 320,558 km². De acordo com o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano 2017, sua população era de 28.565 habitantes.

Segundo o último censo (2010), o município apresenta 49.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 85.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 20.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em 2015, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos (IBGE, 2010).

A proporção de indivíduos ocupados em relação à população total era de 7.6. Sua Rede de Saúde é formada por 17 estabelecimentos, sendo 12 UBS – 8 na zona urbana e 4 na rural; 1 Hospital Municipal, que dispõe de pronto atendimento, maternidade e centro cirúrgico; 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com uma ambulância básica e uma avançada.

Todas as UBS de Alagoa Grande possuem pelo menos equipe mínima, com Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e ACS, mas nem todas dispõem de equipe de Saúde Bucal. Dados do SIS-AB até maio de 2018 demonstraram um quantitativo de 25.604 usuários cadastrados, sendo um total de 8.800 famílias atendidas pelo SUS. Até junho de 2018, esse sistema contou com 162 gestantes cadastradas e acompanhadas na ESF, além de 1.413 crianças menores de 05 anos, das quais 48% (n=677) são menores de dois anos, devendo ser acompanhadas nas consultas de puericultura; destas, 19% (n=131) têm menos de 01 ano de idade, estando em fase de AM¹.

A escolha deste cenário para realização do estudo deveu-se ao fato de ser o local de atuação da pesquisadora, o que favoreceu a sua viabilidade operacional. Além disso, investigações dessa natureza são relevantes para promover um diagnóstico situacional sobre o AM na APS.

¹ Informação fornecida por meio de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do SUS – E-SUS, do município de Alagoa Grande – PB, em maio de 2018.

4.3. Sujeitos do estudo

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais que atuam nas UBS do município de Alagoa Grande, selecionados por conveniência, adotando-se os seguintes critérios:

- **De inclusão:**

- Para as unidades de saúde: UBS da zona urbana e rural na qual tenham sido realizadas consultas de pré-natal, puericultura e atendimentos em saúde bucal nos últimos 12 meses², que dispusessem de cadastro familiar atualizado, e cujo acompanhamento às famílias vinculadas fosse feito continuamente, com visitas domiciliares periódicas (no mínimo uma vez por mês).

- Para os sujeitos: médicos vinculados à ESF, que atuassem na unidade há pelo menos 12 meses, e que realizassem acompanhamento de pré-natal e de puericultura até os dois anos de idade; no que se refere aos enfermeiros, também deveriam atuar na UBS há pelo menos 12 meses, assim como os técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas e técnicos em saúde bucal; para os ACS, foram incluídos os que estivessem com os cadastros atualizados e realizassem as visitas domiciliares mensalmente.

- **De exclusão:**

UBS na qual fossem realizadas somente consultas de pré-natal, sem acompanhamento da puericultura, ou vice-versa; profissional que estivesse de férias ou licença.

Para se atingir os objetivos propostos, foram realizadas entrevistas com profissionais vinculados a seis das doze UBS – sendo três da zona urbana e três da zona rural, tentando abranger uma amostra equitativa entre as duas realidades – no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, e, ao se perceber a ausência de entrevistas de uma determinada categoria profissional, voltou-se a campo também em maio de 2019.

As unidades foram escolhidas com base, *a priori*, no critério de equipes

² O período mínimo de 12 meses de atuação foi estabelecido visando-se a apreensão da relação e do vínculo estabelecidos entre a mulher e o profissional, desde a ocasião da gestação até o parto e o pós-parto e a atuação nesse contexto.

completas, com todos os profissionais, sem desfalque; no entanto, após problemas internos da gestão municipal, houve demissões de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, tornando todas as equipes incompletas, pela falta de um ou de outro profissional, inviabilizando o critério inicial, pelo qual optou-se por permanecer com a amostragem das equipes, porém sem a exigência da completude do quadro, desde que o vínculo profissional se desse há pelo menos 12 meses, conforme sobredito.

Assim, foram selecionados seis sujeitos de cada categoria profissional – enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal (um de cada UBS – três urbanos e três rurais) – e, por serem proporcionalmente um número maior de profissionais, dois ACS de cada UBS, sendo, portanto, doze ACS, totalizando quarenta e dois profissionais.

No entanto, dentre esses profissionais, uma cirurgiã-dentista, um técnico de enfermagem e dois técnicos em saúde bucal não aceitaram participar da pesquisa. Outra cirurgiã-dentista encontrava-se de licença e não foi possível contatá-la, o que totalizou trinta e três entrevistas realizadas.

Portanto, foram entrevistados trinta e três profissionais de saúde, sendo seis médicos, seis enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, quatro cirurgiões-dentistas e quatro técnicos em saúde bucal. Para os ACS, oito entrevistas foram satisfatórias.

4.4. Procedimentos de coleta de dados

Para a caracterização dos sujeitos, foi utilizado um formulário, junto ao roteiro de entrevista, contendo: idade, sexo – em caso de sexo feminino, se amamentou; função, tempo de atuação profissional na APS, além de atuação em outra atividade profissional fora da UBS (Apêndice A).

Dos médicos, 4 profissionais eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Dentre os enfermeiros, 5 profissionais eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Dos técnicos de enfermagem, 4 profissionais eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Dentre os cirurgiões-dentistas 3 eram do sexo masculino, enquanto 1 era do sexo feminino. As 4 técnicas em saúde bucal eram todas do sexo feminino, e dos ACS, 6 eram do sexo feminino e 2 do sexo

masculino. A idade média dos entrevistados foi de 35 anos, sendo a mínima de 18 anos e a máxima de 52 anos, o tempo de serviço na APS variava de 18 meses a 24 anos, e 10 dos entrevistados desempenhava outra atividade profissional além da UBS.

Para guiar as entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado incluindo aspectos ligados à percepção dos profissionais de saúde atuantes na ESF sobre o AM e a rede de apoio; sua atuação nesse apoio à mulher para o AME; as estratégias utilizadas por esses profissionais, voltadas à manutenção desse AME, e os momentos oportunizados para tais estratégias (consultas, visitas domiciliares, abordagens informais no dia a dia do processo de trabalho, atividades formais e informais de educação em saúde *etc.*) (Apêndice A); e aspectos ligados às potencialidades e fragilidades para o apoio ofertado.

Foi agendado um horário de acordo com a disponibilidade dos profissionais, para a realização das entrevistas na UBS. As entrevistas foram gravadas na íntegra em MP4 *player*, transcritas e analisadas, tendo duração média de 12 minutos.

4.5. Análise dos Dados

Os dados foram analisados pela técnica da análise temática, considerada apropriada para pesquisas qualitativas em saúde (MINAYO, 2012). Esse método de análise foi o mais adequado para a apreensão do universo que envolve o apoio ao aleitamento, já que parte de uma leitura de primeiro plano das falas, para abranger um nível mais profundo, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados (MINAYO, 2012).

Desta forma, ao analisarmos as entrevistas transcritas, seguiu-se os passos da modalidade temática: na pré-análise, a tomada de decisão sobre o que se pretende investigar, por meio de leitura flutuante e composição do *corpus*. Na segunda etapa, a exploração do material, por meio da classificação das falas, pela leitura exaustiva, buscando trechos significativos nas categorias para compreensão do texto. Posteriormente, as sínteses das falas e identificação dos núcleos de sentido, quais sejam: 1 – Compreensões da Rede

de Apoio e atuação dos profissionais na ESF; 2 – Recursos e Obstáculos frente a oferta de apoio à mulher para o AME;

Após esses processos os dados foram articulados criticamente à literatura e ao referencial teórico do interpretativismo, cujo traço essencial consiste em dar voz e ouvir atentamente os participantes das práticas sociais investigadas, no sentido de compreender os significados construídos por eles no contexto em que estão inseridos (ZANOTTO, 2014).

Além disso, destacam-se características importantes desse referencial, a saber: a) preocupa-se em conhecer a interpretação do mundo social pelos participantes; b) baseia-se em métodos de geração de dados que são flexíveis e sensíveis ao contexto social em que os dados são produzidos, ou seja, é naturalístico (porque estuda o fenômeno no seu contexto natural); c) adota uma visão holística dos fenômenos, pois considera todos os componentes do contexto, em suas interações e influências recíprocas; d) leva em conta os processos de intersubjetividade entre os participantes e o pesquisador (ERICKSON, 1986 *apud* ZANOTTO, 2014).

4.6. Considerações Éticas

Foi obtido o termo de anuência (Apêndice B) para o desenvolvimento da pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Grande – PB. Ademais, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o Parecer nº 95710518.6.0000.5188 (Anexo 1).

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito ao tratamento da dignidade dos sujeitos envolvidos, garantia de sigilo, liberdade de acesso ao material empírico e à presença do pesquisador em qualquer momento do processo ou posteriormente (BRASIL, 2013).

Para todos os sujeitos envolvidos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), entregue em duas vias, de modo que cada participante ficou em posse de uma via do documento. Este continha a forma de realização da pesquisa, para que os sujeitos

pudessem acenar com sua anuência, caso quisessem participar, bem como desistir a qualquer momento, garantindo-lhes anonimato, confidencialidade e sigilo das informações.

Para assegurar o anonimato dos participantes, os depoimentos foram codificados, de acordo com a categoria profissional: letra “E” para os Enfermeiros, “M” para médicos, “CD” para cirurgião-dentista, “TE” para Técnico de Enfermagem”, “ASB” para Auxiliar em Saúde Bucal e “ACS” para Agentes Comunitários de Saúde, seguido pela numeração correspondente à ordem cronológica de realização das entrevistas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise temática do material empírico, emergiram dois núcleos de sentidos, que deram origem a dois artigos originais, os quais serão apresentados nos resultados e discutidos a partir de dimensões elucidadas a seguir:

O núcleo de sentido 1 – **“Rede de Apoio para o Aleitamento Materno Exclusivo: compreensões e atuação dos profissionais na Estratégia Saúde da Família”**, objetivando compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a Rede de Apoio à mulher que amamenta e a sua inserção nela, identificando as ações da ESF direcionadas ao apoio a essa mulher em processo de AME, de acordo com os seguintes eixos temáticos: 1. Compreensões dos profissionais sobre a Rede de Apoio; 2. Atuação dos profissionais na Rede de Apoio para o AME.

O núcleo de sentido 2 – **“Recursos e Obstáculos do Apoio à mulher para o Aleitamento Materno”**, cujo objetivo consiste em elucidar a partir das percepções dos profissionais de saúde da ESF em município do nordeste brasileiro, os pontos fortes e as dificuldades para o apoio à mulher em processo de AME, conforme os eixos temáticos: 1. Potencialidades do Apoio ao AME; 2. Dificuldades ligadas ao Apoio para o AME.

5.1. REDE DE APOIO PARA O AME – COMPREENSÕES E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA ESF

5.1.1. Compreensões dos profissionais sobre a Rede de Apoio

5.1.1.1. Apoio na APS: multiplicidade de atores, diversidade dos saberes e restrição ao âmbito da UBS

No que se refere às compreensões dos profissionais da saúde sobre o apoio à mulher para o AM, foi possível perceber que alguns desses profissionais têm uma visão mais ampliada de como se dá esse processo, a

qual evidencia a multiprofissionalidade, além da intersetorialidade e intrasetorialidade, a RAS, envolvendo a diversificação e compartilhamento da responsabilidade da oferta desse apoio.

A Rede de Apoio tem vários atores, desde a AB até a especializada. Aqui na AB, o agente de saúde, o enfermeiro, o médico, o técnico de enfermagem, todo mundo participa desse fortalecimento do AM (M6).

(...) É um trabalho das unidades de saúde, da maternidade, e de bancos de leite (...) um apoio conjunto; acredito que NASF também faz parte do apoio, né, com a parte psicológica, de fisioterapeuta, a própria fonoaudióloga (...) tem que ser uma rede interligada (E5).

A ESF se apresenta como um espaço privilegiado para as ações de práticas educativas para a promoção, proteção e apoio ao AM que vão desde o pré-natal, devendo ser parte integrante da agenda de toda a equipe multiprofissional de saúde, sendo essencial a formação do vínculo dessa equipe com o binômio mãe/filho e familiares, possibilitando o apoio e a promoção da saúde, além de esclarecimentos acerca das intercorrências comuns na amamentação (BATTIUS; LIBERALI, 2014).

Destaca-se, ainda, segundo o MS, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), lançada em 2012, com o objetivo de qualificar as ações nesse panorama através do aprimoramento das competências e habilidades da equipe multiprofissional nas UBS. Essa estratégia soma esforços fundamentais à ESF por meio da qualificação do processo de trabalho através da educação permanente crítico-reflexiva e contribuindo para o aumento dos índices do AM de forma mais eficiente (BRASIL, 2013).

Pode-se perceber um envolvimento da unidade de saúde e de sua equipe com outras esferas da RAS, como maternidades, banco de leite, centro de saúde, além do NASF, seguindo as instruções e protocolos do MS, corroborando com diversos estudos acerca da temática (OLIVEIRA *et al.*, 2013; RITO; OLIVEIRA; BRITO, 2013; CAVALCANTI *et al.*, 2015).

Uma pesquisa sobre a avaliação das condições de saúde e nutrição materno-infantil das crianças atendidas em unidades de saúde no município de Vitória de Santo Antão – PE, apontou que os serviços da APS estão atrelados à rede materno-infantil, como o Centro de Saúde da Mulher, a Associação de Proteção à Maternidade Infantil de Vitória, a Policlínica da Criança e o Hospital João Murilo de Oliveira (CARVALHO *et al.*, 2018).

Portanto, essa compreensão mais abrangente dos profissionais sobre a rede de apoio à mulher para amamentação tende a fomentar as ações nesse âmbito, com o reconhecimento do envolvimento e empenho da equipe multiprofissional com o grupo materno-infantil, fornecendo subsídios para o direcionamento do planejamento das ações através da compreensão dos fatores que envolvem a prática do AM (RITO; OLIVEIRA; BRITO, 2013).

