Universidade Católica de Santos
Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas

ESTRATÉGIAS EM CIRCUNSTÂNCIA IMINENTE DE DESMAME PRECOCE NA PERSPECTIVA DE UMA LINHA DE CUIDADOS HUMANIZADA, EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTOS

QUITÉRIA DA SILVA PÁJARO

SANTOS

2021

Universidade Católica de Santos

Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas

ESTRATÉGIAS EM CIRCUNSTÂNCIA IMINENTE DE DESMAME PRECOCE NA PERSPECTIVA DE UMA LINHA DE CUIDADOS HUMANIZADA, EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTOS

QUITÉRIA DA SILVA PÁJARO

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Santos, para obtenção do título ao Mestrado Profissional em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientadora: Profª Drª Eliana Miura Zucchi

SANTOS

2021

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

Maria Rita de C. Rebello Nastasi - CRB-8/2240

P151e Pájaro, Quitéria da Silva

Estratégias em circunstância iminente de desmame precoce na perspectiva de uma linha de cuidados humanizada, em uma unidade de saúde da família do Município de Santos / Quitéria da Silva Pájaro; orientadora Eliana Miura Zucchi. -- 2021.

88 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas, 2021

Inclui bibliografia

1. Aleitamento materno. 2. Desmame precoce. 3. Cuidado. 4. Educação permanente. I.Zucchi, Eliana Miura. II.Título.

CDU: Ed. 1997 -- 159.9(043.3)

QUITÉRIA DA SILVA PÁJARO

ESTRATÉGIAS EM CIRCUNSTÂNCIA IMINENTE DE DESMAME PRECOCE NA PERSPECTIVA DE UMA LINHA DE CUIDADOS HUMANIZADA, EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTOS

Banca Examinadora

_____

Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi

_____

Profa. Dra. Fernanda Flávia Cockell Silva

_____

Profa. Dra. Maria Izabel Calil Stamato

AGRADECIMENTOS

Nessa Jornada,

Agradeço à minha orientadora Eliana Miura Zucchi por me ajudar a construir conhecimento e por me inspirar a ter empatia. Verdadeira mestra!

Aos professores que iluminaram minha mente.

Aos colegas pelas ricas trocas.

À minha família paciente e encorajadora.

Às melhores amigas incentivadoras e compreensivas que alguém pode ter.

Aos tão generosos participantes da pesquisa.

RESUMO

No Brasil, há robustas políticas públicas de saúde voltadas ao aleitamento materno. Ainda assim, a amamentação está relacionada a diversos determinantes que podem dificultar a sua manutenção, o que faz com que os serviços e os trabalhadores da saúde sejam desafiados a dar respostas para proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo. Com esse enfoque, este estudo objetivou analisar como os profissionais de saúde manejam as circunstâncias em que pode ocorrer o desmame precoce. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Participaram 7 profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família de Santos. A produção de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados foram analisados com o método Análise de Conteúdo, a partir dos relatos dos profissionais, sob a luz da Teoria da Subjetividade. Dessa análise resultaram 3 categorias: “Percepção dos profissionais sobre as mulheres atendidas e dificuldades relacionadas ao AME”; “Processo de trabalho” e “Articulação para proteção do AME”. Foram identificados relatos antagônicos de empatia e de culpabilização quanto às dificuldades das mulheres. As intercorrências mamárias foram as mais citadas entre as dificuldades. Foram observadas dores psíquicas/sobrecargas emocionais, cuidadas matricialmente e individualmente. A introdução precoce de fórmulas infantis surge relacionada à influência sociocultural, à situação laboral e ao desestímulo ao AME nas creches e escola (no caso das mães adolescentes). Os relatos quanto às estratégias pontuam o acolhimento com escuta qualificada; a ênfase na primeira consulta do puerpério, realizada por enfermeira; atendimento individualizado para observação da pega e manejo das intercorrências mamárias; o estabelecimento de um profissional referência em aleitamento materno; o cuidado multidisciplinar e a busca ativa das mulheres. Os profissionais refeririam como principais limitações para sua atuação o quadro insuficiente de profissionais da saúde; a concentração de saberes de manejo e habilidades em poucos profissionais; as diferentes condutas quanto à prescrição de fórmulas e as raras oportunidades de Educação Permanente. Conclui-se que há necessidade de sensibilização dos profissionais quanto à multifatorialidade envolvida no aleitamento materno, evitando assim a responsabilização da mulher, o que acaba por interferir na qualidade do encontro terapêutico. O conhecimento das tecnologias de cuidado, da dimensão relacional à instrumental, deve ser disponibilizado para maior número de profissionais, evitando a individualização do cuidado e possibilitando assim maior repertório para responder às necessidades das mulheres.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Desmame Precoce, Cuidado, Educação Permanente

ABSTRACT

In Brazil, there are robust public health policies aimed at breastfeeding. Even so, breastfeeding is related to several determinants that can make maintenance difficult, which means that health services and workers are challenged to provide answers to protect and support exclusive breastfeeding. With this focus, this study aimed to analyze how health professionals manage the circumstances in which early weaning can occur. This is a descriptive research with a qualitative approach. 7 health professionals from a Family Health Unit in Santos participated. The production of data occurred through semi-structured interviews. The results were analyzed using the Content Analysis method, based on the professionals' reports, in the light of the Theory of Subjectivity. This analysis resulted in 3 categories: "Perception of professionals about the women attended and difficulties related to EBF"; “Work process” and “Articulation for the protection of the AME”. Antagonistic reports of empathy and blame for women's difficulties were identified. Breast complications were the most cited among the difficulties. Psychic pains / emotional overload were observed, which were taken care of in a matrix. The early introduction of infant formulas is related to the socio-cultural influence, the employment situation and the disincentive to EBF in daycare centers and schools (in the case of adolescent mothers). Reports on strategies punctuate reception with qualified listening; the emphasis on the first postpartum consultation (performed by a nurse); individualized care to observe the handle and manage breast complications; the establishment of a professional reference in breastfeeding; multidisciplinary care and the active search for women. The professionals would mention the insufficient number of health professionals as their main limitations for their performance; the concentration of management knowledge and skills in a few professionals; the different behaviors regarding the prescription of formulas and the rare opportunities for Permanent Education. It is concluded that there is a need to raise the awareness of professionals regarding the multifactoriality involved in breastfeeding, thus avoiding the responsibility of women, which ends up interfering in the quality of the therapeutic encounter.

Keywords: Breastfeeding, Early Weaning, Care, Permanent Education

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1: Quadro de Vulnerabilidade - Ayres.....26

QUADRO 2: Caracterização dos participantes do estudo.....30

Tabela 1: Percepção dos profissionais sobre as mulheres atendidas e dificuldades relacionadas ao AME.....31

Tabela 2: Processo de Trabalho..... 31

Tabela 3: Articulação para proteção do AME.....32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IPEA - O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (fundação pública federal vinculada ao Ministério da Economia)

IUBAM – Unidade básica de Saúde Amiga da Amamentação

MTA – Mulher Trabalhadora que Amamenta

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NBCAL - Norma brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF – Unidade de Saúde da Família

VPI – Violência por parceiro íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

1. 1 Sobre o papel dos profissionais de saúde 11

1. 2 Contexto em que se deu o estudo 12

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 14

2. 1 O aleitamento materno 14

2.1.1 Definição e tempo de duração 14

2.1.2 Benefícios do aleitamento materno para o bebê 14

2.1.3 Benefícios para as mulheres 15

2.1.4 Benefícios para a economia e meio ambiente 15

2.1.5 Prevalência e determinantes do aleitamento materno 16

2.2 Políticas Públicas relacionadas ao aleitamento materno 18

2.2.1 Contexto histórico 18

2.3 Quadro de vulnerabilidades 26

3 HIPÓTESE 27

4 OBJETIVOS 27

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 27

5.1 Desenho do estudo 27

5.2 Processo de produção dos dados 28

5.3 Quanto ao instrumento 28

5.4 Caracterização da Unidade onde ocorreu a pesquisa 28

5.5 Análise de dados 29

5.6 Aspectos éticos 29

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....30

6.1. Caracterização dos participantes do estudo.....30

6.2. Categorias.....30

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....58

8 RECOMENDAÇÕES.....59

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....60

10 REFERÊNCIAS.....61

ANEXO 1 - Submissão do Projeto à Coordenadoria de Formação (COFORM) - SMS/PMS.....71

ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Universidade Católica de Santos.....72

ANEXO 3 - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.....74

ANEXO 4 - "Critério Global Cuidado Amigo da Mulher".....75

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevistas.....76

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participantes durante pesquisa qualitativa com profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família.....79

APÊNDICE C - PRODUTO FINAL 83

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno, por seus comprovados benefícios para a saúde da criança e da mulher tem sido considerado uma questão de saúde pública. (BOCCOLINI, 2015). Sendo assim, a promoção, apoio e proteção à amamentação fazem parte das políticas públicas de saúde e dão diretrizes para as ações dos profissionais nos níveis de Atenção. Assim ocorre também no interior da USF. Os profissionais conhecem a maioria dos benefícios da amamentação, as políticas e estratégias nas rotinas dos equipamentos de saúde, porém, sendo o aleitamento multifatorial, frequentemente se defrontam com mulheres em desafios para levar adiante a amamentação. Como exemplo do impacto dessas dificuldades sobre as taxas de aleitamento materno, recente pesquisa revela a média de apenas 54 dias de aleitamento materno no Brasil. (NASCIMENTO, 2020). Esses dados podem refletir dificuldades relacionadas ao contexto socioeconômico e cultural em que vivem as mulheres, o apoio disponível da família, a situação laboral, as condições em que se deram gestação e parto, à paridade, ao conhecimento sobre amamentação e suas técnicas e às intercorrências mamárias, entre outros fatores. Entre os fatores apontados, está a orientação profissional e a frequência da mulher em unidade de saúde capacitada, como é o caso de Unidade Básica Amiga da Criança, citada em alguns dos estudos. (BUCCOLINI, 2013; ROLLINS, 2016; NASCIMENTO, 2020).

1.1 Sobre o papel dos profissionais de saúde

Giugliani e Santos (2017) alertam que a abordagem profissional ao manejar com os desafios do aleitamento materno, pode ser tanto um benefício como desestímulo, já que alguns podem ter conhecimentos e habilidades insuficientes. Segundo esses autores, esse déficit pode advir da formação dos profissionais. Outro aspecto citado são as práticas hospitalares. Quando não adequadas, podem interferir negativamente no aleitamento materno, não efetivando realmente o Cuidado, como conceituado por Ayres (2004).

No estudo de Alves *et al* (2018) foi encontrada prevalência 32% superior de aleitamento materno exclusivo em mulheres que receberam orientações sobre

aleitamento materno exclusivo e sua prática. Porém, Albernaz e Victora (2003) alertam para o fato de que as orientações não devem ficar restritas ao pré-natal, devem ocorrer imediatamente no pós-parto e logo após a alta hospitalar, não só na forma de incentivo, mas no manejo da amamentação, auxiliando na técnica correta e na resolução de possíveis dificuldades, por meio de aconselhamento individual.

Para a resolução dessas dificuldades, faz-se necessário que haja intersubjetividade entre profissional e a mulher cuidada. O profissional precisa estar preparado para dispor, no Encontro Terapêutico onde se realiza o Cuidado, tanto das tecnologias leves, as relacionais, caso da escuta qualificada, como as tecnologias mais instrumentais, como o manejo, que demanda conhecimento e habilidades específicas, conforme as necessidades da mulher exigirem. (Ayres, 2004; Mehry, 2000; Franco, Mehry, 2012).

Nesse ponto, cabe a reflexão e ação no sentido de questionar o que se sabe, o que já se faz, o que pode ser aprimorado, que meios se dispõe e quais as limitações que podem estar dificultando o acesso a esses meios.

1.2 Contexto em que se deu o estudo

Da observação empírica dos casos de desmame precoce em uma pediatria de um hospital da cidade de Santos nasceu a inquietação que posteriormente culminou no Projeto de Pesquisa. O estudo ocorreu concomitante ao primeiro ano do Grupo Técnico de Aleitamento (GT de aleitamento materno) da Secretaria Municipal de Santos, do qual a pesquisadora faz parte. Nessa ocasião foram relatadas experiências pelos profissionais de saúde e uma delas se destacou pelo alto grau de aleitamento exclusivo entre as mulheres assistidas. A experiência de trabalho desta equipe de saúde da família gerou trabalho apresentado no encontro regional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica da Baixada Santista, o III Nasfão, em 6 de dezembro do mesmo ano (2019).

O Grupo Técnico de Aleitamento Materno nasceu em 2019, entre nutricionistas (atualmente um grupo multiprofissional) da Atenção Básica, a fim de fortalecer ações promotoras do aleitamento materno e agrupar ações isoladas. O GT conta com parceria do “Projeto Abrace o seu mundo”, projeto de extensão da

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) que atua na ampliação de redes de apoio às puérperas em atendimento com equipe de extensionistas multiprofissional, em uma unidade da Atenção Básica de Santos e visitas domiciliares disponibilizando tanto às mulheres, cuidadores e profissionais de saúde o conhecimento de técnicas parentais. O projeto ainda conta com um banco de empréstimos de slings, baldes e almofadas doados por outras mulheres, bem como extratores de leite materno, frequentemente solicitados pelos profissionais de saúde para auxiliar as mães.

Entre algumas das ações do GT, foram quantificadas as fórmulas lácteas infantis solicitadas nas unidades e o envolvimento e apoio em eventos como a Campanha Mamada Legal em 13 de agosto de 2019, que incluiu o decreto municipal 8535/19, que institui a campanha anualmente e promove o aleitamento materno no serviço público e privado, concedendo o título de “Amiga da amamentação” a empresas incentivadoras do aleitamento. O GT tem como proposta a Educação Permanente em toda a Secretaria de Saúde de Santos, com o objetivo de fomentar ações para estímulo e atualização do manejo em aleitamento e já iniciou capacitações com agentes comunitários de saúde, totalizando 140 profissionais. Essas capacitações ocorreram com a parceria e participação dos integrantes do “Projeto Abrace o seu Mundo” em todos os treinamentos. O advento da pandemia da Covid 19 interrompeu essas ações educativas, contudo, com a flexibilização ocorrida, as capacitações voltaram a ocorrer com frequência no Hospital e Maternidade Silvério Fontes. Foi organizado o I Simpósio Online de Aleitamento Materno de Santos, com palestrantes profissionais da enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais, cirurgiões dentistas e fisioterapeuta, todos envolvidos em ações promotoras de aleitamento materno, possibilitando troca de saberes e experiências. A produção de conhecimento gerada pelo presente estudo pretende oferecer subsídios para futuras ações e elaborações de políticas públicas voltadas à promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno exclusivo, especialmente às que dizem respeito à Educação Permanente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O aleitamento materno

2.1.1 Definição e tempo de duração

Para abordar o aleitamento materno é necessário antes atentar-se a algumas definições em relação à terminologia e duração.

O aleitamento materno: é quando a criança recebe leite humano diretamente da mama ou ordenhado, com oferta ou não de outros alimentos. Segundo denominação da Organização Mundial da Saúde, é assim categorizado:

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança é alimentada apenas com o leite humano;
- Aleitamento materno predominante: a criança recebe, além do leite humano, água e bebidas à base de água (suco, chás e infusões);
- Aleitamento materno complementado: a criança recebe além do leite humano, outros alimentos, sólidos ou semissólidos, lácteos ou não.

Até o ano 2000 a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerava o tempo de aleitamento materno exclusivo entre quatro e seis meses de vida da criança. Em 2001, após evidências de que a complementação com outros alimentos antes dos seis meses não é necessária podendo até mesmo ser prejudicial à saúde da criança, a OMS instituiu o aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementar até os dois anos de idade ou mais. Sendo assim, é considerado desmame precoce quando ocorre a interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses de vida da criança. (GIUGLIANI, 2013).

2.1.2 Benefícios do aleitamento materno para o bebê

Os benefícios do aleitamento materno exclusivo e continuado para o binômio mãe-bebê são cientificamente comprovados e contemplam aspectos que vão além da nutrição, abrangendo aspectos imunológicos, favorecimento da formação de vínculo mãe-filho e o desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e do sistema nervoso, com impactos a longo prazo para a saúde física e emocional da criança. (VICTORA, 2016; GIUGLIANI, SANTOS, 2017; COUTINHO, TERUYA, 2015).