Contrariamente ao exposto, outros profissionais partilham de uma visão diferente em relação às compreensões sobre a Rede de Apoio, entendendo esse apoio a partir de uma perspectiva mais restrita à esfera da APS. Alguns deles assimilam o apoio como responsabilidade exclusiva da UBS, sendo limitado inclusive ao espaço físico desta, não se estendendo à RAS. Percebe-se que essa ótica inclui tanto os profissionais do nível superior como os do nível médio.

A Rede de Apoio seria a unidade de saúde em que ela tem o direito de ser acompanhada (...) todos na unidade interagem nessa questão (M2).

(...) a Rede de Apoio é esse local, a unidade de saúde, onde as pessoas podem ir e contar com os profissionais... (ACS1).

A compreensão dos profissionais de saúde sobre a rede de apoio concentra-se, basicamente, no âmbito institucional, na unidade de saúde em que a mulher esteja vinculada, limitando-se aos profissionais da ESF. Contudo, Prates, Schmalfuss e Lipinski (2015) conceituam essa Rede como um sistema composto de diferentes indivíduos pertencentes à esfera social, os quais fornecem apoio nos mais diversos âmbitos, como emocional, educacional, materiais, entre outros.

A Rede de Apoio contempla um conjunto de relações interpessoais que caracterizam um indivíduo, como hábitos, valores e crenças, mas que fornecem ajuda emocional, material, com serviços e informações. As redes podem ser de natureza primária e secundária, sendo a primeira vinculada às relações de parentesco, amizade ou vizinhança, e a segunda, vinculada às relações com instituições, que compreendem as de saúde, de educação, de serviço social, entre outras (SOUZA; NESPOLI; ZEITOUNE, 2016).

Observa-se, portanto, que a Rede de Apoio não deve se restringir a um espaço físico, apenas, mas se traduz em uma teia formada por pontos conectados por fios. Logo, vai muito mais além, sendo um conjunto de relações entre os indivíduos, que partilham de interesses comuns, além de se apresentar como estratégias utilizadas pela comunidade com o objetivo de compartilhar conhecimentos e informações, a partir de relacionamentos entre as pessoas que as constituem (SILVA *et al.*, 2012).

No presente estudo, além de restringir a Rede de Apoio ao espaço da UBS, também houve relatos demonstrando um entendimento mais limitado por parte de alguns acerca de quais os atores devem participar desse apoio, atribuindo-se essa responsabilidade aos profissionais do nível superior, sobretudo à enfermeira, destacada com bastante recorrência pelos profissionais de nível médio/técnico.

(...) A peça fundamental, eu acho que é a enfermeira (TE1).

A rede de apoio é a unidade de saúde, com a enfermeira, o médico, mas principalmente a enfermeira... (ACS 3).

Embora a multiprofissionalidade seja fundamental na Rede de Apoio, dentre os membros da rede secundária, os enfermeiros vêm aparecendo como aqueles mais envolvidos com a mulher durante o processo de amamentação (MARQUES *et al.*, 2010a; OLIVEIRA *et al.*, 2010; MARQUES *et al.*, 2010b).

Em estudo realizado sobre a influência da rede social no processo de amamentação em uma unidade de APS em Monza, Itália, as entrevistadas destacaram além dos familiares, amigos e vizinhos, a presença dos profissionais de saúde do hospital maternidade e da UBS como elementos

dessa rede. Além disso, a maioria das mulheres ressaltou que, durante a fase da amamentação, o profissional de saúde que esteve mais presente foi a enfermeira da unidade da APS (SOUZA; NESPOLI; ZEITOUNE, 2016).

Uma vez que o puerpério se trata de um período em que surgem incertezas, ainda que não seja a primeira experiência desta mulher como mãe, é essencial que o enfermeiro observe as reais necessidades desta mulher.

Segundo o estudo de Luz *et al.* (2016), o enfermeiro de fato realiza avaliação da puérpera, durante a visita domiciliar, na busca de informações sobre o estado de saúde do binômio mãe/filho, pois, no período pós-parto, a mulher vivencia novos desafios, necessitando do apoio de uma equipe de saúde capacitada, direcionada para a educação em saúde e conscientização da mulher e familiares, possibilitando vínculos e ações de promoção de saúde, principalmente a partir da aproximação entre o enfermeiro e a puérpera.

Nesse sentido, reforça-se a importância do enfermeiro enxergar suas competências no cuidado de enfermagem à puérpera, bem como conhecer a comunidade em que atua para identificar os fatores que minimizam e potencializam esse cuidado (BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2011). O enfermeiro precisa considerar a integralidade do cuidado para garantir um cuidado de qualidade para a mulher e sua família. Tal fato contribui para o sentimento de segurança e valorização do meio familiar e social da puérpera.

No entanto, se faz necessário que seja reforçada a importância do apoio de todos os profissionais de saúde para promover o vínculo precoce entre mãe e filho durante a amamentação, permitindo que este processo se mantenha contínuo e longitudinal (FONTES, 2018).

Ainda nesse contexto das compreensões dos profissionais, depoimentos expressam que ainda há uma limitação importante por parte dos profissionais quanto à compreensão do significado e papel efetivo da Rede de Apoio à amamentação:

Nunca ouvi falar sobre essa Rede de Apoio... (M5).

Rede de apoio... pra mulher que amamenta... Você me pegou nessa. Desconheço totalmente (D5).

Rede de apoio? Não sei falar nada desse assunto, porque eu não sou mãe, nunca amamentei, então não sei dizer o que é essa Rede (TSB3).

Além disso, foi possível identificar fragilidades no que se refere ao reconhecimento por parte de alguns profissionais da sua inserção no apoio – embora atuem na APS há pelo menos um ano – por vezes conferindo a outrem as atribuições e competências que também lhes cabem nesse contexto.

Não sei bem sobre Rede de Apoio. Eu acredito que ofertar esse apoio seja realmente uma responsabilidade do Governo Federal... é ele quem tem que dar esse apoio a todas as grávidas (D2).

Creio que esse apoio seja algo a ser feito por parte do PSF, ou até do NASF também... não sei... (M5).

Acho que quem dá esse apoio é o profissional de enfermagem, , enfermeiros... e fisioterapeuta também, se não me engano, dá esse apoio... (D5).

Tais depoimentos refletem um descompasso entre a instância de formulação das políticas públicas de promoção e apoio do AM e a esfera local de implementação das ações (ESF), indicando que é necessário ampliar os esforços de capacitação/sensibilização dos profissionais de saúde que integram a Rede de Apoio. O fato é que parte dos profissionais precisa ampliar sua compreensão sobre os significados ligados à Rede, e se apropriar do seu papel nesse espaço, como ator da ESF.

A importância de os profissionais de saúde saberem o que é a Rede de Apoio contribui para ações de promoção, proteção e apoio ao AM, a partir de uma rede integrada e solidária, com atenção integral em linhas do cuidado que envolvem o acolhimento às necessidades das mulheres e seus familiares, desde a visita domiciliar pela UBS até as unidades terciárias (BRASIL, 2017).

O desconhecimento dos aspectos ligados à rede de apoio por parte de alguns integrantes da ESF tende a acarretar a desarticulação entre serviços, a falta de coordenação da atenção e de estabelecimento do vínculo e a desresponsabilização e vinculação com o cuidado e à continuidade da atenção nesse âmbito.

Portanto, faz-se necessário implementar ações de Educação Permanente a fim de habilitar os profissionais de saúde que integram a Rede

de Apoio, por meio da elaboração de um planejamento estratégico de ações, da articulação com os demais níveis de atenção e gestão, e o desenvolvimento de atividades voltadas ao AM (BRASIL, 2017).

5.1.1.2. Redes Primária e Secundária: instâncias complementares no apoio à mulher para o aleitamento

Sobre as compreensões dos profissionais de saúde quanto à oferta de apoio à mulher para a amamentação, emergiram dimensões relacionadas às redes de apoio primária e secundária. Embora não propriamente denominadas como tais, foi possível perceber a validação que se dá ao apoio ofertado por ambas as redes, de forma conjunta e complementar. O apoio secundário – dos profissionais e serviços de saúde – é de grande valia, no entanto, deve vir a fortalecer o suporte do apoio primário – os familiares e pessoas do convívio pessoal da mulher.

A Rede de Apoio é composta pelos profissionais de saúde e a família, o marido... muitas vezes pela sogra, pela mãe dela que ali convive com eles (E6).

A Rede de Apoio somos nós, da unidade de saúde, e a família também é de extrema importância (...) eu acredito que seja isso: a nossa função, aqui na unidade de saúde que se complementa com o apoio da família no ambiente domiciliar (M3).

As Redes Primárias de Apoio são consideradas as maiores influenciadoras no processo de amamentação da mulher, devendo a Rede Secundária de Apoio estar atenta aos indivíduos que as compõem, buscando compreender o contexto social no qual a mulher está inserida e realizar uma abordagem integrada à rede primária, para que a promoção da prática do AM seja efetiva (PRIMO *et al.*, 2015).

Quanto à Rede Secundária, observa-se que a participação das nutrizes em grupos de apoio, criados por profissionais da saúde ou pela comunidade, reduz a ocorrência de desmame precoce, sendo um importante meio de incentivar as mulheres. Muitas relatam que teriam abandonado a amamentação nos primeiros dias pós-parto, se não fosse o apoio, acolhimento, amizade e

companheirismo que receberam por parte dos profissionais promotores dessa ação (MONTRONE; FABBRO; BERNASCONE, 2009).

As consultas de puericultura ofertadas pela enfermeira e o médico, bem como as ações educativas na unidade de saúde e no espaço domiciliar realizadas pela equipe multiprofissional de saúde, são relatadas como fundamentais para o início e manutenção da amamentação – principalmente as atividades relacionadas ao auxílio direto no cuidado com o bebê e a pega correta nas primeiras mamadas (MAZZA *et al.*, 2014).

Com isso, torna-se evidente que a Rede Secundária, além de contribuir no processo de amamentação, com orientação, incentivo e esclarecimento de dúvidas sobre as técnicas e complicações, também é importante na manutenção da saúde mental e no enfrentamento dos medos e angústias das mulheres, decorrentes de situações estressantes, como a adaptação ao seu novo papel de ser mãe.

Além disso, ainda que os profissionais de saúde, principais integrantes da Rede Secundária de apoio, desempenhem um papel importante na continuidade do AM, relatos de insensibilidade com a dor e com as dificuldades enfrentadas pelas nutrizas, bem como a falta de empatia e transmissão verticalizada das informações, também permeiam toda esta rede e podem ser complicadores do processo de amamentação, se houver condutas inadequadas por parte desses profissionais (PRIMO *et al.*, 2015).

Ainda nesse contexto, evidencia-se a valorização do envolvimento da Rede Primária nesse processo, corresponsabilizando a família pela adesão e manutenção da amamentação, no sentido de favorecer o estabelecimento e a continuidade do AME.

(...) rede de apoio é o posto de saúde em si, mas também assim, a família, entendeu? Eu acho que a família deveria se empenhar pra que não acontecesse da mãe deixar cedo a amamentação, né... (ACS6).

O apoio à mulher é ofertado durante o seu pré-natal, na sua unidade de saúde (...) e em casa, com seus familiares, eles são responsáveis por dar esse apoio a ela (TSB2).

De fato, em uma pesquisa na qual se busca compreender a ótica da mulher que amamenta, os familiares foram considerados integrantes fundamentais durante o processo de amamentação. Em virtude do contato da mulher com essa rede primária, a possibilidade de compartilhar experiências, conhecimentos e hábitos se dá mais facilmente, favorecendo a manutenção do AME (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

Corroborando com isso, em estudo realizado no Rio de Janeiro – Brasil, Marques *et al.* (2010a) evidenciaram que as mulheres na fase da amamentação também apresentaram um forte vínculo com sua rede primária. Além disso, a pesquisa também reforçou a importância de um relacionamento de familiaridade com os membros da rede de apoio a fim de prolongar o tempo de AM e garantir o seu sucesso.

Como as transformações ocorridas no puerpério tornam as mulheres mais sensíveis às influências externas em relação à amamentação e, sobretudo, ao cuidado com o seu filho, os membros da família são os principais responsáveis por essa interferência, principalmente por parte das mães e avós, as quais são as figuras femininas mais citadas como influenciadoras nesse processo (PONTES, ALEXANDRINO, OSÓRIO, 2009; CAETANO; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2011; PRIMO *et al.*, 2015).

5.1.2. Atuação profissional na Rede de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo na Estratégia Saúde da Família

5.1.2.1. Atuação de forma ampliada: diversidade dos saberes e compartilhamento de experiências relacionadas ao apoio ofertado

Notou-se, a partir de alguns relatos, que o profissional compreendia sua atuação para o apoio ao AME de forma ampliada, de modo que havia uma valoração dos diversos saberes, a partir dos quais o conhecimento técnico-científico era aliado ao compartilhamento de experiências pessoais, vivenciadas pelo próprio profissional. Dessa forma, mediante a aproximação e empatia com as dificuldades das mulheres, percebe-se um esforço para motivá-las e apoiá-las para o aleitamento:

Eu apoio com a minha experiência de mãe, e a minha experiência do trabalho, que já faz uns vinte anos que eu trabalho nessa área... (TE1).

Eu acho que eu desempenho um papel importante... eu conto até a minha experiência, que eu tive bastante dificuldade; então eu me envolvo no processo... (E4).

Eu compartilho também a experiência que eu tive como mãe, não como profissional somente, porque eu acho que os conhecimentos se complementam; (...) e fica mais convincente depois que a gente passa por essa experiência; tenho mais credibilidade pra falar com a mulher sobre aleitamento do que quem não tem filhos... (D1).

As falas trouxeram uma perspectiva de que o vínculo e empatia criados através dessa partilha de experiências valida a oferta de apoio, devido à identificação com a mulher naquela vivência, reafirmando a multiplicidade e complementariedade dos saberes para a efetivação desse apoio.

Primo *et al.* (2015) corroboram as falas anteriores ao concluírem que as relações entre os profissionais de saúde e as mulheres necessitam de empatia e cumplicidade para estabelecer um vínculo de segurança e apoio, por meio de experiências e conhecimentos compartilhados a partir de um diálogo.

Esses resultados convergem com o de estudo realizado no Chile, que demonstrou que as experiências pessoais dos profissionais que assistem à mulher vão ser determinantes no apoio fornecido a elas. A forma de oferta de cuidado às mulheres que amamentam por parte de profissionais mulheres que tiveram a experiência de amamentar é diferente, pois a troca de experiências vivenciadas por elas traz consigo a empatia, modificando e enriquecendo o processo de cuidar (LUCCHINI-RAIES *et al.*, 2019).

O apoio por meio de visitas domiciliares, grupos de apoio ou acolhimento na própria unidade de saúde são decisivos para uma melhor aceitação e adesão das mulheres à amamentação (MAZZA *et al.*, 2014). Para tanto, os profissionais de saúde devem considerar os contextos familiares e comunitários nos quais as puérperas estejam inseridas, bem como seus costumes, crenças, mitos e valores culturais ligados a este processo, para que de fato desempenhem um papel efetivo como apoiadores da amamentação.

Prates, Schmalfuss e Lipinski (2015) ressaltam a importância da atenção por parte dos profissionais de saúde quanto aos sujeitos que compõem a Rede de Apoio social da puérpera durante a amamentação, pois estes podem influenciar diretamente nesse momento por possuírem inúmeros saberes acerca da temática. Alguns saberes poderão ser confrontados com os conhecimentos técnico-científicos da equipe de saúde, dirimindo dúvidas e ansiedades na mulher.

5.1.2.2. Apoio como oferta de atenção individual e/ou coletiva na Unidade Básica de Saúde

O apoio como uma dimensão que deve ser contemplada nos atendimentos e procedimentos individuais, no âmbito do pré-natal, também foi ressaltado pelos depoimentos. Entende-se que o espaço do cuidado individual é bastante potente e oportuno para a realização do apoio pela equipe. Entretanto, identifica-se a perspectiva ainda predominante das abordagens educativas tradicionais, com ênfase na transmissão das informações.

Nas consultas individuais eu procuro sempre falar o máximo que eu posso do estímulo ao AM (M1).

Em todas as minhas consultas, além dos procedimentos odontológicos que são feitos, eu sempre repasso orientações em relação ao AM (D1).

A gente já começa a dar as orientações, incentivar o AM na AB, durante as consultas do pré-natal; desde que a mulher chega aqui pra iniciar o pré-natal (M3).

Por outro lado, as atividades coletivas realizadas pela equipe também emergiram como espaços para a atuação dos profissionais no apoio à mulher quanto à amamentação. No entanto, também se observa o predomínio das abordagens tradicionais e prescritivas

(...) a gente sempre faz grupos de gestante... e já fala de tudo que a mãe deve saber sobre a gestação, o nascimento da criança, e principalmente sobre o aleitamento... falando da importância do aleitamento (TE2).

A equipe atua nos grupos; no grupo que tem de amamentação, grupo de gestante; temos palestras pra incentivar o AM (ACS6).

Nestes espaços de atuação coletiva, o facilitador deve considerar o universo, a realidade, o contexto, os desafios e as dificuldades das mulheres. Nesse tipo de enfoque deve haver espaço para manifestação das dúvidas, inquietações, anseios, desejos. Não se recomenda o uso de informações incisivas, como se o profissional fosse o detentor do conhecimento, e a mulher, desprovida de saberes e informações.

Nessa perspectiva, ressalta-se o conceito de Educação Bancária, de Paulo Freire, onde o autor critica o ensino tradicional que associa o professor ao centro do processo de aprendizagem e como detentor do conhecimento absoluto, com discursos reproduzidos diretamente ao aluno, o qual deverá permanecer passivo durante a transmissão do conteúdo (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016).

Por outro lado, uma abordagem educativa significativa deve considerar a mulher como o centro do processo de aprendizagem, valorizando os seus aportes e conhecimentos prévios e servindo de ponto de partida para que o profissional de saúde inicie o seu trabalho educativo.

Prates, Schmalfuss e Lipinski (2015) afirmam que as mulheres enxergam os profissionais de saúde apenas como transmissores do conhecimento e fontes de informação, mas não os consideram como apoiadores, sendo, portanto, não pertencentes às suas redes de apoio. Nesse sentido, muitas vezes, diante de dúvidas ligadas à amamentação, elas buscam pessoas que possam lhes fornecer apoio, como familiares e amigos.

Esse aspecto também foi identificado em outros estudos, nos quais os familiares das puérperas foram considerados como os seus principais apoiadores para o cuidado na prática da amamentação (MARQUES *et al.*, 2010b; TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

Este fato aponta, por alguma razão, que os profissionais de saúde vêm perdendo credibilidade quanto à prática da amamentação, sendo necessária a identificação dos motivos que estão levando as mulheres a procurarem cada vez menos estes profissionais (PRATES, SCHMALFUSS E LIPINSKI, 2015).

Monte, Leal e Pontes (2013) chamam a atenção, em seu estudo, para o fato de que grupos de apoio à amamentação não impulsionaram a continuidade do AM, principalmente aqueles realizados durante a gestação, pois, muitas vezes, as estratégias realizadas nesses grupos são direcionadas por meio da transmissão vertical das informações, desconsiderando-se o conhecimento prévio das usuárias e eliminando-se a oportunidade de elas participarem efetivamente. Por isso, o planejamento das atividades do grupo deve ser indicado pelos participantes.

É importante que o profissional de saúde reflita sobre sua prática, considerando o contexto das mulheres e familiares, suas dificuldades e limitações, para, em seguida, elaborar estratégias que contemplem a realidade vivenciada (LUCCHINI-RAIES *et al.*, 2019). Do contrário, dificulta-se a realização de ações que efetivamente contribuam para transformações na realidade, acarretando muitas vezes a descontinuidade da amamentação.

5.1.2.3. Atuação conjunta das Redes Primária e Secundária

Percebemos um esforço por parte de alguns profissionais para que o apoio se estenda aos familiares, de modo que isso venha a fortalecer o apoio que a mulher receberá de sua Rede Primária, sobretudo no período puerperal.

É importante que toda a família seja engajada (...) eu sempre tento envolver a família nas consultas (...) porque é mais fácil; os familiares chegando mais próximo aqui fica mais fácil (M5).

(...) Nós fazemos as consultas compartilhadas com o companheiro, se for possível. Também fazemos grupos procurando envolver a família, acolhendo essas pessoas que são mais próximas da gestante (E2).

Conhecer a rede social na qual a mulher está inserida e incluir os principais sujeitos influenciadores no processo de amamentar nas consultas e grupos de apoio é de grande importância para a obtenção do sucesso da amamentação, pois permite compreender a interação desses indivíduos com a mulher no processo de amamentar e assim observar os aspectos facilitadores e as barreiras ligadas aos seus espaços de convivência social (SILVA *et al.*, 2012).

Desse modo, levando em conta que a família é responsável por grande parte do suporte à mulher, sobretudo no puerpério, momento em que ela se encontra mais fragilizada, se faz necessária a inclusão familiar nas iniciativas desenvolvidas pelos profissionais, no sentido de favorecer a manutenção do aleitamento exclusivo no contexto local (LIMA; SOUSA, 2013).

O presente estudo denotou, que o apoio primário é tido como ponto basilar no suporte que a mulher vai receber para uma maior adesão ao aleitamento, objetivando a exclusividade pelo tempo preconizado – os seis primeiros meses de vida. Então, se envolvia o parceiro e a família tanto no pré-natal, nas consultas e nas dúvidas a serem esclarecidas, como nas atividades coletivas, grupos e palestras educativas realizadas na UBS.

O ideal é envolver a família no processo todo, (...) fazer grupos de incentivo à amamentação, de orientação, também junto com esses familiares (...); isso faz diferença no apoio que a mulher vai ter (E2).

É importante que toda a família seja engajada, não só a mulher que tá amamentando, mas quem dá apoio a elas também. Eu sempre tento envolver a família, o parceiro (...), peço também pra vir, porque é mais fácil; os familiares chegando mais próximo aqui fica mais fácil de você ter essa comunicação eficaz (M5).

Os achados desse estudo são consoantes uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, em 2015, que enfatizou a importância de os profissionais das UBS acompanharem não somente a puérpera, mas envolverem a família, incentivarem e valorizarem a sua atuação no incentivo à amamentação, de forma que esta possa participar e colaborar com essa prática (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

O seio familiar é o primeiro espaço de socialização vivenciado pelos indivíduos, onde usualmente ocorre a troca de cuidado, afago, ajuda e orientações entre seus entes, e no qual ocorrem as primeiras conexões e laços afetivos, desde o nascimento. A família, portanto, além de um sistema de relações contínuas interligadas, é instituída por laços de parentesco e por uma rede de apoio social para a sua própria sobrevivência (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

Tais dados são concordantes com outra pesquisa, que demonstrou que o apoio dos familiares durante o período de amamentação é substancial, podendo se configurar como um determinante na adesão e manutenção da exclusividade do AM nos primeiros seis meses. Incorporar a família no apoio, no que concerne à promoção e manutenção da amamentação, se torna essencial na medida em que ela tem o poder de influenciar diretamente na forma como o processo saúde-doença e da amamentação são percebidos e vivenciados, a partir das tradições, crenças e valores próprios de cada uma, e interferindo, inclusive, nas necessidades e formas de cuidado entre seus membros (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

O envolvimento do parceiro também foi apresentado em uma revisão integrativa como um diferencial tanto para sua experiência da paternidade quanto como aliado no apoio que a mulher vai receber na amamentação, pois a atitude do companheiro, positiva ou negativa, envolve, na maioria das vezes, a compreensão da amamentação por ele mesmo, e a valoração que ele dá a esse processo (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012).

Desse modo, levando em consideração que a prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde a mulher está inserida, se o parceiro entende a importância da amamentação, ele pode mostrar-se como um agente incentivador, protetor e apoiador do aleitamento exclusivo. Porém, se este vislumbra a amamentação como uma prática negativa, pode apresentar-se pouco colaborativo, e influenciar diretamente a mulher para o desmame precoce (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, envolver o parceiro no pré-natal pode proporcionar uma maior comunicação entre o casal, com vistas a reduzir as reações negativas do parceiro diante da amamentação, sensibilizando-o para o seu papel não apenas nos cuidados com o bebê, mas também nos cuidados com a mãe (BRASIL, 2015).

Assim, o pai pode aumentar o suporte oferecido à companheira e ao bebê, estimulando o seu vínculo com o recém-nascido, ajudando efetivamente a mulher de forma participativa, e auxiliando na manutenção do AM. O envolvimento do pai apresenta-se, então, como um elemento fundamental, sendo positiva a sua inclusão nas ações de promoção do AM (BRASIL, 2015).

Para tanto, cabe ao profissional de saúde dar atenção ao novo pai e estimulá-lo a participar desse período vital para a família, ouvindo-o, tirando dúvidas, valorizando-o no processo da amamentação e incluindo-o nas ações de promoção, proteção e apoio ao AM (BRASIL, 2015).

Em relação à atuação da Rede Secundária em si, evidencia-se que toda a equipe deve estar engajada no apoio à mulher. Todavia, houve destaque para a atuação do ACS como elemento-chave tanto na captação para atividades educativas quanto na oferta de atenção da equipe, atuando como mediador entre o serviço e a comunidade, permeado pelo vínculo, buscando promover um cuidado mais eficaz e oportuno.

Os ACS costumam fazer o convite para as atividades educativas, tem a visita domiciliar que eles fazem (...) ele é o elo... observam a questão de alguma dificuldade que a puérpera esteja passando e trazer pra gente enquanto equipe (E1).

A visita do ACS é importante, eles estão lá com mais frequência, eles é que estão mais próximo mesmo ao pessoal na comunidade (...) e essas informações chegam pra a gente aqui, a gente senta e marca a consulta, o quanto antes (M6).

(...) o ACS é quem faz as 'primeiras busca ativa' e traz as informações pra os PSF... (...) (ACS 2).

Mazza *et al.* (2014) observaram, em seu estudo com puérperas adolescentes, que os ACS foram os principais profissionais apoiadores da rede secundária, por meio das visitas domiciliares no pré-natal e no pós-parto. Além disso, os autores relataram que sem essas visitas domiciliares e demais ações educativas realizadas pelos agentes comunitários, a maioria das mulheres teria desistido de amamentar.

Os primeiros dias de amamentação são primordiais para a eficácia do AM por constituírem um período de aprendizado e descoberta para a mãe e o bebê. Sendo assim, devido ao surgimento de diversas dificuldades para o sucesso da amamentação, é nesse momento que os profissionais de saúde precisam apoiar e incentivar a puérpera (PRIMO *et al.*, 2015).

5.2. RECURSOS E OBSTÁCULOS PARA O APOIO À MULHER PARA O ALEITAMENTO MATERNO

5.2.1. Recursos no apoio à mulher para o Aleitamento Materno

5.2.1.1. Sensibilização para o Aleitamento Materno por meio do Pré-Natal

No que se refere às potencialidades do apoio à mulher para o AME no contexto da APS, o primeiro ponto forte à oferta de apoio nesse estudo foi a sensibilização, desde o início do Pré-Natal, para a importância do AM, considerando as experiências pessoais de cada mulher para uma melhor abordagem individual, dentro de seu contexto de vida. A oferta de um atendimento multiprofissional era o ponto diferencial dessa estratégia.

Os profissionais apoiam (a mulher) desde a primeira consulta do pré-natal; (...) já inicia essa conversa com ela desde a primeira vez... (E4).

Tudo começa no pré-natal (...) desde o início (da gravidez), né, (...) esse primeiro apoio, um pré-natal com o médico, com a enfermeira... O dentista entraria com o pré-natal odontológico também... (D2).

(...) já vai ter que iniciar desde o pré-natal, apoiando essa mulher e orientando a importância da amamentação na forma das consultas né... um atendimento multiprofissional, com médico, enfermeiro, dentista... as consultas compartilhadas e com o companheiro (pré-natal do parceiro) (E2).