Comprovadamente, o leite materno é o melhor alimento para a criança, suprindo as necessidades nutricionais, hídricas e imunológicas. Seu efeito protetor contribui para a redução da morbidade e mortalidade infantil, com impactos para a vida adulta. Estudos indicam que se o aleitamento materno fosse uma prática quase universal, poderiam ser prevenidas 823 mil mortes por ano entre meninos e meninas com menos de cinco anos de idade. (VICTORA, 2016, GIUGLIANI, 2017).

Nutricionalmente o leite materno fornece água, proteínas, gorduras, ácidos graxos essenciais, ferritina e vitaminas lipossolúveis nas quantidades adequadas às necessidades do bebê. A composição do leite inclui ainda enzimas e fatores de defesa como imunoglobulinas e outros agentes antimicrobianos. (CALIL; FALCÃO, 2003; SILVA *et al*, 2007, GIUGLIANI, 2017).

Além disso, alguns estudos têm evidenciado que o aleitamento materno exclusivo contribui para proteger a criança contra diarreia, incidência de infecções de vias aéreas inferiores, diabetes tipo 2, excesso de peso e má formação orofacial. (GIUGLIANI, 2017; VICTORA, 2016).

2.1.3 Benefícios para as mulheres

Para as mulheres o aleitamento materno exclusivo também traz benefícios como: redução do tamanho do útero e do sangramento pós-parto, maior intervalo entre os partos, maior proteção contra câncer de mama, ovário e endométrio e melhor recuperação de peso pré-gestacional. A amamentação também possui benefícios que abrangem os aspectos psicológicos como diminuição da ansiedade, da depressão pós-parto, o vínculo afetivo e maior interação mãe e filho. (VICTORA, 2016; GIUGLIANI, 2017; TERUYA, 2015; POPE E MAZMANIAN, 2016).

2.1.4 Benefícios para a economia e meio ambiente

Um aspecto a ser considerado como benefício do aleitamento materno é o caráter econômico para a família e para o Estado. São evitados os gastos com a compra de fórmulas lácteas e mamadeiras e prevenidas doenças infantis que poderiam significar custos para o sistema de saúde. O aleitamento materno também

diminui a produção de lixo como os das embalagens, mamadeiras, bicos e demais objetos usados na produção de substitutos do leite humano. Estima-se que mais de 4000 litros de água sejam necessários para produzir um 1 kg de leite em pó para substituição do leite materno. Dentro dessa categoria, acaba por colaborar para efetivação de alguns dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030, lançado pelas Nações Unidas. (VICTORA, 2016; ROLLINS, 2016; GIUGLIANI, 2017; IPEA S/D).

2.1.5 Prevalência e determinantes do aleitamento materno

Os benefícios do aleitamento materno têm sido amplamente divulgados por meio de estudos nacionais e internacionais. Mesmo assim, os números ainda estão aquém, apesar das políticas públicas específicas. Apenas 23 países registram índices de aleitamento materno exclusivo acima de 60% (OPAS/OMS, 2017), embora em 2018 a taxa de prevalência global tenha aumentado para 41%. No Brasil, em 2013, a prevalência demonstrava estagnação em 36,6% (NASCIMENTO *et al*, 2020). Reconhece-se que há maior prevalência de aleitamento entre os países mais pobres, embora tenha havido redução se comparado a anos anteriores. Já os países mais ricos aumentaram a prevalência. (ROLLINS *et al*, 2016). Há disparidades regionais nas taxas de aleitamento materno exclusivo do Brasil. Como exemplo, na região Centro-Oeste, a média de aleitamento materno exclusivo é de 67 dias e o Nordeste apresenta a média de 35 dias. A média de dias de aleitamento materno exclusivo no país é de apenas 54 dias. (NASCIMENTO *et al*, 2020). Esses números refletem determinantes que abrangem contextos individuais, estruturais e os diversos cenários em que as mulheres estão inseridas, demonstrando o quanto os determinantes sociais influenciam. (ROLLINS *et al*, 2016).

Há que se considerar os cenários envolvidos nos determinantes como os sistemas e serviços de saúde, a família, a comunidade, o trabalho e o contexto sociocultural e de mercado que são estruturais. E esse contexto estrutural molda as condições para a amamentação. O sistema e serviços de saúde são responsáveis por acolher a gravidez e o parto proporcionando cuidado integral e de acordo com as necessidades. As intercorrências na gestação e parto como gestação de risco, doença

materna, permanência longa no hospital e a prematuridade do bebê baixo peso ao nascer podem ocasionar amamentação tardia. Os cuidadores podem orientar para escolha informada e apoiar em momentos críticos, inclusive diante das dificuldades da amamentação. O estudo citado descreve lacunas no conhecimento e habilidades para esse apoio profissional em todos os níveis.

A forma como as famílias vivenciam o aleitamento influenciam a incidência e duração da amamentação. A família traz as experiências positivas ou negativas que tiveram, as crenças e também o apoio ou não. Essas crenças podem incluir a dúvida sobre a qualidade do leite humano. Nesse contexto estão os pais das crianças, cujas crenças e atitudes também afetam a amamentação. O apoio deles pode significar maior tempo de amamentação.

O estudo identificou ainda entre fatores individuais a intenção de aleitar e a confiança materna quanto à capacidade de amamentar e eficácia do aleitamento, referindo dificuldade no reconhecimento das necessidades do bebê diante do choro. As mães podem se confundir diante da agitação da criança e ter dificuldades para reconhecer sinal de fome e com isso achar que a amamentação não está sendo suficiente. E quanto maior a dificuldade, menor a probabilidade de tentar amamentar filhos seguintes. Fatores como fumo, sobrepeso, obesidade e depressão também são determinantes individuais importantes pelo número de mulheres atingidas com essa realidade.

O cenário do trabalho é descrito como determinante da amamentação, tanto no aspecto da fadiga decorrente do aumento de tarefas como pela praticidade e a intensidade. Evidencia-se o efeito negativo do trabalho sobre a amamentação, pois o retorno ao trabalho acaba por diminuir a probabilidade de iniciar ou dar continuidade à amamentação. A licença maternidade em tempo inadequado pode levar a um aumento de quatro vezes na possibilidade de não iniciar a amamentação ou de desmame precoce. (ROLLINS *et al,* 2016)

Em uma revisão de estudos epidemiológicos sobre o aleitamento materno exclusivo no Brasil, foram descritos fatores associados. Os mais frequentes foram os que dizem respeito ao local de residência da mãe, idade e escolaridade materna, trabalho materno, idade da criança, uso de chupeta e financiamento da atenção primária em saúde. Entre os fatores proximais descritos, encontram-se o cansaço e

indicadores emocionais, assim como o conhecimento sobre as técnicas de amamentação. As dificuldades de amamentar são relacionadas às intercorrências mamárias, horários de mamadas pré estabelecidos e ao manejo da amamentação como a pega e posição, além de cirurgia da mama e ao apoio familiar. Encontram-se ainda fatores ligados às características do bebê e dos serviços de saúde sobre o tipo de unidade, orientações e apoio ofertados às mulheres. Os fatores relacionados às características da gravidez e pré-natal são descritos como o desejo pela gravidez, o tabagismo, alcoolismo e a atenção ao pré-natal, incluindo número de consultas e participação em grupos de pré-natal. Estão incluídos entre os fatores distais as características familiares e as características maternas como cor da pele, paridade e situação conjugal. (BOCCOLINI *et al*, 2015).

Na terceira onda de uma pesquisa na região sudeste foram encontrados como fatores determinantes do aleitamento materno exclusivo mães que trabalham fora de casa, primiparidade, uso de chupeta e o baixo peso ao nascer. Os dados demonstram a necessidade de estratégias de aconselhamento, orientações e manejo técnico da amamentação que possibilitem abordar os determinantes modificáveis durante atendimento pré-natal e puerperal na atenção primária. (NASCIMENTO *et al,* 2020).

2.2 Políticas Públicas relacionadas ao aleitamento materno

2.2.1 Contexto histórico

Dos anos 40 até os anos 70 do século XX as taxas de aleitamento materno foram decaindo até que ao final do período o desmame precoce havia se tornado uma epidemia. Isso deveu-se ao contexto de forte industrialização de substitutos do leite materno associado a um marketing poderoso que adentrou os serviços de saúde e ganhou a adesão de seus profissionais. Sob pano de fundo acontecia uma grave crise econômica mundial, provocada pela crise do petróleo e a participação crescente das mulheres no mercado de trabalho, por questões socioculturais e econômicas. A distribuição do leite em pó passou a integrar políticas públicas e os profissionais de saúde o prescreviam como profilaxia da desnutrição infantil. A indústria soube usar

um recorte da ciência da nutrição para convencer bem. Era frequente a mãe sair da maternidade com uma amostra de leite em pó. Todo o protocolo de cuidado: parto desumanizado, alojamento separado, a demora da primeira mamada e os complementos artificiais contribuíam para o insucesso da amamentação. (ALMEIDA, NOVAK, 2004; REGO; MARTINS FILHO, 2014; BOCCOLINI *et al,* 2017).

Não havia conhecimento o suficiente sobre os benefícios da amamentação e imunologia. Sobre esse quadro, a seguinte constatação:

> Estou cada vez mais convencido, depois destes 30 anos e poucos anos de luta em defesa do direito de amamentar, que, se alguém não é ou era culpado pela não amamentação, essa pessoa era a mãe. Era o sistema que desmamava, que impedia um bom início de lactação. Eram os profissionais da saúde que, infelizmente, conheciam muito pouco de amamentação e que praticamente não conseguiam de forma adequada ajudar as jovens mães a lactar. Eram tempos difíceis de muita improvisação nos projetos. (REGO e MARTINS FILHO, 2014, p. 7).

Sem conseguir dar resposta adequada às necessidades materno-infantil, o sistema agia expondo o binômio mãe-bebê à vulnerabilidade programática sistematizada.

Com os baixos índices de aleitamento materno e suas consequências para a saúde infantil, a partir de meados dos anos 70 ocorreu um movimento mundial de valorização da amamentação a partir de órgãos internacionais, com campanhas pró aleitamento. Essas ações começaram a ter reflexos nos países subdesenvolvidos a partir dos anos 80. Aqui no Brasil, com o patrocínio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e participação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), aconteceu um Encontro em Brasília em que profissionais da América Latina vieram discutir Aleitamento Materno. O Instituto Nacional de Nutrição, órgão do Ministério da Saúde convidou uma equipe multiprofissional para integrar o Grupo Técnico Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (REGO; MARTINS FILHO, 2014).

Em 1981 a Assembleia de Saúde aprovou, com apoio do Brasil, o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (resolução 34.22). No mesmo ano foi criado o Programa Nacional de Aleitamento Materno, sob coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com participação governamental e patrocínio da OPAS que criou normas sobre alojamento conjunto, parto natural e banco de leite humano. Esse evento intensificou ações que já estavam ocorrendo no país, ações essas que contribuíram para o aumento nos

índices de amamentação entre os anos de 1975 e 1989, passando de 2,5 meses para 5,5 meses. (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998; REGO; MARTINS FILHO, 2014).

Do movimento amplo de órgãos de classe e sociedade civil, a luta pelo aleitamento materno passou a ser institucionalizada, então, como política pública, pela sua importância para a saúde pública. O atendimento do SUS é organizado nos seguintes níveis de Atenção:

Atenção Primária: composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF). Considerada a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, é voltada para ações de prevenção e diminuição de riscos de doenças e procedimentos menos complexos. Quando necessário encaminha os casos para outros níveis de atenção casos que exijam atendimento de maior complexidade;

Atenção Secundária: atendimento especializado, como ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais, com procedimentos de média complexidade;

Atenção terciária: Hospitais de maior porte, de referência, com procedimentos mais invasivos, de alta complexidade. (GIUGLIANI, 2002).

A Política Nacional de Aleitamento Materno no Brasil abarca ações que abrangem os três níveis de Atenção. A maior parte das ações ocorrem na atenção Primária, por maior convivência com a mulher durante o pré-natal e puerpério, mas há programas transversais.

a) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança PNAISC, instituída em 5 de agosto de 2015, tem por objetivo a promoção e proteção da saúde da criança e o aleitamento materno, por meio da atenção e cuidados integrais e integrados da gestação até os 9 (nove) anos de vida, com atenção especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade. No atendimento à pediatria do SUS a Política contempla crianças e adolescentes até 15 anos, ou conforme a situação demandar. Visa à redução da morbimortalidade e a melhoria de condições para a existência digna com redução de vulnerabilidades e riscos para adoecimento e outros agravos, promovendo desenvolvimento pleno da criança e a prevenção de doenças crônicas da vida adulta.

É estruturada em sete eixos estratégicos e o primeiro deles é a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido.

Consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades. O eixo seguinte refere-se ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Fazem parte desse eixo as ações dos seguintes programas e estratégias:

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
- Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);
- Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA);
- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano;
- Implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL);
- Mobilização social em aleitamento materno

Ressalta-se a instituição da alta qualificada do recém-nascido da maternidade, que consiste na comunicação entre os dois níveis de Atenção a fim de vincular a mãe e o bebê à Unidade Básica de Saúde para a continuidade do cuidado.

b) Rede Cegonha

É uma estratégia transversal estabelecida em 22 de junho de 2011, portaria 1459. Tendo como alguns dos seus princípios os direitos humanos e a equidade, organiza-se a partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à criança de 0 a 24 meses; transporte da gestante e regulação, objetivando a redução da mortalidade materna e infantil

Cada um dos componentes comporta uma série de ações. Essas ações são articuladas entre os níveis de atenção para garantir ampliação de acesso e melhoria de qualidade do pré-natal, com vinculação da gestante; parto humanizado por meio de boas práticas e direito a acompanhante todo o tempo de internação à escolha da mulher; atenção à saúde da criança até 24 meses e acesso ao planejamento reprodutivo.

Entre as ações relativas à Atenção Primária encontram-se acolhimento, classificação de risco e vulnerabilidade da gestante, puérpera e bebê; visitas domiciliares na primeira semana do parto e nascimento; promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável e busca ativa de crianças em vulnerabilidade. (BRASIL,2011).

Como cabe ao município a implementação e a condução do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, o município de Santos ampliou a estratégia para o Programa Mãe Santista.

Mãe Santista: A iniciativa contempla a assistência integral da gravidez, parto e puerpério com atendimento permanente e multiprofissional. Estimula o pai a ter autocuidado e acompanhar a gravidez e checagem. Abrange a Atenção Primária, ambulatórios, Instituto da Mulher, Casa da Gestante e os hospitais Silvério Fontes, Santa Casa e Guilherme Álvaro.

c) Iniciativa Hospital Amigo da Criança

É uma estratégia Global lançada em 1991 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), voltada para crianças e recém-nascidos. É uma resposta à Declaração de Innocenti, realizada no ano anterior, com proposta de metas para promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno e à saúde da criança e da mulher, incluindo os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno pelas maternidades e o Código de Comercialização dos Substitutos do Aleitamento Materno. Por meio de mudanças na rotina das maternidades, as mulheres têm garantido o direito de amamentar na primeira hora, aprender sobre a amamentação e continuidade à lactação. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar a mulher a esses grupos na alta. É instituída integração entre a maternidade e a unidade de saúde onde a mulher e a criança serão acompanhadas. Desde 2014, para receber o título de Hospital Amigo da Criança no Brasil, é necessário também cumprir os critérios de “Cuidado Amigo da Mulher”. (BRASIL, 2014; GIULIANI; ALMEIDA; MONTEIRO 2015, p.539)

Atualmente, em Santos, existem dois Hospitais com a titulação de “Amigo da Criança”. São eles: Hospital e Maternidade Silvério Fontes, localizado na Zona

Noroeste e o Hospital Guilherme Álvaro, na região Zona Intermediária da Orla. O Hospital e Maternidade dos Estivadores também está buscando a qualificação para a certificação.

d) Método Canguru

O método Canguru é um modelo de assistência humanizada no cuidado do recém-nascido de baixo peso e da mãe. Foi implantado em 2000 e foi incorporado às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2014b). Visando aprimoramento da atenção perinatal, o método promove contato pele a pele entre a criança e a mãe/pai de forma crescente pelo tempo que for mais prazeroso, propiciando controle térmico, maior vínculo pais e filho, melhor relacionamento entre a família e profissionais de saúde, diminuição do tempo de internação e melhor desenvolvimento dos bebês prematuros. O desenvolvimento do método inclui o acolhimento dos casais em que a gravidez é de alto risco até a disponibilização de refeições e auxílio para transporte da mãe. O método também inclui acompanhamento ambulatorial e domiciliar para a criança e a família após a alta hospitalar. (BRASIL, 2000)

e) Bancos de Leite Humano

O primeiro banco de leite humano foi fundado pela Fundação Oswaldo Cruz, em 1943, o Instituto Fernando Figueira. Em 1998 foi estabelecida a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. A rede é reconhecida pela OMS por sua contribuição para a redução substancial da mortalidade infantil. Ao longo do tempo a missão dos Bancos de Leite suplantou a coleta, processamento e distribuição de leite humano. Está diretamente envolvida na produção de conhecimento e assistência às mães de bebês internados ou que tenham dificuldade na amamentação. (BRASIL, 2013; GIUGLIANI, 2004, 2015).

f) Estratégia Amamenta Alimenta

A Estratégia foi instituída em 5 de setembro de 2013, com o objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica na promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais. Essa iniciativa integra duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Visa:

- contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 (dois) anos;
- contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância;
- contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade;
- contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais;
- contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente;
- contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente;
- contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; e
- contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso.