Os achados desse estudo corroboram com as recomendações do MS, que versam sobre o apoio dos serviços e profissionais de saúde enquanto elemento fundamental para a efetividade da amamentação. Durante o acompanhamento pré-natal, nos atendimentos individuais, se faz necessário sensibilizar a mulher acerca da importância do AM por dois anos ou mais, e exclusivo nos primeiros seis meses, ressaltando-se que o leite materno protege o bebê de infecções e alergias e enumerando-se as demais vantagens da amamentação para o bebê e a mãe (BRASIL, 2015).

Além disso, o Caderno de Atenção Básica nº. 23 afirma que é pertinente abordar nessas consultas pré-natais a respeito da intenção da mulher em

amamentar, as consequências do desmame precoce, além de ressaltar aspectos da produção do leite e manutenção da lactação, técnicas adequadas de amamentação, problemas e dificuldades que possam ser enfrentados, bem como esclarecer dúvidas e explicar os direitos da mãe, do pai e da criança, além de estimular o parto normal (BRASIL, 2015).

Um estudo internacional, desenvolvido na Austrália, evidenciou que a valorização à participação paterna, desde o pré-natal, contribui no manejo posterior da amamentação, evitando o desmame precoce, demonstrando a relevância que a sensibilização para o aleitamento no pré-natal tem, tanto para a mulher como para o parceiro, pois facilita a compreensão e adequação do casal nas demandas do AM e nos cuidados com o novo bebê (MAYCOCK, *et al.*, 2013).

Nesse contexto, no ano de 2016, foi lançada pelo MS a estratégia Pré-Natal do Parceiro, uma ferramenta inovadora que visa o envolvimento consciente e ativo de homens nas ações voltadas ao planejamento reprodutivo, como forma de qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, ampliando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade e, sobretudo, aprimorando os vínculos nos serviços ofertados (BRASIL, 2016).

Para tanto, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem tem desenvolvido diferentes ações, como campanhas, elaboração de materiais educativos, seminários e capacitações voltadas à valorização da paternidade consciente e à organização dos serviços, a partir da sensibilização de homens e mulheres, famílias e comunidades, gestores/as e trabalhadores/as da saúde sobre o pré-natal, parto e puerpério e, conseqüentemente, influenciando no apoio que a mulher vai receber para a manutenção do AME (BRASIL, 2016).

Assim, considerando que o pré-natal é um momento favorável para que o casal receba as orientações necessárias, uma vez que nesse período encontra-se motivado e receptivo a tais informações, é de suma importância que os profissionais de saúde aproveitem esse momento para a abordagem, para que, garantindo um pré-natal de qualidade, seja possível prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis relacionados ao AME desde a gestação, visando consolidar a confiança e a expectativa da mulher com

relação aos seus conhecimentos e habilidades para amamentar seu bebê com êxito (RODRIGUES *et al.*, 2014).

5.2.1.2. Grupo de gestantes como estratégia de promoção ao aleitamento

Grande parte dos depoimentos destacou os grupos de gestantes como estratégia de promoção à saúde e apoio ao AM. Esses espaços são evidenciados como oportunidades para abordar a temática da amamentação, favorecendo a expressão das mulheres quanto às suas dúvidas e dificuldades.

Nos grupos de gestantes a gente sempre tá auxiliando e ajudando, tirando as dúvidas delas, fala sobre toda essa dificuldade da amamentação e sobre a importância dela (E5).

Aqui na equipe, desde a gestação, a gente faz uns grupos de gestantes, abordando principalmente sobre a importância do AM (TE2).

AM é um tema que é abordado em todas as reuniões do grupo (...) então uma gestante que tá começando hoje ainda pega outra atividade sobre AM, promovendo a troca de experiências entre as mulheres... é algo que a gente tenta estimular bastante, porque reconhece a importância (E4).

Nessa perspectiva, neste estudo, o apoio foi apresentado como uma construção de forma conjunta, através dos grupos de gestantes, onde tanto os profissionais abordam as questões teórico-práticas do ato de amamentar, como as próprias mulheres se apoiam mutuamente, por meio da troca de experiências sobre o assunto, fomentando e fortalecendo o vínculo entre elas.

A partir da visão de atenção integral à saúde da mulher sobre o AM, entende-se que uma das iniciativas para promover essa saúde integral constitui-se da educação em saúde. Consideradas uma tecnologia leve, as atividades educativas realizadas em grupo oportunizam o apoio mútuo, por meio da troca de experiências e dificuldades comuns, vivenciadas por indivíduos em situações semelhantes (ANDRADE *et al.*, 2016).

As atividades em grupos são dinâmicas, e fazem uso de recursos como diálogo, acolhimento e escuta. A liberdade dos diálogos em grupo proporciona resultados satisfatórios, com estabelecimento de vínculos e troca de saberes

acerca dos temas abordados, possibilitando a potencialização dos sujeitos e mudanças de comportamentos (ABREU *et al.*, 2013).

Nesse ínterim, o MS indica que durante o acompanhamento pré-natal pode-se estimular a formação de grupos de apoio à gestante, como estratégia de abordagem a esta temática, inclusive grupos de sala de espera; e, no período pós-parto, orientar as mulheres e seus familiares quanto ao acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação após a alta hospitalar (BRASIL, 2015).

Ainda de acordo com o MS, o conhecimento acerca da amamentação é fundamental para a autoconfiança da mulher, para sua decisão de iniciar e permanecer amamentando, e a prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz (BRASIL, 2015).

Por isso, não basta a mulher estar ciente dos benefícios e vantagens de amamentar, mas se faz necessário que, além de ela poder contar com o apoio de uma equipe de saúde habilitada para ajudá-la, o profissional de saúde esteja atento para que o processo educativo seja de incentivo, apoio e aprendizado e se estenda a toda a família, para que a mulher esteja incorporada a um ambiente que a apoie e que favoreça a amamentação exclusiva (SANTANA *et al.*, 2016).

No âmbito da educação em saúde, os Círculos de Cultura – que se baseiam nas trocas de saberes e experiências como meio do aprendizado – podem ser uma ferramenta de atuação, por possibilitar a troca entre conhecimento técnico e popular, permitindo o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde (ANDRADE *et al.*, 2016).

De acordo com Paulo Freire (1994), os Círculos de Cultura são espaços em que simultaneamente se ensina e se aprende, possibilitando a construção coletiva do conhecimento no lugar da justaposição ou da superposição de conhecimentos feitas pelo educador sobre o educando, e onde se constroem novas hipóteses de leitura do mundo. Ou seja, é um lugar onde há troca; todos têm voz, leem e escrevem o mundo conjuntamente (FREIRE, 1994).

Na experiência de Andrade e colaboradores (2016), realizada no Ceará, as atividades educativas em saúde em forma de grupos mostrou-se apropriada ao apoio ao AM em grupos de gestantes na AB (ANDRADE *et al.*, 2016),

corroborando com as estratégias de apoio adotadas pelos participantes do presente estudo.

Essa abordagem em grupo possibilita a socialização de vivências e saberes, sendo uma oportunidade para as gestantes expressarem seus medos, dúvidas, ansiedades e sentimentos, como também para relacionar-se com outras pessoas que estão vivenciando o mesmo processo, o que possibilita um melhor enfrentamento das mudanças e situações que envolvem o período gravídico-puerperal e o processo de amamentação, favorecendo a manutenção do AME (ANDRADE *et al.*, 2016).

5.2.1.3. A visita puerperal como espaço para o apoio

Foi possível apreender ainda, que, neste estudo, a organização das equipes favoreceu a acessibilidade da mulher aos serviços de saúde, asseverando, além da universalidade da atenção, a integralidade do cuidado, e a visita domiciliar à puérpera emergiu como ponto forte para a atenção integral na primeira semana pós-parto. A seguir se destaca alguns depoimentos:

Uma das estratégias que utilizamos é a captação dessa puérpera, logo nas primeiras horas da chegada dela da maternidade, nos primeiros cinco a sete dias, (...) os ACS já ficam de olho pra gente ir logo que ela chega... (E6).

O ponto forte é ter uma equipe que trabalha e que conversa, que fala a mesma língua, e facilita o acesso dessa mulher à unidade de saúde (...) quando tá realizando a visita a essa puérpera, conversando sobre vacinas, consultas, o aleitamento, esclarecendo dúvidas (...) bota pra mamar, vê se a pega tá boa e tal... (E4).

Eu nunca faço visita puerperal só... sempre os ACS tão comigo. Geralmente ele já tem visitado a mulher antes de mim... e eu busco fazer a visita sempre na primeira semana e os ACS já têm ido antes pra avisar que eu ia... e assim eles já chegam fazendo orientação pra amamentação... (E2).

A captação precoce da puérpera nessa pesquisa, por meio da realização da visita puerperal na primeira semana de vida, emergiu como possibilidade de ampliar o acesso à informação dessas mulheres sobre o AM, objetivando a intervenção oportuna frente às dificuldades que ela venha a enfrentar no

processo de amamentar, que possam interferir para a exclusividade do aleitamento.

O sucesso para a continuidade do aleitamento exclusivo pode ser motivado por diversos aspectos, e o apoio à mulher é um ponto forte para essa manutenção pelo tempo adequado, de seis meses. A visita domiciliar puerperal, umas das atividades próprias à ESF, tem sido demonstrada como uma ferramenta de intervenção de grande efetividade para a oferta de apoio, uma vez que insere o profissional na realidade vivenciada pelo binômio mãe-bebê e sua família, permitindo identificar as principais necessidades em saúde e meios de promover uma assistência contínua e oportuna às dificuldades que possam emergir (RODRIGUES, 2011).

Nesse sentido, a visita puerperal é compreendida como um momento privilegiado para a extensão do cuidado, e, no que se refere à amamentação, é um espaço oportuno para que o profissional averigue a técnica e as dificuldades relacionadas à amamentação, avalie as mamas da mulher e a pega do RN, além de permitir que as mulheres esclareçam suas dúvidas e sejam ouvidas acerca de seus anseios (NASCIMENTO CARVALHO *et al.*, 2018).

Diante disso, uma vez que os primeiros dias após o parto correspondem a uma etapa crucial para início e manutenção do AME, já que o puerpério representa o período de maior fragilidade emocional da mulher, esse acompanhamento mais próximo proporciona o desenvolvimento da segurança materna e familiar e uma vivência mais tranquila e eficaz do AM (NASCIMENTO CARVALHO *et al.*, 2018).

O MS recomenda que a visita puerperal seja realizada na primeira semana de vida do bebê, e reitera ainda, que ocorra nos primeiros três dias, caso o recém-nascido (RN) tenha sido classificado como de risco. Essa visita apresenta como objetivos principais: avaliar o estado de saúde da mulher e do RN e a interação entre eles; orientar e apoiar a família para a amamentação e os cuidados básicos com o RN; orientar o planejamento familiar e identificar situações de risco ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas (BRASIL, 2013).

Sendo assim, a atenção à puérpera e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas é fundamental para a manutenção da saúde

materna e neonatal no contexto familiar, tornando-se uma prática de grande importância para os profissionais da saúde.

Nesse âmbito, uma pesquisa realizada entre os anos de 2014 e 2015 demonstrou que as crianças que receberam a visita puerperal mostraram mais possibilidades de continuidade do AME. Diante disso, pode-se afirmar que a visita puerperal atua como fator protetor na manutenção do aleitamento exclusivo, legitimando a abordagem escolhida pelos profissionais desse estudo como adequada à oferta de apoio à mulher que amamenta (NASCIMENTO CARVALHO *et al.*, 2018).

Os achados do presente estudo demonstram que a equipe de saúde, realiza a visita domiciliar, seguindo os principais objetivos preconizados, mas tende a privilegiar enfoques informativos ou prescritivos, a partir de orientações que muitas vezes não valorizam os saberes prévios dos principais sujeitos nesse momento (a puérpera e seus familiares), o que corrobora com diversos estudos acerca da importância da visita puerperal pelos profissionais da ESF (RODRIGUES *et al.*, 2011; GARCIA; LEITE; NOGUEIRA, 2013; LUZ *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2018).

Diante disso, faz-se necessário o reconhecimento dos profissionais da equipe de saúde da ESF para a importância da visita puerperal, buscando identificar fatores relacionados à puérpera, ao recém-nascido e à família, no sentido de se desenvolver um cuidado holístico nesse âmbito, pois a ausência de treinamento específico contínuo da equipe de saúde, um conjunto de fatores que incluem a sobrecarga de trabalho e dificuldades para efetivar as visitas contribuem para a fragilidade do processo de promoção da saúde à puérpera e ao recém-nascido (LUZ *et al.*, 2016)..

Destarte, o apoio do profissional da ESF, por meio da escuta qualificada, permitindo o esclarecimento das dúvidas, orientando a técnica correta de amamentação e oferecendo o amparo no enfrentamento das possíveis dificuldades no processo, contribui para que a mulher inicie e continue o AM de forma mais efetiva (NASCIMENTO CARVALHO *et al.*, 2018).

Desse modo, a visita puerperal, realizada na primeira semana, constitui-se como sendo um cuidado que prevalece como fator de proteção do AME, consistindo em um momento oportuno para realizar atividades tanto

assistenciais como de educação em saúde que repercutirão favoravelmente para a manutenção da exclusividade do AM, refletindo positivamente na saúde materna e infantil, validando os achados da presente pesquisa (SILVA *et al.*, 2019).

5.2.2. Obstáculos para o apoio ao Aleitamento Materno

5.2.2.1. Crenças, mitos e dimensões culturais ligadas à Rede de Apoio Primária

Com relação às fragilidades para o apoio à mulher, foi possível perceber nas falas que a pressão que a família pode vir a exercer sobre a mulher, baseada nos mitos e nas dimensões socioculturais ligados à amamentação, representa uma barreira para o AME. Nesse aspecto, algumas vezes a mulher é diretamente influenciada pelos familiares, introduzindo outros alimentos antes do período preconizado:

O principal fator que faz com que a gestante não tenha adesão à amamentação vai ser muitas vezes o conhecimento deficiente, os mitos relacionados ao processo de amamentar... e isso muitas vezes vem da família, do próprio ambiente familiar... (E2).