A estratégia é realizada por meio de duas ações: oficinas para formação de tutores e oficinas de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS). Entre as propostas dessas oficinas encontra-se o manejo do aleitamento materno. (BRASIL, 2013).

g) Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM

Em 1999 foi criada no Rio de Janeiro a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, que, a exemplo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) objetiva a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio da adoção dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação”. As ações dessa iniciativa (REGO, 2009; ALVES; OLIVEIRA; MORAES, 2013), em conjunto com a rede de Atenção Hospitalar contribui para tornar o aleitamento materno uma prática universal. A iniciativa foi abraçada pelo Ministério da Saúde, que disponibilizou consultores para formação dos profissionais por meio de cursos para multiplicadores e avaliadores.

h) Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA)

A Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, criou o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivos fiscais. Já em 2015, foi lançada a Cartilha da Mulher trabalhadora que amamenta. Trata-se de uma ação conjunta do Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Compõe a “Proteção Legal à Amamentação”, da Política Nacional de Promoção e Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. O objetivo da ação é a capacitação de profissionais de saúde para serem tutores nos estados e municípios para sensibilização de gestores de empresas públicas e privadas sobre a importância da manutenção do aleitamento para a saúde das crianças, mulheres e para a sociedade. A ação possui três eixos estratégicos:

- extensão da licença maternidade para 180 dias (atualmente 120 dias);
- implantação de creche no local de trabalho;
- criação da Sala de Apoio à Amamentação (SAA) na empresa.

Para efetivação da Ação estão previstas a formação de tutores, visitas às empresas públicas e acompanhamento das ações da MTA nas empresas. Em Santos, está em vigor a Empresa cidadã.

2.3 QUADRO DE VULNERABILIDADES

Quadro 1 - Quadro de Vulnerabilidades

Individual	Social	Programática
Valores Interesses Crenças Credos Desejos Conhecimentos Atitudes Comportamento Relações familiares Relações de amizades Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Situação Material Situação psicoemocional Situação física Redes e suportes sociais	Normas e crenças religiosas Estigma e discriminação Emprego Salários Suporte social Acesso à educação Acesso à justiça Acesso à cultura, lazer, esporte Acesso à mídia Liberdade de pensamento e expressão Participação política Cidadania	Governabilidade Controle social Sustentabilidade institucional e material da política Articulação multissetorial das ações Atividades intersetoriais Organização do setor saúde Acesso aos serviços Qualidade dos serviços Integralidade da Atenção Equidade das ações Equidade multidisciplinares Enfoque interdisciplinares Integração entre prevenção, promoção e assistência Preparo técnico científico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Respeito, proteção e promoção de direitos humanos Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Fonte: Ayres et al (2009)

3 HIPÓTESE

Levando em consideração os diversos cenários e contextos em que a mulher está inserida e a multifatorialidade do aleitamento materno, intui-se que os aspectos da vulnerabilidade programática estão diretamente envolvidos no manejo das dificuldades das mulheres em aleitar, portanto, hipotetiza-se que a capacitação e organização do serviço podem interferir positivamente na manutenção do aleitamento materno.

4 OBJETIVOS GERAIS

Analisar como os profissionais de saúde manejam o desmame precoce iminente.

Específicos

- Descrever as percepções dos profissionais quanto às dificuldades das mulheres e os encontros terapêuticos para dar resposta a essas dificuldades;
- Analisar a percepção dos profissionais sobre limites e possibilidades de sua atuação para promoção do aleitamento;
- Investigar como os profissionais percebem a estrutura e organização do serviço para as ações de promoção e manejo do aleitamento materno.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se justifica por ser “a possibilidade de apreender o que não é evidente, aquilo que ultrapassa o nível discursivo dos indivíduos, de descobrir e de explicar o que não é percebido pelo espectador comum”. (VÍCTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000, p. 125).

5.2 Processo de produção dos dados

O estudo ocorreu com 7 profissionais de saúde de diferentes profissões, de uma mesma equipe de uma Unidade de Saúde da Família que demonstrou desejo de participação para produção de conhecimento. Todos os profissionais contatados aceitaram participar das entrevistas.

A produção de dados ocorreu por entrevistas individuais semiestruturadas e registros de um diário de campo. As entrevistas foram guiadas por um roteiro previamente estabelecido. Quatro dos entrevistados preferiram que as entrevistas ocorressem presencialmente na própria unidade em que trabalham. Três das entrevistas ocorreram por plataforma digital, por meio do Google Meet.

5.3 Quanto ao Instrumento

O roteiro semiestruturado de entrevistas foi elaborado segundo o referencial teórico sobre a temática e os objetivos da pesquisa. Foram realizadas duas entrevistas pré-teste antes de aplicar o instrumento no estudo com os profissionais, para adequar a linguagem e clareza das questões. (Apêndice A).

5.4 Caracterização da Unidade onde ocorreu a pesquisa

Para melhor atender às necessidades do território, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Santos dividiu a cidade em 4 regiões de acordo com suas características e delimitações geográficas. São elas: Orla, Centro, Morros e Zona Noroeste. A Unidade de Saúde da Família (USF) pesquisada fica na área dos Morros. Salienta-se que essa delimitação abarca as regiões planas ao redor do morro. Cada equipe de saúde da família é responsável por três a quatro mil usuários, a depender da vulnerabilidade do território. Quanto maior a vulnerabilidade das famílias, menor o número de usuários assistidos pela equipe (Brasil, 2011). Na Unidade de Saúde da Família (USF) em questão, existem três equipes.

5.5 Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante e, com base no referencial teórico e pergunta da pesquisa, foi realizada a sistematização do Corpus, de acordo com a pertinência e os temas, para chegar a uma primeira codificação. Após esse tratamento chegou-se às unidades de registro e a partir delas, às ideias centrais, que deram origem às categorias analisadas. (Bardin, 2011).

5.6 Aspectos éticos

O estudo foi realizado em grande parte no próprio equipamento de saúde, de acordo com a preferência do gestor e alguns participantes.

A pesquisa ocorreu em conformidade com Normativas Éticas de Pesquisa com Seres Humanos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de dezembro de 2012 e Resolução Nº 510 de 7 de abril de 2016. Todos os participantes assinaram um TCLE. (Apêndice). O Projeto de pesquisa foi aprovado em 26/09/2020, CAE 33937120.5.0000.5536, Parecer 4.301.087.

Antes de iniciar a pesquisa e adentrar a unidade, foi obtida Autorização da Comissão de Avaliação e Acompanhamento e Educação Continuada (COFORM) DA Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos e submissão e autorização da Comissão ao Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Santos, bem como autorização da própria gestão da Unidade pesquisada.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos participantes do estudo

Os 7 profissionais de saúde participantes do estudo declararam-se brancos. Apenas um dos participantes é do sexo masculino. Quanto à escolaridade, todos os profissionais possuem maior tempo de estudo do que o exigido para o exercício de seus cargos. Seis dos participantes possuem pós-graduação. Os profissionais da saúde são integrantes de uma equipe envolvida no cuidado relacionado ao aleitamento materno. São duas agentes comunitárias de saúde, duas enfermeiras, uma médica pediatra, uma psicóloga e o chefe da unidade, identificados com nomes fictícios:

Quadro 2: Caracterização dos participantes do estudo

Codinome	Idade	Tempo de atuação com Aleitamento Materno
Lúcia	48	3 anos
Beatriz	53	9 anos
Célia	23	11 meses
Dina	32	6 anos
Elias	43	2 anos
Flávia	42	3 anos
Gilda	32	4 anos

Fonte: Autoria própria

6.2 Categorias

Os resultados foram organizados de acordo com as e subcategorias decorrentes das ideias centrais nos relatos colhidos durante as entrevistas. Formulou-se então 3 categorias e 1 subcategoria. Os quadros mostram as categorias e a quantidade de participantes que mencionaram as ideias centrais.