O que eu noto de mais dificuldade no apoio para a mãe amamentar é justamente a opinião dos outros... 'é porque minha sogra disse que meu leite é fraco...' (...); é a sogra, é a mãe, como essas pessoas é quem tá no dia-a-dia da mulher, a opinião delas pesa muito, interferem muito nessa relação (M3).

À noite a criança chora, o marido 'nam, dá mamadeira a esse menino'... Eu acho que em casa ela tem ser incentivada, não só no PSF; (...) a falta do incentivo em casa eu acho que dificulta muito (TE5).

É incontestável que a amamentação é um momento especial de vinculação entre mãe e bebê, e que traz inúmeros benefícios para a saúde de ambos. O desmame precoce é considerado um dos fatores para a fragilidade da saúde do bebê, uma vez que o deixa mais predisposto à aquisição de doenças e diminuição da sua imunidade, aumenta a morbimortalidade e compromete o seu crescimento e desenvolvimento (FIALHO *et al.*, 2014).

No entanto, a opção da mãe por não amamentar não deve ser relacionada tão-somente à sua pretensão em não o fazer, mas deve-se considerar todo o contexto que envolve as questões culturais e sociais que a cerceiam, bem como a consciência que esta apresenta sobre as desvantagens implícitas no fato de não amamentar. É preciso muita orientação e apoio para evitar o desmame precoce, e a falta de informação ainda é apontada como o principal fator que contribui para esse quadro (LIMA E SOUSA, 2013).

Nesse aspecto, deve-se levar em conta que o ato de amamentar requer uma tomada de decisão por parte da mulher que envolve os seus princípios pessoais, experiências anteriores, e os conhecimentos que são transmitidos de geração em geração. Desse modo, a nutriz geralmente está cercada por pessoas que muitas vezes já vivenciaram o aleitamento ou o acompanharam proximamente, trazendo consigo saberes e práticas que lhes são disseminados neste momento. As mães, em especial as primíparas, sentem a necessidade deste apoio e depositam na família a confiança para os cuidados ao seu recém-nascido (LIMA; SOUSA, 2013).

Observa-se que frequentemente as crenças e conceitos culturais são tidos como absolutos, difíceis de serem desacreditados e implacavelmente seguidos, acarretando a interrupção do aleitamento exclusivo, muitas vezes por hesitação dessas “mães de primeira viagem”, ao ouvirem mitos repassados por alguém próximo, de sua confiança, e que tem certa experiência no assunto, e passam a questionar a sua própria capacidade de nutrir seus bebês, contribuindo para a descontinuidade do AME (MACHADO *et al.*, 2017).

Sendo assim, as atitudes construídas socialmente e o suporte que a mulher tem da família e da comunidade interferem diretamente no processo da amamentação, uma vez que, após o parto, a mulher-mãe está mais vulnerável às inúmeras influências do seu meio, devido às mudanças ocorridas na maternidade e na amamentação, e é justamente neste período que as nutrízes mais recebem o auxílio de seus familiares (MARQUES, 2010).

Nesse sentido, os achados coadunam com um estudo realizado no Sudeste do Brasil, o qual afirma que a efetividade do AM procede em grande parte do que acontece no puerpério imediato, ou seja, a partir do nascimento e nos primeiros dias pós-parto, pois é nesse período que mãe e bebê estão se

conhecendo e assimilando o processo de amamentação, e é considerado de ápice dos problemas que possam surgir, e é exatamente nesse período que a família mais influi (MACHADO *et al.*, 2017).

É nesse contexto que se pauta a dificuldade em apoiar a mulher para o AME, posto que a família, que exerce um papel ativo frente à mulher, é determinante nas interferências sobre os cuidados com o bebê, e a pressão familiar exercida sobre a mulher, com destaque para os mitos repassados ao longo das gerações, a opinião e a orientação sobre a amamentação e/ou alimentação da criança, podem vir a desestimular o AME (MARQUES, 2010).

Dessa forma, as mães tornam-se muito suscetíveis às influências externas sobre o aleitamento. Informações incorretas, incompletas ou sem embasamento científico também podem contribuir para o desmame precoce (ROCCI; FERNANDES, 2014). Esse fato requer dos profissionais um manejo adequado, através de uma comunicação efetiva, desconstruindo possíveis tabus e práticas prejudiciais à amamentação.

Estudos apontam que, em relação às crenças e práticas, as famílias podem incentivar ou favorecer a amamentação; além disso, o apoio às mães para superarem as dificuldades encontradas e desmistificarem esses mitos pode representar a diferença entre o sucesso e o abandono do aleitamento, sendo primordial para seu êxito (LIMA *et al.*, 2019; ROCCI; FERNANDES, 2014; MARQUES, *et al.*, 2010).

Assim, considerando a família como fonte indispensável de apoio, uma vez que geralmente ela está mais próxima da nutriz, e tendo em vista a influência que ela pode exercer na decisão da mulher de amamentar, se faz necessária a inclusão familiar por parte dos profissionais nas orientações para o apoio, por meio de uma aproximação oportuna, reconhecendo seus saberes e crenças, proporcionando juntamente com a mãe e família possibilidades favoráveis para a manutenção do aleitamento exclusivo da criança no contexto em que estão inseridos (LIMA; SOUSA, 2013).

Nessas circunstâncias, a indicação é que seja elaborado pelos profissionais da saúde um plano de cuidados que valorize e considere as opiniões e vivências dessas mulheres, pois, levando-se em conta suas crenças

e costumes, promoveria uma maior identificação e aceitação das recomendações fornecidas (LIMA *et al.*, 2019).

Por isso, ao passo que crenças, mitos e cultura foram apontados como fatores limitantes ao apoio para o AME no presente estudo, envolver a família nesse processo surgiu anteriormente como uma potencialidade da equipe de saúde, de modo a evitar condutas que tendam a contribuir para o desmame precoce.

5.2.2.2. Limitações relacionadas ao processo de trabalho da Rede de Apoio Secundária: articulação da equipe, sobrecarga de trabalho e rotatividade profissional.

Neste estudo, as fragilidades ligadas ao apoio secundário dizem respeito sobretudo às dimensões do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde. Foram demonstrados obstáculos nos aspectos relacionados ao processo de trabalho na ESF, os quais serão elencados a seguir.

Insurgiram questões relacionadas à dificuldade de articulação da equipe, além da falta de envolvimento de alguns profissionais para o apoio; emergiram, ainda, problemas referentes à sobrecarga de trabalho na APS, bem como à alta rotatividade dos profissionais, interferindo no apoio a essas mulheres pela quebra de vínculo e atenção insuficiente.

A respeito do trabalho em equipe, na presente pesquisa, a desarticulação entre os profissionais surgiu como ponto de vulnerabilidade para a oferta de apoio, uma vez que barreiras no diálogo e na atuação interprofissional tendem a acarretar a fragmentação do cuidado e, conseqüentemente, o apoio improfícuo à mulher. Algumas falas apontaram à falha na comunicação entre os profissionais, ocasionando ruptura no processo de cuidado:

Quanto aos ACS, eu acho a comunicação muito deficiente, não passam as informações (...) às vezes só depois de muito tempo, que a mulher chega no PSF pra se consultar, que eu pergunto sobre a amamentação é que eu vou saber que tem algo de errado... (M4).

É porque a minha equipe acaba sendo só eu e a médica, não posso contar muito com a parte de saúde bucal (...) É mesmo que não ter, não posso contar pra nada (E2).

A mudança das práticas no SUS implica diminuir a fragmentação do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde. Uma das características principais para a construção das boas práticas de saúde nos serviços é a troca de conhecimentos, promovendo a coordenação do cuidado, visando estabelecer conexões a fim de se atender às demandas dos usuários na oferta de cuidados em saúde, com qualidade, acolhimento e atenção (ALMEIDA *et al.*, 2018; UCHÔA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, o trabalho em equipe em saúde traz uma visão mais abrangente da coletividade, reforçando a necessidade do compartilhamento de tarefas e a cooperação de diferentes sujeitos e atores para alcançar objetivos comuns (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013). É fundamental compreender esse trabalho em equipe como integralidade, troca de ideias, comprometimento com a saúde como um todo, e ter o sentimento de pertencimento à equipe, não apenas sendo uma parte dela, mas identificando-se com ela (DUARTE; BOECK, 2015).

Cada membro pode ter uma experiência específica, mas todos trabalham sinergicamente em direção a um objetivo compartilhado. Simplesmente reunir profissionais em equipes não garante colaboração. Os profissionais também precisam de recursos e ferramentas para apoiar o trabalho em equipe a fim de atingir um objetivo comum (LEVESQUE *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, a comunicação eficaz é imperativa para o desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que o exercício do diálogo no ambiente de trabalho abre possibilidades para um trabalho resolutivo e comprometido com as necessidades da população (DUARTE; BOECK, 2015).

No contexto do apoio ao AME, um estudo trouxe evidências de que a articulação da equipe e as relações entre os profissionais de saúde que são responsáveis pelo cuidado na ESF podem ser um fator determinante para o sucesso de intervenções positivas na promoção do AM. O estudo demonstrou ainda que os profissionais se sentem mais preparados a ofertar esse apoio se conhecimentos e experiências forem partilhados dentro e entre as equipes de saúde (ALMEIDA, 2015).

Ainda nessa questão do cuidado fragmentado, na realidade do presente estudo, alguns profissionais de nível superior enfocaram a oferta de apoio à mulher apenas na sua ação individual, realçando sua própria figura, seja para enfatizar, promover ou legitimar o AME.

Desse modo, essa falta de integração observada entre os profissionais apesar de ser parte da mesma equipe contribuiu no presente estudo para que o apoio à mulher seja feito de forma fragmentada, uma vez que se desconsideram a multiprofissionalidade, a continuidade do cuidado e o trabalho em equipe como elementos centrais para a oferta de apoio, como demonstram os trechos a seguir:

Eu sempre deixo focado a questão da importância do AM; a equipe já sabe do meu estilo de trabalho, já sabe do foco que eu dou nisso (M5).

(...)acho que aqui eu desempenho um papel importante (...) eu gosto de tá promovendo os grupos, eu quem faço questão que esses encontros aconteçam (E4).

Querendo ou não eu tenho uma voz; (...) então eu uso essa voz, eu me coloco como atuante, eu quem brigo mesmo aqui pelo AM (M6).

Esses discursos são compatíveis com o estudo de Almeida (2015), que expôs que o cuidado fragmentado evidenciado pelo trabalho isolado dos profissionais de saúde é rotineiramente observado nos serviços de saúde, onde cada um faz a sua função, sem haver interação entre a equipe, prejudicando a confiança das mulheres em relação à amamentação, pela falta de abordagem integrada, coordenação e cooperação entre os profissionais que ofertam o apoio e o cuidado a elas (ALMEIDA, 2015).

Uma análise internacional, que comparou estudos conduzidos na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos, trouxe resultados semelhantes, abordando a discussão de que as práticas de APS nesses países também possuem estruturas inadequadas ou poucos recursos para apoiar o trabalho em equipe, e que as iniciativas para melhorar a colaboração interprofissional devem visar desenvolver estratégias que aprimorem as relações interpessoais e a atitude dos profissionais, pois a relutância em trabalhar em conjunto é um determinante decisivo para o insucesso do trabalho em conjunto (LEVESQUE *et al.*, 2018).

Além disso, nesse mesmo estudo internacional, os médicos eram responsáveis por tomarem as decisões finais, muitas vezes com pouca ou nenhuma contribuição ou conhecimento da equipe. A concentração do papel do médico em algumas práticas pode comprometer os esforços empregados para uma abordagem multidisciplinar, pois a hierarquia tradicional médico-centrada tem sido demonstrada como um obstáculo para o trabalho em equipe (LEVESQUE *et al.*, 2018).

Além disso, no presente trabalho emergiram, ainda, relatos que apontam à ausência de alguns profissionais da equipe no apoio ao AME, seja na facilitação do acesso, seja nas consultas, condutas ou atividades educativas promovidas nas UBS. Alguns enfermeiros relataram o pouco comprometimento de profissionais como o médico nas atividades de promoção à saúde, ou como o técnico de enfermagem, que não se envolvia no apoio, dado que o trabalho deste é mais voltado à realização de procedimentos, como curativos, vacinas, aferição de pressão arterial *etc.*

O apoio ao aleitamento é feito sim pelos profissionais (...), mas o Técnico de Enfermagem não se envolve muito no apoio, não, ele fica mais nos procedimentos... (E4).

O médico eu preciso tá arrastando, realmente tá puxando ele pra um grupo... ele não tem assim tanta disponibilidade... 'Disponibilidade' não é a palavra... disposição. Sendo bem sincera, no dia de grupo ele aproveita pra faltar. Já faltou várias vezes... 'Ah! é grupo? Ah...' faltou! (E4).

Igualmente, foi recorrente nos depoimentos dos cirurgiões-dentistas o apontamento para a sua desresponsabilização quanto às atividades de apoio, tanto na educação em saúde como nas orientações individuais, atribuindo aos outros profissionais da equipe a incumbência de apoiar a mulher, não se reconhecendo como integrante nesse processo, sob a justificativa de que a odontologia não faz parte dessa demanda, demonstrando falha no desenvolvimento do trabalho em equipe e consequente redução do apoio ofertado à mulher por essa categoria.

O médico e a enfermeira é quem fazem mais esse acompanhamento... (...) isso aí foge um pouquinho da minha função... Eu peço pra ela buscar algumas orientações com a enfermeira, ou com o médico mesmo (D2).

Geralmente eles fazem palestras com as gestantes, (...) falando de tudo sobre o aleitamento (...) eles abordam tudo... (D3).

No entanto, a ESF tem o trabalho em equipe como um dos componentes mais relevantes para a reorganização do processo de trabalho, bem como para o desenvolvimento de práticas de atenção, com formato multiprofissional e interdisciplinar, objetivando a prestação de uma assistência de qualidade, integral, contínua, e resolutiva, com enfoque na família e na formação de vínculo, e também atendendo às necessidades de saúde da população adscrita (SANTOS, 2017).

Assim, as ações de incentivo, promoção e apoio ao AM devem ocorrer no conjunto das ações de todos os profissionais, durante o pré-natal, o parto e no puerpério. É essencial que a equipe de saúde atue conjuntamente no acolhimento de mães e bebês, na escuta qualificada e no esclarecimento de dúvidas, quando necessário, além de que todas as categorias reconheçam o seu papel nesse processo. A valorização de cada profissional e o conhecimento do perfil de cada membro da equipe tornam-se essenciais para um desempenho adequado e melhoria do atendimento e da atenção ofertada (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A partir de então, pode-se inferir que a continuidade do cuidado só será garantida quando a percepção da necessidade do trabalho do outro for valorizada. Portanto, o trabalho em equipe deve ser constituído com a interação e participação da equipe, sem que haja individualização do trabalho e compartimentalização das atividades (SANTOS *et al.*, 2017).

O trabalho em equipe, o aperfeiçoamento individual em habilidades múltiplas no contexto interdisciplinar e a cooperação entre profissionais são fundamentais para a fluidez do serviço de saúde. Uma visão mais global e coletiva do trabalho torna-se necessária para um melhor aproveitamento das qualidades dos profissionais em relação à saúde materna e infantil (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Desse modo, através da atuação conjunta, da valorização da percepção da necessidade do trabalho do outro e da interação dos trabalhadores entre si, garantiremos a efetividade do cuidado ofertado, asseverando a continuidade do

atendimento, gerando autonomia, liberdade e satisfação na organização do trabalho em equipe (SANTOS *et al.*, 2017).

Além das dificuldades com o trabalho em equipe e a falta de envolvimento dos profissionais, evidenciou-se a forma como a demanda intensa, a exigência de produtividade e realização de procedimentos e a falta de vínculo influenciam diretamente na prestação de serviços, e, conseqüentemente, impactam o cuidado e o apoio ofertados.

A demanda elevada de procedimentos ligados a um modelo assistencial com foco em atendimentos individuais e dimensões curativas destaca-se como obstáculo para a oferta de apoio à mulher na efetivação e manutenção do AME, e estratégias como a visita puerperal, a educação em saúde e mesmo o acesso dessa mulher ao atendimento deixam de ser realizadas, conforme elucidado nas falas a seguir:

Se uma mulher chega com uma dificuldade (...) às vezes a gente sobrecarregado, devido à alta demanda, não dá muito valor, não dá atenção, não atende, e às vezes a gente deixa de ajudar essa mulher porque tinha muita coisa pra fazer (E4).

Eu não faço visita a gestante e nem a puérpera... Porque se eu for fazer, não dou conta; já basta as visitas domiciliares normal da semana... (M1).

A maior dificuldade eu acredito que sejam as outras demandas também, que a gente precisa dar conta dentro da unidade, muito trabalho técnico, procedimentos, e acaba que a educação em saúde fica um pouco meio que restrita (TE4).

As exigências e supervalorização da realização de procedimentos e a alta demanda tendem a prejudicar a oferta mais abrangente de ações ligadas ao apoio e atenção integral à mulher que amamenta. Desse modo, se faz necessário repensar as demandas e formas de apoio e atenção ofertada, pois, na realidade investigada, muitas vezes ferramentas que tendem a potencializar o papel da equipe enquanto rede de apoio à mulher, deixam de ser utilizadas, ocasionando ruptura no apoio.

Tais achados ratificam os resultados de um estudo realizado em Montes Claros – MG, que demonstrou a predominância de uma cultura curativista, ocasionando uma ampla demanda reprimida para acesso aos serviços de saúde e a conseqüente sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam na

APS, dificultando a continuidade do cuidado e atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde (GUIMARÃES, 2017).

Nesse contexto, outro autor identifica que a sobrecarga dos profissionais na APS deve-se ao atendimento à demanda espontânea, pois esta acaba por ocupar a maior parte do trabalho realizado, muitas vezes deixando de lado as atividades educativas, preventivas e de promoção da saúde, enfocando na cura e reabilitação, prejudicando o atendimento integral da população (DUARTE, 2013).

Ainda nessa perspectiva, um outro estudo, realizado em Brasília, evidenciou que a necessidade de ofertar esse acesso ampliado à demanda espontânea acaba por gerar a exaustão e o descontentamento nos profissionais de saúde atuantes na ESF. Pontua ainda que o número excessivo de pessoas adscritas interfere no acesso tanto pela quantidade de pessoas quanto pela impossibilidade dos profissionais realizarem o conjunto de suas atribuições, pois a alta demanda pelos cuidados curativistas, a realização excessiva de procedimentos e a elevada necessidade do cumprimento de metas faz com que esses profissionais permaneçam grande parte do seu tempo nos consultórios, o que diminui a oferta de apoio e atenção a quem realmente precisa (MENEZES, 2018).

Outro fator que emergiu como uma fragilidade no apoio à mulher para o AM consiste na ruptura da construção de vínculos com a comunidade e usuários, dimensão essencial à oferta de apoio.

Os achados deste estudo sugerem que a elevada rotatividade do profissional médico, devido a fatores salariais e às consequentes dificuldades na captação e fixação dos médicos nos serviços pela gestão municipal, desfavorece a permanência de profissionais dessa categoria nas unidades; poucos deles permaneciam um ou dois anos, apenas quando estavam vinculados ao programa *Mais Médicos* e, mesmo assim, com muita dificuldade.

(...) na nossa equipe nós não temos um médico que faça vínculo... tem médico que fica só três, quatro meses... quando tá se adaptando, aí até por questões financeiras vai pra outra realidade... (E3).

Do médico no apoio, eu nem posso falar muito, porque assim... a cada ano troca... e eu acho que a mulher não consegue

construir um vínculo; e às vezes, quando consegue ele é quebrado, porque chega alguém novo... (E4).

O SUS é estabelecido pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e admite participação da iniciativa privada, em caráter complementar. O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, que determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (BRASIL, 1990).

Apesar de o SUS ter possibilitado um considerável aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, ainda é realidade no contexto brasileiro a dificuldade de acesso a serviços de saúde que sejam realmente resolutivos, e a escassez de médicos atuantes diretamente na APS sempre foi um importante agravante deste problema (OLIVEIRA, 2015).

Para atenuar as desigualdades de acesso à AB resolutiva e a falta de médicos na APS, o MS instituiu o *Programa Mais Médicos*, no ano de 2013, visando prover a necessidade de profissionais e garantir o direito ao acesso à saúde a toda a população, atuando na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas UBS, na ampliação e nas reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica, e na provisão emergencial de médicos nas áreas com maior necessidade (BRASIL, 2013).

Um estudo demonstrou que, apesar de implementado há pelo menos seis anos, os profissionais que atuam nas UBS não notaram positividade no sistema de trabalho, devido a problemas de comunicação com a equipe, à sobrecarga de trabalho e à alta rotatividade, sendo estes importantes desafios a serem ainda vencidos, pois limitam a resolutividade e atravancam o vínculo da população, prejudicando, portanto, a oferta de apoio (BERNARDI, 2018).

Em concordância com a nossa pesquisa, um outro estudo apontou, em localidades que não constavam do programa Mais Médicos, que a alta rotatividade dos profissionais era gerada pela falta de pertencimento à equipe, pelo profissional médico, havendo uma constante necessidade de recomeço por parte deles, e muitas vezes a atuação desses profissionais se restringia a ações e tarefas exclusivas de sua categoria, promovendo uma fragmentação

do cuidado da equipe como um todo, desfazendo-se o fazer coletivo (DUARTE; BOECK, 2015).

Esses achados apontam para uma quebra na longitudinalidade do cuidado e, conseqüentemente, na oferta de apoio a essas mulheres em processo de AME, uma vez que a APS é considerada como fonte regular de atenção, e que as fragilidades no processo assistencial, na organização do serviço, no volume de trabalho, na falta de profissionais, bem como a alta rotatividade dos profissionais, podem influenciar negativamente o vínculo entre profissional e o usuário, comprometendo o apoio ofertado e a atenção integral (KESSLER *et al.*, 2019).

Uma outra pesquisa demonstrou achados de que a fragilidade no vínculo empregatício gera essa alta rotatividade dos profissionais de saúde e dificulta a integração e a continuidade do cuidado. Essa alternância constante de profissionais, em especial os médicos, pode estar relacionada ao vínculo precário na contratação, e essa pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS pode comprometer a qualidade da atenção ofertada, e interfere diretamente na qualidade do cuidado prestado (VAZ *et al.*, 2018).

Nesse contexto, outros autores apontam que quando há baixa rotatividade, isto é, os profissionais de saúde são mantidos por um período mais prolongado, há um acompanhamento mais contínuo dos usuários, cooperando para o fortalecimento de vínculo, favorecendo a atenção humanizada, integral e resolutive (SOARES *et al.*, 2016).

Os participantes deste estudo indicam que não existe esse apoio integral à mulher que amamenta, devido a essa quebra de vínculo, que não permite que o apoio seja desenvolvido multiprofissionalmente, devido à recorrência de pouco tempo em que profissionais médicos permanecem vinculados às equipes, ocasionando essa ruptura na continuidade de atenção e na oferta de apoio no contexto da amamentação.

5.2.2.3. As influências da publicidade: a indústria alimentícia *versus* a amamentação

Uma dimensão que emergiu nas falas dos profissionais da APS, foi a “competição” do leite materno com fórmulas lácteas e produtos alimentícios industriais. Muitas vezes, as mães introduzem esses alimentos precocemente, e, uma vez iniciados, se torna mais difícil a translactação. Os discursos evidenciam a dificuldade para apoiar essa mulher devido à grande influência que o *marketing* e a indústria exercem sobre as práticas das mulheres e segmentos sociais:

Agora, com esses tantos leites aí existentes, as mulheres já saem da maternidade com indicação de leite pelo pediatra. Em alguns casos, a criança já vem pra a gente até na consulta puerperal... com um leitezinho, muitos leites como NAN, NAN Premium, Aptamil... similar... (E6).

A criança já chega na consulta tomando leite... já tá tomando Ninho... Mucilon... aí é difícil competir com a indústria. (...) As mães pedindo nome de leite, e você tendo que dizer, porque não tem como você competir... (M1).

A maior das dificuldades é a complementação que elas fazem, começam antes do tempo; faz um mingau de cremogema, bota açúcar, bota um leite que não é o ideal pra criança (...) leite de vaca do jeito que encontra, esses leites em pó sem preparo nenhum, aí não tem o que fazer (M6).

A introdução de leite artificial é constantemente associada à alta ingestão de gorduras e carboidratos, e por isso, as crianças que entram precocemente nessa introdução de outros leites que não o materno apresentam um maior percentual de gordura corporal, enquanto as que são amamentadas exclusivamente apresentam menor peso em relação a estas, todavia, apresentam um crescimento mais uniforme e com menores riscos de apresentarem doenças crônicas não transmissíveis no futuro (FROTA *et al.*, 2013).

No entanto, o entendimento que a sociedade tem de que os parâmetros de saúde de uma criança devem se pautar em sua aparência física, e que, quando mais robustez e gordura a criança apresentar, mais bonita e mais saudável será, têm sido motivos de descrença das mães sobre o poder de

nutrição do leite materno, pois, a partir do momento em que elas comparam seus filhos exclusivamente amamentados a crianças em alimentação artificial, e os familiares relacionam a gordura corporal do bebê com saúde e beleza, essas mães se sentem impulsionadas a introduzirem precoce e desnecessariamente a alimentação láctea complementar (ALGARVES; JULIÃO; COSTA, 2015).

Ademais, o avanço das estratégias de *marketing* das empresas de alimentos infantis passou a incentivar intensamente o uso da complementação com outros leites, e a partir de então, a amamentação passou a ter crescente substituição pelo leite artificial, e o mais comum passou a ser a introdução de mamadeiras e alimentos industrializados, surgindo uma nova modalidade de “amamentar”. O *marketing* tem sido considerado um forte impulsionador do desmame precoce (GOMES *et al.*, 2016).

Diante disso, durante muitos anos o *marketing* foi ressaltado, através da mídia, e a forte influência da indústria, com suas propagandas e atrativos comerciais que enalteciam os padrões morais e estéticos impostos pela sociedade, tornando a população refém do capitalismo, e as políticas voltadas ao AM passavam despercebidas, assim como os benefícios dos nutrientes do leite materno (BOCCOLINI *et al.*, 2017)

Desse modo, se estabeleceu uma resistência voltada negativamente aos incentivos, para que houvesse a descontinuidade da amamentação, e não se ressaltava nem o valor nutricional e imunológico do leite materno, nem os benefícios afetivos e emocionais para a criação de vínculo, as consequências fisiológicas e a menor morbimortalidade da mãe e do RN (GOMES *et al.*, 2016).

Esse fato se soma à questão da pressão familiar destacada anteriormente neste estudo como um fator predisponente para a descontinuidade do AME em livre demanda, acarretando precocemente a introdução alimentar e a alimentação mista. Os esforços empregados para a oferta de apoio às mulheres para o AME necessitam ser incessantes, pois, ainda hoje há questões que dificultam para que essas mulheres amamentem seus filhos de forma espontânea ou exclusiva, seja por opção própria, por sugestão de determinados profissionais ou familiares, ou mesmo pelo forte

incentivo da indústria para a descontinuidade da amamentação (ROCHA *et al.*, 2018).

Espera-se, inclusive, que haja, em contrapartida ao marketing das indústrias, uma intensificação das campanhas de promoção do MS e dos governos sobre os benefícios da exclusividade do AM, ressaltando-se que deve ser ofertado em demanda livre até os seis meses de vida, e advertindo que não se faz necessária a ingestão de outros alimentos por parte da criança durante esse período (LIMA *et al.*, 2016).

5.2.2.4. Retorno da mulher ao mercado de trabalho

As questões trabalhistas foram evidenciadas em nosso estudo como barreiras para o apoio à mulher quanto à amamentação exclusiva. Com a inserção cada vez mais forte da mulher no mercado de trabalho, o AM acabou por deixar de ser exclusivo pelos seis meses recomendados, uma vez que o retorno da mulher ao trabalho na maioria das vezes precisa ser aos 120 dias pós-parto, ao fim da licença-maternidade.