Tabela 1: Percepção dos profissionais sobre as mulheres atendidas e dificuldades relacionadas ao AME

Categoria	Ideias Centrais	QTDE.
Percepção dos profissionais sobre as mulheres atendidas e dificuldades relacionadas ao AME	Dor física e/ou psíquica	6
	Aspectos socioculturais	7

Fonte: Autoria própria

Tabela 2: Processo de Trabalho relacionado à proteção e apoio ao AME

Categoria	Subcategorias	Ideias Centrais	Quatde.
Processo de Trabalho	**Encontro e o ato da produção do cuidado**	Acolhimento com escuta qualificada	5
		Atendimento individual com acompanhamento da pega, principalmente em intercorrências mamárias	5
		Busca ativa e monitoramento	2
	Aspectos relacionados à Organização do Serviço	Primeira consulta de puerpério	4
		Interação multidisciplinar para resposta a sofrimento físico e/ou psíquico	5
		Efetivação da Educação Permanente S/N	2

Fonte: Autoria própria

Tabela 3: Articulação para apoio e proteção do AME

Categoria	Ideias Centrais	QTDE.
Articulação para proteção do AME	Estrutura atual da creche como estimuladora do desmame precoce	3
	Escola como espaço possibilitador de inclusão da estudante grávida e em aleitamento	1
	Situação laboral como determinante de desmame precoce	2

Fonte: Autoria própria

Percepção dos profissionais sobre as mulheres atendidas e dificuldades relacionadas ao AME

Esta categoria foi inserida para apreender como os profissionais percebiam as mulheres adstritas ao microterritório da unidade em período de amamentação e como as circunstâncias e vulnerabilidades em que estão inseridas podem levar ao desmame. Uma vez que o objeto das ações produtoras de cuidado são as necessidades dessas mulheres, considerou-se pertinente conhecer como são vistas por esses profissionais de saúde, por influenciar diretamente na forma como será realizado o Cuidado.

Encontram-se nela relatos dos profissionais sobre as usuárias em período de aleitamento em situações de desmame precoce, bem como as circunstâncias que podem levar a esse desfecho. Os relatos expressam a percepção dos profissionais em relação ao que consideram contribuir para a interrupção do aleitamento a partir do que é referido pelas mulheres nos encontros ocorridos nas consultas e visitas domiciliares. A categoria é dividida em 2 subcategorias: Aspectos físicos e/ou psíquicos relacionados à amamentação e Aspectos socioculturais.

Aspectos físicos e psíquicos relacionados à amamentação

Sobre os aspectos físicos a favorecer o risco de desmame precoce, a maioria dos profissionais entrevistados relatou observação de intercorrências mamárias durante as consultas e visitas domiciliares, ainda nos primeiros dias de puerpério.

“Muitas também por, assim no início, o bebê tá com má pega, daí racha o peito, aí sente dor, porque realmente dói, né, ali no começo e daí desiste. Aí fala: "Ah, não, porque eu tô sentindo dor, não quero mais"

(Gilda, relatando ocorrências verificadas durante atendimentos)

“O bebê, normalmente ele vem com uns oito dias, no máximo... eles vêm logo, né, na primeira semana, mas já vem uma mãe com fissura mamilar, aí você fala "Nossa, gente"... né, pouco tempo? Aí você vai ver que é pega incorreta, né? Normalmente é pega incorreta.”

(Beatriz, relatando ocorrências nos primeiros dias do pós-parto)

Nos dados colhidos, a lesão mamilar aparece como intercorrência mais frequente, nos primeiros dias de puerpério, principalmente entre as primíparas. Os participantes referem esse fato à pega incorreta. No estudo de revisão bibliográfica de Boccolini *et al* (2015) as intercorrências como fissura, ingurgitamento, pega e posição também aparecem entre os fatores proximais relacionados ao aleitamento materno. Esses dados também foram observados no estudo exploratório descritivo de Cirico et al (2016), em um Hospital Amigo da Criança, onde foi encontrada prevalência de traumas mamilares em 55% das mulheres pesquisadas, a maioria delas primíparas (60,2%), sendo a pega incorreta a causa principal verificada em 44% dos casos. Mesmo as mulheres com mais filhos referiram ter sofrido trauma mamilar na amamentação anterior. Já no estudo qualiquantitativo ocorrido na Atenção Básica de Santos, Araújo (2014) encontrou intercorrências mamárias tanto no grupo das que interromperam aleitamento materno quanto no grupo das que não interromperam, demonstrando que embora o quadro seja um importante dificultador do aleitamento materno, algumas mulheres conseguiram dar continuidade à amamentação.

Os profissionais relatam intervenções realizadas. Orientam quanto à técnica correta da amamentação dando ênfase à pega correta para a sucção. Na circunstância seguinte é descrito o cuidado com uma adolescente primípara com a mama lesionada. O profissional inicia por esvaziar a mama para diminuir a tensão durante a mamada e evitar ingurgitamento.

"A Patrícia levou até uma vez uma bomba pra menina poder tirar um pouco do leite, que ela tinha bastante, mas por estar machucado..."

(Relato de Lúcia)

Relato de atendimento em que foi verificado trauma mamilar:

"Orientei pra receber a luz no... tentar pegar sol, né, e passar o leite ao redor do bico e tudo".

(Gilda)

Os dados também abrem espaço para se refletir como deve ocorrer a intervenção diante da legitimidade desse sofrimento das mulheres, envolto em desconforto e dor, já sendo a fase do pós-parto carregada de alterações físicas, bioquímicas, sociais e emocionais. Teruya, Bueno e Serva (2015) lembram que nem todas as mulheres possuem a oportunidade de ter alguém mais experiente em amamentação apoiando. Isso aumenta a importância de as equipes serem capazes de avaliar uma mamada e diagnosticar possíveis dificuldades, auxiliando na prevenção e detecção de possíveis intercorrências. O serviço deve proporcionar um atendimento que reconheça as circunstâncias e dificuldades das mulheres, evitando cobranças que possam levar a uma sobrecarga emocional, o que exporia as mulheres a um agravamento das vulnerabilidades individuais a que estão expostas pela circunstância do puerpério em si, conforme pontuado por Souza, Mello e Ayres (2013). O quanto antes essas intercorrências forem percebidas, maior a possibilidade de prover escolha informada às mulheres.

As intervenções de avaliação, comunicação com as mulheres e os procedimentos adotados exigem conhecimentos específicos que podem ser aprendidos e/ou compartilhados em um cuidado multidisciplinar. Quando se refere a traumas mamilares a literatura não demonstra consenso quanto à classificação e tratamentos. Giugliani (2004) considera mais eficiente o tratamento úmido, ao mesmo

tempo alerta quanto à umidade ser uma condição propícia à proliferação de fungos. Na unidade pesquisada há um combinado de tratamento seco e úmido, como relatado acima.

Estudos como o de Coca *et al* (2016) têm demonstrado efetividade no uso de fotobiomodulação com laser de baixa intensidade no alívio da dor, efeito anti-inflamatório e cicatrização dos traumas mamilares. O uso dessa tecnologia tem ocorrido no Hospital e Maternidade Silvério Fontes para o tratamento de puérperas que apresentam lesões. Atualmente algumas unidades da Atenção Básica de Saúde de Santos receberam fotobiomodeladores, usados para tratamento de feridas em geral.

Como rapidamente mencionado acima, além da realidade da dor física, alguns relatos dão conta de situações de sobrecarga emocional pelos quais algumas mulheres passam durante o período de aleitamento materno. Na unidade de saúde da família pesquisada, porém, os participantes relataram ocorrência de mulheres que necessitaram de suporte psicológico desde a gravidez. Essa dificuldade de lidar com a gravidez por vezes reflete-se na amamentação, conforme relatado.

"Se o emocional dela tiver comprometido, ela não se dedica àquela ação (de amamentar)."

(Lúcia, ao falar do reconhecimento de dificuldades das mulheres).

"São muitos os fatores. Eu não consigo te dizer um fator. São muitos. Mas todas elas acabam manifestando ou logo no começo ou, enfim, meses depois, poucos meses depois, essa dificuldade de bancar a amamentação... o aleitamento exclusivo, né?"

(Flávia, relatando alguns casos que acompanhou).

Os eventos da gravidez e partos têm impacto físico, social e emocional, por vezes carregados de estresse. Souza *et al* (2017, p. 239) reforçam que nesse período muitas mulheres também vivem "ansiedade, frustração, confusão, tristeza e culpa". Para além desses sentimentos, os autores referem a possibilidade de surgirem implicações que vão desde o blues puerperal até a depressão, já necessitando de intervenção terapêutica. No estudo que faz parte da pesquisa BRISA, Cavalcante *et*

al (2021) verificaram a presença de sofrimento psicológico em 22,7% das mulheres participantes, com a relação mãe-filho prejudicada em 12,6% dos casos. Entre as mulheres em sofrimento psíquico foi verificado que as que possuem menor escolaridade têm maior probabilidade de prejuízo no relacionamento com filho. A questão da escolaridade pode revelar questões socioeconômicas e culturais que expõe a mulher a vulnerabilidades. O estudo relaciona o contexto de vida a esse quadro de sofrimento, como a baixa condição econômica, desemprego, conflitos com parceiros, violência doméstica, gravidez não planejada, entre outros.

No estudo de Durand e Schraiber (2007), foi encontrada prevalência de violência física, psicológica e sexual (em proporção menor) por familiares ou parceiros íntimos. A violência psicológica aparece como mais frequente. Entre as mulheres entrevistadas 60% sofreram algum tipo de violência na vida por parceiro íntimo (VPI), de forma conjugada ou não aos outros tipos de violência e 20% delas sofreram violência física durante a gravidez. Em 46, 6% delas foram verificados sintomas de depressão, ansiedade ou transtornos mentais. Pontua-se que o estudo também alerta quanto à subnotificação relacionada à naturalização da violência contra a mulher e aos “sentimentos de vergonha, culpa ou embaraço”. (DURAND; SCHRAIBER, 2007, p.320). No estudo qualitativo com enfermeiras, de Acosta *et al* (2018), verificou-se o fenômeno de culpabilização da mulher vítima de violência como limitante das ações de cuidado.

Como parte da pesquisa ‘Nascer no Brasil’, Leal *et al* (2014), encontraram o resultado de depressão pós-parto em 25% das mulheres, sendo predominantemente pardas, de baixa escolaridade, de baixo nível socioeconômico, alta paridade, hábitos não saudáveis e gravidez não planejada, entre outros.

As pesquisas relacionando depressão pós-parto e aleitamento não trazem consenso. O estudo de Silva *et al* (2017), de corte transversal, verificou que mães com sintomas de depressão pós-parto apresentaram chance 1,63 vez maior de desmame precoce. Há o reconhecimento, no entanto, da necessidade de aprofundamento da investigação da saúde mental materna como fator determinante. Já no estudo de revisão, Pope e Mazmanian (2016) encontraram alguns dados contraditórios como a bidirecionalidade em relação à depressão e o aleitamento materno. A depressão pode influir na redução do aleitamento materno, porém, não amamentar pode aumentar o

risco da depressão. O aleitamento materno atua então como preventivo da depressão e auxiliador na redução dos sintomas. Os autores também alertam para o fato de que “experiências negativas de amamentação precoce (amamentação que ocorre na primeira hora pós-parto, segundo o 4º item dos dez passos do aleitamento materno) podem ser um fator de risco para depressão pós-parto” (POPE; MAZMANIAN, 2016, p. 3). Esses dados são de importância considerável na gestão do cuidado da mulher com quadro depressivo, pois quebra alguns paradigmas que porventura tratem a depressão puerperal como impeditivo definitivo do aleitamento. Reforçam também a importância de como se dá o cuidado em relação ao aleitamento nas primeiras mamadas, ainda na maternidade. Esse encontro deve favorecer o reconhecimento mãe-filho, sem intervenções desnecessárias ou impositivas para que a mulher possa se sentir orientada e capaz. Um dado importante no aspecto do atendimento é o revelado no inquérito ‘Nascer no Brasil’ em que foi frisada a relação das mulheres que avaliaram negativamente o atendimento médico ao quadro de depressão que desenvolveram. Não se sabe se a depressão já estaria instalada e por isso a sensibilidade maior ou se o atendimento também foi desencadeador da patologia. De qualquer forma, é importante que os profissionais e o serviço de saúde percebam a complexidade dessa fase da mulher e o quanto o contexto em que está inserida pode interferir no seu bem-estar psíquico. Fazem parte disso a qualidade do atendimento e o reconhecimento da dor de quem é atendida, para que seja possibilitado um cuidado multidisciplinar e integral, em que a mulher não seja vista apenas como nutriz, mas acolhida nessas necessidades tão peculiares, que exigem orientação especializada e acima de tudo o acolhimento.

O aspecto da segurança e confiança materna é exposto no trabalho de Arante (2017), que corrobora com a presente pesquisa ao demonstrar a ocorrência de depressão pré e pós-parto. Lembra que metade dos sintomas de depressão pós-parto surgem ainda na gravidez. Seu estudo relaciona ao grau de baixa confiança das mulheres em depressão para desempenhar o papel de mãe. Entre as mulheres com esse quadro, a ocorrência de baixa confiança foi 36% maior do que entre as mulheres sem depressão. Essa ocorrência revela baixa autoestima, maior dificuldade de vínculo e comprometimento do apego, sendo expressa no comportamento da mulher e interferindo no cuidado da criança. Entre os fatores de risco que podem ter desfecho

de um quadro de depressão, são citados os de ordem socioeconômico e cultural, situação conjugal, luto e decepções, solidão, fatores biológicos e gravidez indesejada.

Na presente pesquisa, os participantes também relacionaram casos em que a ocorrência de gravidez não planejada contribuiu para as condições de fragilidade emocional da mulher e consequente dificuldade para amamentar.

" Então geralmente os casos que eu atendo, eu entro na gestação dentro desse contexto. Uma vulnerabilidade, uma rejeição daquela gestação... e eu entro assim. É assim que começa."

(Flávia ao relatar casos de mulheres atendidas em sofrimento psíquico já desde a gravidez, por não ter planejado).

Alguns estudos aqui citados corroboram essa relação, como o de Brito *et al* (2015), um estudo de coorte prospectivo em que 25% das mulheres que não pretendiam engravidar apresentaram sintomas depressivos. Esse fenômeno mostra a importância de a mulher poder ter acesso ao planejamento familiar, como preconizado na Atenção Básica e ter suas escolhas respeitadas como direitos reprodutivos.

Aspectos morais e socioculturais

Durante as consultas e visitas domiciliares, os profissionais têm oportunidade de apreender como as mulheres vivem, com quem vivem e os desafios que enfrentam. A microrregião da Unidade pesquisada é de alta vulnerabilidade social. Muitas mulheres, mesmo com companheiros, não moram com eles. Outras, segundo os participantes, não colaboram com as tarefas ou financeiramente. Já alguns dos homens participam de consultas, principalmente a primeira consulta pediátrica, aproveitando a duração da licença paternidade. Entre os familiares das mulheres, a realidade não é muito diferente e por mais que haja uma rede de solidariedade, há a dificuldade de disponibilidade para apoiar efetivamente o aleitamento materno. Essas dificuldades foram percebidas pelos profissionais de saúde.

"Porque a amamentação não acontece sozinha. Pra amamentar ela precisa de um apoio, ela precisa de alguém que vai cuidar do almoço ou da casa ou da alimentação dela ou do banho que ela precisa ter pra poder estar..."

(Lúcia, sobre o que percebe ser um dificultador para a mulher atarefada que deseja amamentar).