Assim, segundo os entrevistados desse estudo, a introdução de novos alimentos na realidade estudada estava sendo iniciada por volta dos 100 dias, visando que o bebê estivesse adaptado quando essa mulher retornasse ao seu emprego, para que outra pessoa (mãe, avó, tia) ou uma instituição (berçários/creches) assumisse a responsabilidade pela alimentação do bebê. Esse fator foi apresentado como desfavorável para a oferta de apoio à mulher, pois esse impeditivo está para além de sua atuação, conforme demonstrado nas falas a seguir:

Às vezes a causa pra não amamentar exclusivamente é uma mãe que precisou voltar a trabalhar... que a licença acabou aos quatro meses... tem coisas que a gente não tem como apoiar mesmo, estimular que fique os seis meses... (...) Um Ministério, o da Saúde, orienta uma coisa (aleitamento exclusivo até os seis meses), e por outro lado o Ministério do Trabalho, praticamente não dá o direito da mulher amamentar os seis meses exclusivamente (E3).

Tem a questão das mulheres que precisam voltar ao trabalho, que dificulta o aleitamento exclusivo e nós ficamos de mãos atadas, não tem muito bem o que dizer, como apoiar; hoje em dia as creches já pegam criancinhas pra mãe trabalhar, a partir

dos três, quatro meses de vida (...) Então a partir daí já quebra a amamentação... (E6).

O papel da mulher contemporânea na sociedade tem passado por uma série de transformações, fato que acarretou mudanças não apenas para a rotina da mulher, mas também para seus projetos de vida e suas consequentes escolhas, uma vez que há uma cobrança – tanto interna quanto externa – de que a mulher estude, trabalhe, cresça profissionalmente e seja sua própria mantenedora. Ao se tornarem mães, o desafio consiste em conciliar a ocupação nos espaços que lhe são devidos no mercado de trabalho com as tarefas inerentes à maternidade, demandando tempo considerável dessas mulheres (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014).

Entre esses desafios não constam apenas aqueles mais perceptíveis pela sociedade de um modo geral, de dividir-se entre os afazeres de casa e as obrigações do trabalho, por exemplo, pois a necessidade de conciliação do trabalho com o novo papel de mãe, interfere diretamente na relação da mulher com a amamentação e a maternidade, atingindo inclusive o modo como a mulher se enxerga dentro desse processo e o relacionamento com o recém-nascido. A impossibilidade de dedicação exclusiva para com a criança em período integral pode influenciar nas mudanças na estrutura do cuidado e de sua alimentação, contribuindo para o desmame precoce (MONTEIRO *et al.*, 2017).

O período de vigência da licença maternidade, direito assegurado por lei, deveria ser compreendido por todos como um momento de suma importância para as lactantes, uma vez que o MS preconiza que o bebê seja alimentado exclusivamente de leite materno. No entanto, o que encontramos na prática é um paradoxo: enquanto a amamentação exclusiva até os seis meses de idade é recomendada pelo MS, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) determina a licença-maternidade de 120 dias, ou seja, a mulher tem direito ao afastamento do trabalho por apenas quatro meses, e pode ser iniciado a partir do oitavo mês de gestação (BRASIL, 1943).

Um estudo constatou que a licença-maternidade está intimamente ligada ao aumento da prevalência do AME pelo período preconizado, e reforça a importância de que o governo e a sociedade se voltem ao incentivo de uma

maior duração da amamentação exclusiva, como, por exemplo, a ampliação universal da licença-maternidade de quatro para seis meses, favorecendo o apoio que essa mulher virá a receber para a continuidade da exclusividade da lactação (MONTEIRO *et al.*, 2017).

No entanto, os profissionais de saúde do presente estudo encontraram dificuldades para assegurar esse apoio junto às mães para que essa exclusividade da amamentação de fato ocorresse, pois na realidade encontrada nem todas as mães gozam do direito à licença-maternidade, por serem trabalhadoras autônomas ou exercerem o trabalho informal. Um projeto de Lei aprovado em 04 de abril de 2018, nº 72/2017, propõe ampliar o prazo da licença-maternidade de 120 para 180 dias, o qual até então é concedido para funcionárias públicas e de algumas empresas privadas (BRASIL, 2017).

Assim, nesse momento estabelece-se um grande desafio colocado aos profissionais de saúde, o de garantir a efetividade do apoio ao AME a partir dessas questões trabalhistas, já que há, nesse sentido, um impasse que afeta diretamente o apoio ofertado por esses profissionais para que a mulher persista na amamentação exclusiva, após o seu retorno ao trabalho.

É nesse contexto que foi lançada a portaria 193, afim de aprovar a Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do MS, que favorecem a amamentação da criança no local de trabalho, visando que as mulheres trabalhadoras consigam cumprir com a recomendação de amamentar por 02 (dois) anos ou mais, pois a amamentação depende, em grande parte, do apoio dado às mulheres e todos os esforços devem ser feitos para facilitar essa prática (BRASIL, 2010).

Sendo assim, apoiar a mulher que precisa voltar a trabalhar torna-se um desafio considerável ao qual os profissionais precisam adaptar-se em sua atuação. Nesse ínterim, se faz necessário um apoio da equipe para a ordenha do próprio leite materno para alimentação desse bebê. No entanto esse pode ser considerado um processo desafiador para a mulher – ordenha e armazenamento adequado do leite materno, e o profissional se sente impotente para atuar frente a essa realidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, no que se refere à atuação dos profissionais da ESF como integrantes da Rede de Apoio secundária, foi possível apreender que há divergências entre as percepções dos profissionais ligados ao apoio à mulher que amamenta. Enquanto uns compreendem que a Rede é ampliada e envolve múltiplos atores e saberes, e a troca de experiências, há outros que explicitam que a Rede se restringe à APS e ações desenvolvidas na UBS.

A análise da literatura aponta que ainda são poucos os estudos que focam nas perspectivas de todos os profissionais acerca do apoio à mulher que amamenta, ou que abordam toda a equipe de saúde como integrante dessa Rede. A produção científica foca geralmente no profissional enfermeiro ou no ACS, nesse processo. Salienta-se a importância de incrementar estudos acerca dessa temática, buscando apreender a percepção das mulheres sobre o apoio para a amamentação.

As ações para a efetividade do AME ultrapassam a esfera de atuação e responsabilidade da equipe de saúde, envolvendo vários segmentos, instâncias e atores, dentre eles, a sociedade, o Estado, por meio das leis e políticas públicas, a família, e a coletividade. Para o fortalecimento do AME, se mostrou importante a complementaridade entre as Redes Primárias e Secundárias no fornecimento de apoio à mulher.

Além disso, as estratégias utilizadas neste estudo, como a abordagem sobre o AM desde o pré-natal, o envolvimento do parceiro e da família, a realização de grupos operativos e a visita puerperal na primeira semana, são ferramentas apropriadas para o manejo dos problemas mais comuns na amamentação.

Nesse sentido, ainda são muitos os desafios a serem enfrentados para se obter um apoio efetivo às mulheres que amamentam no âmbito da ESF, no sentido da manutenção do aleitamento pelo período preconizado. É essencial ampliar a compreensão dos profissionais sobre o seu papel na Rede de Apoio, além da reorientação das abordagens utilizadas, de modo que haja avanços nesse cenário

Faz-se necessário, considerar o desejo e as motivações da mulher, seus conhecimentos acerca do AM, suas crenças e valores, além do contexto em que está inserida, pois tais fatores interferem diretamente nas condições para o sucesso do AME.

Por outro lado, importa assinalar os aspectos que extrapolam o âmbito de atuação mais direta da ESF, como as questões relacionadas ao trabalho da mulher e a influência exercida pela publicidade de alimentos sobre os indivíduos e grupos sociais.

Nessa perspectiva, a ESF pode assumir um papel central no apoio à mulher em seu retorno ao trabalho, fornecendo um suporte clínico e emocional, envolvendo a família para ajudar essa mulher para a continuidade do AME, seja por meio de orientações para ordenha e armazenamento do leite materno, seja pelo fortalecimento da valorização das mamadas nos intervalos, quando possível.

Em contrapartida, frente a competição das ações em prol da amamentação com a publicidade de fórmulas e leites ultraprocessados, o estímulo pelos profissionais à reflexão crítica por meio do diálogo tende a ser uma estratégia potente.

Urge que haja mudanças no processo de trabalho na ESF, buscando contornar as limitações e fragilidades evidenciadas e, assim qualificar o cuidado, com a reafirmação do papel dos serviços da APS no âmbito da rede de apoio para a mulher que amamenta.

Finalizando, cabe realçar que este estudo evidenciou que os profissionais da ESF constituem atores centrais na Rede de Apoio Secundária à mulher para o AME nos primeiros seis meses de vida da criança, contribuindo para a manutenção no período adequado; além disso, reafirma a necessidade de atuação da equipe mediante o trabalho interprofissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. D. P. *et al.* Abordagem educativa utilizando os Círculos de Cultura de Paulo Freire: experiência de acadêmicos de enfermagem no PET Saúde. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 66-70, 2013.
- ALGARVES, T. R.; JULIÃO, A. M. S.; COSTA, H. M. Aleitamento Materno: Influência de mitos e crenças no desmame precoce/breastfeeding: Myths and beliefs influence in early weaning. **Saúde em Foco**, v. 2, n. 1, p. 151-167, 2015.
- ALMEIDA, P. F. de. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018. ISSN: 2358-2898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Acesso em: 1 set. 2019.
- ANDRADE H. S.; PESSOA, R. A.; DONIZETE, L. C. V. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1698](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1698).
- ANDRADE, J. A. *et al.* Aleitamento Materno: Abordagem Grupal do Pet-Saúde em um Grupo de Gestantes com base no Círculo de Cultura de Paulo Freire. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 8, n. 3, p. 38-49, 2016.
- BATTAUS, M. R. B.; LIBERALI, R. A promoção do aleitamento materno na estratégia de saúde da família – revisão sistemática. **Revista de APS**, v. 17, n. 1, p. 93-100, 2014.
- BERNARDI, M. C.; CARRARO, T. E.; SEBOLD, L. F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na Atenção Básica: Revisão Integrativa. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. spec., p. 1074-80, 2011.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 108, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/672/67249591098.pdf>. Acesso em: 22 maio 2018.
- BORGES, N. R. *et al.* Caracterização e prevalência do aleitamento materno em uma população atendida na rede pública de saúde de Palmas/TO, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 4, p. 30-36, Vitória, 2016.
- BRASIL. Assembleia Legislativa. **Projeto de Lei PL 72/2017**. Altera os arts. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, 71 e 71-A da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para majorar o prazo da licença-maternidade, de 120 para 180 dias, e permitir ao pai acompanhar a mãe do nascituro nas consultas e exames durante a gravidez, 2017. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/128502>. Acesso em: 5 set. 2019.

BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 14 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde**. Iniciativa Hospital Amigo de Criança. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 3 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Portaria SES/MS 1.920, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 193 de 23 de Fevereiro de 2010**. Publicada no Diário Oficial da União nº 98, de 24 de Fevereiro de 2010. Aprova a Nota Técnica Conjunta Nº 01/2010 ANVISA e Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 29 out. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.

BRIGHENTE, M. F.; MESQUIDA, P. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. **Pro-Posições**, v. 27, n. 1(79), p. 155-177, 2016.

BURNS, E. *et al.* 'This little piranha': a qualitative analysis of the language used by health professionals and mothers to describe infant behaviour during breastfeeding. John Wiley & Sons Ltd, **Maternal and Child Nutrition**, v. 12, p. 111-124, 2016.

CAETANO, L. C.; NASCIMENTO, G. S.; NASCIMENTO, M. C. A. A família e a prática de amamentação em bebês de baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 3, 2011. Disponível: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151819442011000300008&lng=pt. Acesso em: 16 set. 2019.

CAILLÉ, A. Dádiva e Associação. *In*: MARTINS, Paulo Henrique (org). **A dádiva entre os modernos**: discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Vozes, 2002a. p. 191-205.

CARVALHO, M. J. L. N. *et al.* Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Rev Paul Pediatr.**, v. 36, n. 1, p. 66-73, 2018.

CAVALCANTI, S. H. *et al.* Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, p. 208-219, 2015.

COELHO, L. C. *et al.* Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 727-738, 2015.

CUNHA, E. C.; SIQUEIRA, H. C. H. Aleitamento Materno: Contribuições da Enfermagem. **Ensaio Ciênc., Ciênc. Biol. Agrar. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 86-92, 2016.

DE SOUSA, I. F. *et al.* "... Não tem jeito de eu acordar hoje e dizer: hoje eu não vou ser mãe!": trabalho, maternidade e redes de apoio. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 22, n. 1, p. 46-63, 2011.

DUARTE, M. de L. C.; BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 709-720, 2015.

DUARTE, V. R. C. **A Sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. 2013. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. 34f. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A_sobrecarga_de_trabalho_na_atuacao_do_enfermeiro_na_Estrategia_de_Saude_da_Familia/290. Acesso em: 3 set. 2019.

FIALHO, F. A. *et al.* Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 5, n. 1, p. 670-678, 2014.

FONTES, P. V. A luta pelo reconhecimento e o paradigma da dádiva. **Rev. Bras. Ciênc. Soc.**, v. 33, n. 97, p. 1-18, 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**: Um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

FROTA, M. A. *et al.* Conhecimento de mães acerca do aleitamento materno e complementação alimentar: pesquisa exploratória. OBNJ (Online Brazilian Journal of Nursing), Niterói, v. 12, n. 1 Abr 2013. Disponível em http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3890/html_2. Acesso em: 05 set. 2019.

FUJIMORI, E. *et al.* Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface**, v. 14, n. 33, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200007>. Acesso em: 16 set. 2019.

GARCIA, E. S. G. F.; LEITE, E. P. R. C.; NOGUEIRA, D. A. Assistência de enfermagem às puérperas em unidades de Atenção Primária. **Rev. Enferm.**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5923-5928, 2013.

GOMES, J. M. F. *et al.* Amamentação no Brasil: discurso científico, programas e políticas no século XX. In: PRADO, S. D. *et al.* (Orgs.). **Estudos socioculturais em alimentação e saúde**: saberes em rede. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. p. 475-491.

GUIMARÃES, J. B. **Sobregarga de trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família bem viver**: dificuldades e estratégias de enfrentamento no município de Alfredo Vasconcelos-Minas Gerais. 2017. Trabalho de Conclusão

de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, 2017.

HERMANN, A.; SILVA, M. L. da.; CHAKORA, E. S.; LIMA, D. C. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 55 p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Base de dados por municípios das Regiões Geográficas Imediatas e Intermediárias do Brasil**. Consultado em 26 de maio de 2018.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3051-3060, 2011.

KESSLER, M. *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 186-193, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200186&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 set. 2019.

LEVESQUE, J. F. *et al.* Dimensions and intensity of inter-professional teamwork in primary care: evidence from five international jurisdictions. **Family Practice** [online], Oxford University Press, v. 35, n. 3, p. 285-294, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz103>. Acesso em: 08 mai. 2018.

LIMA, L. S.; SOUZA, S. N. D. H. Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 34, n. 1, p. 73-90, 2013. DOI: 10.5433/1679-0367.2013v34n1p73.

LIMA, M. M. L. *et al.* A Influência de Crenças e Tabus Alimentares na Amamentação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-229, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/crencas_%20tabus_alimentares_amamentacao.pdf. Acesso em: 5 set. 2019.

LIMA, S. P. *et al.* Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 1, p. 248-254, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.248-254.

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 917-928, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 set. 2019.

LUCCHINI-RAIES, C. *et al.* Care during Breastfeeding: Perceptions of Mothers and Health Professionals. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 37, n. 2, 2019.

LUZ, V. L. E. S. *et al.* Assistência do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita domiciliar à puérpera. **R. Interd.**, v. 9, n. 1, p. 13-23, 2016.

MACHADO, L. M. *et al.* Estratégia Saúde da Família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1098-1105, 2015.

MACHADO, M. L. C. **Uso de escala de autoeficácia para análise da capacidade de puérperas para a amamentação.** 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, São José do Rio Preto, 2017.

MARINHO, M. dos S.; ANDRADE, E. N. de.; ABRÃO, A. C. F. de V. A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 189-198, 2015.

MARQUES, E. S. *et al.* A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320100007000049>.

MARQUES, E. S. *et al.* Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 261-281, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2018.

MARTINS, C. B. de G. *et al.* Introducing food to infants considered to be at risk at birth. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 79-90, 2014.

MAYCOCK, B. *et al.* Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 4, p. 484-490, 2013.

MAZZA, V. de A. *et al.* Influência das redes de apoio social para nutrizes adolescentes no processo de amamentação. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 254-260, 2014. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2018.

MENEZES, E. L. C. de; SCHERER, M. D. dos A.; RAMOS, F. R. S. Influência do trabalho multiprofissional na produção do cuidado e acesso na atenção primária à saúde. **Revista CEFAC**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 342-352, 2018.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesq. Qual.**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12,

2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 maio 2017.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MONTE, G. C. S. B.; LEAL, L. P.; PONTES, C. M. Rede social de apoio à mulher na amamentação. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 148-155, 2013.

MONTEIRO, F. R. *et al.* Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. **J. Pediatr. (Rio J)**, Porto Alegre, v. 93, n. 5, p. 475-481, 2017.

MONTRONE, A. V. G.; FABBRO, M. R. C.; BERNASCONE, P. B. S. Grupo de apoio à amamentação com mulheres da comunidade: relato de experiência. **Rev. APS.** [online], v. 12, n. 3, 2009.

NASCIMENTO CARVALHO, M. J. L. *et al.* Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 66-73, 2018.

NOBREGA, V. C. F. da. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Rio de Janeiro**, v. 43, n. 121, p. 429-440, 2019.

OLIVEIRA, F. P. de. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

OLIVEIRA, M. G.; LIRA, P. I.; BATISTA FILHO, M.; LIMA, M. C. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 16, p. 178-189, 2013.

OLIVEIRA, M. I. C. *et al.* Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 15, n. 2, p. 599-608, 2010.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Organização Pan- Americana da Saúde. **Amamentação, Alimentação Complementar e Desnutrição**. 2015. Disponível em: <https://www.opas.org.br/amamentacao-alimentacao-complementar-e-desnutricao/>. Acesso em: 22 out. 2018.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Curso de sensibilização e apoio ao aleitamento materno**. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1194&Itemid=499. Acesso em: 26 abr. 2018.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 327-340, 2013.

PONTES, C. M.; ALEXANDRINO, A. C.; OSÓRIO, M. M. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online], v. 9, n. 4, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S151938292009000400003>.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 310-315, 2015.

PRIMO, C. C. *et al.* Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 426-433, 2015.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Journal of Human Growth and Development**, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 21, p. 2375-2382, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.07662016>.

RITO, R. V.; OLIVEIRA, M. I., BRITO, A. S. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive Breastfeeding. **J Pediatr (Rio J)**, v. 89, n. 5, p. 477-784, 2013.

ROBLING, M. *et al.* Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. **Lancet**, Londres, v. 387, p.146–55, 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2900392-X>. Acesso em: 29 maio 2018.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 22-7, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100022&script=sci_arttext. Acesso em: 26 ago. 2019.

ROCHA, G. P. *et al.* Condicionantes da Amamentação Exclusiva na Perspectiva Materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n6/e00045217/>. Acesso em: 6 set. 2019.

ROCHA, J. F. Intervenção educativa sobre alimentação no primeiro ano de vida na Unidade Básica de Saúde Serra Verde em São Miguel Do Gostoso/RN. 2016. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 257-261, 2014.

RODRIGUES, T. M. M. *et al.* A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. **Ver. Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 2, p. 21-26, 2011.

SANTANA, D. M. *et al.* Promoção ao aleitamento materno exclusivo em uma estratégia de saúde da família. **Rev conexão eletrônica**, v. 13, 2016.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822012000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 ago. 2019.

SILVA, L. R. da. *et al.* Fatores sociais que influenciam a amamentação de recém-nascidos prematuros: estudo descritivo. **Online Braz J. Nurs.**, v. 11, n. 1, p. 40-52, 2012.

SILVA, V. A.; CAMINHA, M. F.; SILVA, S. L.; SERVA, V. M.; AZEVEDO, P. T.; BATISTA FILHO, M. Maternal breastfeeding: indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. **J Pediatr (Rio J)**, v. 95, p. 298-305, 2019.

SOARES, J. de L. *et al.* Tecitura do vínculo em saúde na situação familiar de adoecimento crônico. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 929-940, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400929&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0944>

SOUZA, J. B. P. G.; MENDES, L. L.; BINOTI, M. L. Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referencia da cidade de Juiz de Fora – MG. **Rev. APS**, v. 19, n. 1, p. 67-76, 2016.

SOUZA, M. H. N.; NESPOLI, A.; ZEITOUNE, R. C. G. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, 2016.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar um contexto intergeracional: influência das

mulheres-avós. **Kairós** [online], v. 14, n. 3, p. 205-221, 2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6501>. Acesso em: 16 set. 2019.

UCHÔA, A. C. *et al.* Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012.

UEMA, R. T. B. *et al.*, Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 349-362, 2015.

VARGAS, G. S. *et al.* Atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: promoção da prática do aleitamento materno. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: https://portal.seer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14848/pdf_32. Acesso em: 26 set. 2019.

VAZ, E. M. C. *et al.* Coordenação do cuidado na Atenção à Saúde à(ao) criança/adolescente em condição crônica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2612-2619, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202612&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 4 set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0787>

ZANOTTO, M. S. As múltiplas leituras da 'metáfora': desenhando uma metodologia de investigação. **SIGNO**, Santa Cruz do Sul, v. 39, n. 67, p. 3-17, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA
Profissionais de Saúde e ACS da Estratégia Saúde da Família

Nome: _____

Idade: _____ Função: _____

Sexo: _____

Em caso de sexo feminino, amamentou? _____

Tempo de atuação profissional na APS: _____

Atuação em outra atividade profissional fora da UBS? _____

1. Qual a sua opinião sobre o Aleitamento Materno? Fale um pouco sobre isso.
2. O que você compreende por Rede de Apoio à mulher para a amamentação?
3. Como você percebe a sua atuação nessa Rede?
4. Fale-me sobre as ações da sua equipe que você reconhece como apoio para o AME?

APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Secretária Municipal de Saúde** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “**A Estratégia Saúde da Família no Apoio à mulher para o Aleitamento Materno Exclusivo**”, a ser realizada nas Unidades de Saúde da Família deste município, pela aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF UFPB **Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz**, sob a orientação da Prof^a. **Dr^a. Ana Cláudia C. P. De Vasconcelos**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no município de Alagoa Grande.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012 do CNS**.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Alagoa Grande

NOME DA SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Grande

CNPJ: 08.753.204/0006-10 / 08.753.204/0001-05

ENDEREÇO: Rua Gedeão Amorim, 133 – Centro – Alagoa Grande – PB.

DDD/TELEFONE: (83) 3273-2240 / (83) 3273-2210

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente.

Alagoa Grande - PB, 06 de Agosto de 2018.

ANDRÉ FERNANDES DA SILVA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: A Estratégia Saúde da Família no apoio à mulher para o Aleitamento Materno Exclusivo

Pesquisador responsável: Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz **Telefone:** (83) 99611-7804

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, **Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz**, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal da Paraíba, orientanda da Prof^a. **Dr^a. Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos**, pretendo realizar a pesquisa intitulada **A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**, cujo objetivo geral é Analisar a atuação da Estratégia Saúde da Família na rede de apoio à mulher para o AME, a partir da ótica dos profissionais.

Caso você aceite participar, será realizada uma entrevista semiestruturada com gravação de voz por meio de um aparelho eletrônico e digital.

Riscos e Desconfortos: Durante a realização da entrevista a previsão de risco é mínima. Pode haver um desconforto durante sua condução, pois falar do próprio trabalho e condutas profissionais nem sempre é fácil, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo. Esta pesquisa será desenvolvida conforme os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Benefícios: Não há benefícios individuais e/ou financeiros diretamente para você, mas sua participação contribuirá na produção de conhecimentos acerca da rede de apoio ofertada à mulher no período de aleitamento materno.

Você ficará em posse de uma cópia deste documento (TCLE); será mantida a confidencialidade do que for informado, bem como o seu anonimato, e os dados serão utilizados somente para fins científicos. Você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Os dados que você irá fornecer serão transcritos em papel, e após analisados na finalização do estudo, serão arquivados em local seguro sob a responsabilidade do pesquisador.

Informamos que a sua participação é voluntária e que não será prejudicado de nenhuma forma caso não aceite colaborar com o estudo, sendo também garantido ao participante, o direito de desistir em qualquer fase da pesquisa.

Caso deseje informações sobre o nosso trabalho, poderá entrar em contato com a pesquisadora **Ms. Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz**, através do e-mail suenia_medeiros@hotmail.com, ou pelo telefone (83) 99611-7804; ou com a professora orientadora **Dr^a. Ana Cláudia C. P. De Vasconcelos**, telefone (83) 99136-0552 – anacpeixoto@uol.com.br e/ou para o Comitê de Ética no endereço Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco ou através do telefone (83)3216-7791 ou e-mail eticaccs@ccs.ufpb.br. Esperamos contar com seu apoio, desde já agradecemos a sua colaboração.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, RG nº _____, li a descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação na pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar no estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida. Declaro estar ciente do exposto.

Alagoa Grande, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A Estratégia Saúde da Família na Rede de Apoio para o Aleitamento Materno Exclusivo

Pesquisador: Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95710518.6.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.038.505

Apresentação do Projeto:

Os primeiros meses de vida da criança são decisivos para a nutrição infantil, uma vez que condutas inadequadas quanto às práticas alimentares ou deficiências nutricionais podem elevar as taxas de morbimortalidade infantil, assim como favorecer o aparecimento futuro de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). (COELHO et al., 2015). O leite materno é considerado o alimento mais completo para o recém-nascido (RN), sendo constituído de proteínas, vitaminas, gorduras, água e todos os nutrientes necessários para o seu adequado crescimento e desenvolvimento, além de rico em anticorpos, essenciais à formação da sua imunidade (BRASIL, 2015).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a atuação da Estratégia Saúde da Família na rede de apoio à mulher para o AME, a partir da ótica dos profissionais. **Objetivo Secundário:**

Compreender as percepções dos profissionais de saúde quanto a sua atuação na Rede de Apoio à mulher para o AME; Identificar as ações realizadas pelos profissionais de saúde na ESF, voltadas ao apoio à mulher para o AME; Analisar as potencialidades e fragilidades do apoio ofertado à mulher pelos profissionais de saúde para manutenção do AME.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esses aspectos foram considerados pela pesquisadora.

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@cca.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.038.505

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de interesse social e científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Esta proposta de pesquisa está em conformidade com as recomendações deste CEP.

Recomendações:

Descrever a definição de amostras das USF a partir do universo conhecido, inclusive no aspecto quantitativo de profissionais de saúde por USF. (A amostra de 18 participantes é originária de qual universo?).

Retirar do TCLE a área dactiloscópica por tratar-se de participantes escolarizados. Sugerimos apresentá-lo em página única.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a registrar.

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 INFORMACOES_BASICAS_1254901_E1.pdf	09/11/2018 02:22:29		Aceito
Outros	justificativa.pdf	09/11/2018 02:06:54	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista_NOVO.pdf	09/11/2018 01:54:17	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO_POS_QUALIFICACAO.pdf	09/11/2018 01:53:25	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito
Outros	DECLARACAO_PROJETO_TCM_Suênia MPSF.pdf	09/08/2018 14:04:34	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito
Outros	Certidao_Depto_Nutricao.pdf	09/08/2018 14:03:24	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/08/2018 13:59:37	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/08/2018 13:44:40	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOANUENCIA.pdf	09/08/2018 13:44:01	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedestica@cca.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.038.505

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/08/2018 13:42:29	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	09/08/2018 13:13:26	Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOÃO PESSOA, 26 de Novembro de 2018

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedestetica@ccs.ufpb.br