"Então, por exemplo, já dentro de casa não tem [apoio]. A família ampliada, se você pensar que essas mulheres podem ter mãe, podem ter irmãs, cunhadas e tudo o mais, elas, por vezes são fontes, mas o que acontece nesses lugares muito vulneráveis: essas mulheres também enfrentam seus próprios problemas, sabe? Elas também têm muitos filhos ou tem um marido acamado ou... né, então, assim, esse afeto ele existe presente na vida das mulheres, elas conseguem nomear pessoas importantes, mulheres importantes. Mas aquela coisa de você ligar e falar olha, eu tô precisando, vem aqui... Não tem essa disponibilidade, as outras mulheres também estão enfrentando outras lutas, sabe?"

(Flávia, sobre como percebe o contexto em que estão inseridas as mulheres em fase de aleitamento adscritas ao território da equipe e o quanto essa realidade se relaciona com o apoio à amamentação).

Para Boccolini *et al* (2015), entre os fatores proximais associados ao aleitamento materno exclusivo se encontra a convivência e apoio familiar, o que raramente acontece nessa realidade, segundo a percepção dos profissionais. A sobrecarga de tarefas e falta de apoio familiar fazem parte do cotidiano dessas mulheres. Na pesquisa transversal realizada por Nascimento *et al* (2020) são citados fatores relacionados à interrupção do aleitamento envolvidos às vulnerabilidades individuais como local de residência da mãe, emprego, idade e educação. Ainda assim, os vínculos e a existência de uma rede de cooperação fazem com que se fortaleçam e se sintam incluídas. Essa cooperação é demonstrada fora do círculo familiar em um dos relatos da presente pesquisa, por Lúcia:

"Eu tenho uma mãezinha que quem dá apoio pra ela é uma vizinha. E ela não falta na consulta, tava com dificuldade de amamentar, ela tem artrose, é o primeiro bebê, então a vizinha foi assim a mãe dela, ou aquela pessoa mais próxima dela. Então a vizinha faz comida, ela fica, na hora da consulta ela vai junto pra carregar o bebê…"

Segundo Barretos e Paula (2014) é justamente a existência desses laços que faz a diferença entre estar em situação de desigualdade e estar em exclusão. Também o vínculo estabelecido entre os profissionais e as mulheres pode possibilitar que o

equipamento de saúde seja um espaço onde possa encontrar apoio e consideração pelas suas necessidades, em um esforço para um cuidado integral.

Durante as entrevistas, alguns profissionais, especialmente médica e enfermeiras, expressaram preocupação com as frequentes solicitações de fórmulas infantis por parte das mães. Outros profissionais demonstraram inquietação com o critério de prescrição dessas fórmulas, com receio de as mães se sentirem incentivadas a interromper o aleitamento. Todos eles, porém, inferem que a decisão de oferecer a fórmulas é uma decisão cultural.

"E então, assim, elas conversam muito entre si. Então, às vezes uma mãe que realmente precisaria do complemento por um tempo conseguiu: 'Ah, lá! Eu consegui na policlínica, vai lá que você vai conseguir também.' E aí isso acontece, então, às vezes, por desinformação, a mãe chega lá e fala: 'Ah, minha vizinha conseguiu o leite por aqui, teria como o Sr. pedir pra mim? Pro médico ou enfermeiro, não sei. E aí faz, se inscreve e daí consegue. Mas não é bem assim."

A influência sociocultural por vezes é o que pesa mais na tomada de decisões, incluindo a oferta de fórmulas infantis ao bebê, ainda reforçado por modelos familiares e comunidade. Essa influência às vezes é da esfera da macropolítica, como exemplificado no caso da indústria dos substitutos do leite materno. O leite em pó ganhou fábrica no país após a Segunda Guerra Mundial, tão grande a demanda pelo produto. A propaganda dos benefícios foi tamanha que os próprios pediatras recebiam amostras e ajudavam a divulgar os produtos. Seus próprios filhos também as consumiam. Ou seja, a subjetividade em relação à necessidade do aleitamento materno foi sendo alterada ao longo do tempo até mesmo entre os profissionais de saúde. (Almeida; Novak, 2004); Rego; Martins Filho, 2014).

As mulheres que vivenciaram as experiências advindas dessa industrialização e marketing (mesmo com toda a propaganda atual em prol do aleitamento materno exclusivo) possivelmente significaram a amamentação como de menor valor. Podem, assim, ter contribuído para fragilizar a autoconfiança de mulheres mais jovens na família quanto à sua capacidade de nutrir bem uma criança apenas com aleitamento materno exclusivo, diante de algum obstáculo que possa surgir durante a amamentação. Os serviços da rede de atenção podem ser apoio importante para essa superação. Como mostrado até aqui, é importante que a linha de cuidado

materno infantil tenha equipes que possam fortalecer a confiança materna na capacidade de suprir a nutrição de seu filho por meio de seu próprio leite. Os profissionais podem colaborar para empoderar a mulher proporcionando conhecimento e habilidades para o manejo da amamentação e enaltecendo o valor do aleitamento, como a pesquisa qualitativa de Heidari *et al* (2017) confirmam.

Ainda que a legislação seja mais rígida com relação ao marketing (ASBRAN, 2017), de acordo com Rollins *et al* (2016), a influência da indústria ainda é bem forte e global. Esses efeitos podem ser percebidos na atualidade, mesmo com políticas públicas específicas de promoção do aleitamento materno e com conhecimentos largamente produzidos e divulgados. Victora *et al* (2016) descrevem que o tipo de alimento oferecido para substituir o leite materno difere, de acordo com a condição econômica regional. Nos países mais pobres geralmente são ofertados leite animal e nos países de média e alta renda são as fórmulas lácteas. Embora a presente pesquisa tenha ocorrido em área de alta vulnerabilidade social, as usuárias têm acesso às fórmulas, que são dispensadas nas unidades de saúde mediante prescrição médica ou de nutricionista. Mesmo que seja frustrante para o profissional, como relatado:

"Quando a gente vê que tirou o leite total assim, a gente fica com uma coisinha assim, aí... fica meio frustrada."

(Gilda, falando como se sente quando há o desmame precoce).

Se por algum motivo a mulher não possa amamentar, deve poder confiar que receberá orientação adequada e segura para substituição, para garantir que a criança receba substitutos adequados à idade e ao desenvolvimento. Esse benefício, porém, se não for acompanhado da devida escuta das necessidades do binômio mãe-bebê pode sinalizar banalização da substituição. Nesse caso, a oferta de fórmulas sem uma discriminação passaria a ser um obstáculo ao aleitamento materno exclusivo, corroborando o dado encontrado na pesquisa de Nascimento *et al* (2020), que demonstra que o uso precoce de fórmulas infantis e outros tipos de leite é um dos fatores a interferir na interrupção do aleitamento materno.

Ainda nessa categoria julga-se pertinente incluir parte do relato de Dina, que discorreu sobre o que acredita ser a motivação para o desmame precoce. É interessante percorrer as falas e a percepção que ela tem das mulheres que

interrompem o aleitamento materno exclusivo. No início da entrevista ela se refere às mulheres de forma estereotipada, depois de uma usuária em específico, terminando por refletir sobre o apoio de que as mulheres dispõem, em meio à realidade que vivem. No relato a expressão de uma mudança de perspectiva de um mesmo objeto em questão.

Ao falar sobre o conhecimento das mães sobre a importância do aleitamento materno, Dina contrapôs com a questão da cultura, que seria mais influente que o conhecimento específico:

“Eu acho que elas conhecem, porém acham que não tem nada a ver. Que ‘Ah, eu tomei leite de caixinha quando era criança e ‘num’ morri.”

Dina havia recebido a incumbência de acompanhar uma família cuja mulher havia interrompido precocemente o aleitamento:

“A bebê tem um problema é... no coração, ela fez cirurgia logo que nasceu e tal... ela não quis amamentar. Ela já tem mais três. Ela não quis amamentar. De pronto ela já pediu a fórmula.... ela não quis amamentar. Ela já tem mais três.”

Ainda sobre a mesma mulher e circunstância da fala anterior, quando perguntada sobre o que acreditava ter sido a causa do desmame:

“*É... vulgarmente falando: preguiça. "Não quero, não quero vínculo, não quero esse...essa... ficar presa", sabe? Esse compromisso.”*

Após falar de suas percepções sobre as circunstâncias de desmame observadas, quando perguntadas se as mulheres recebem apoio para amamentar:

“Não, muitas não (abaixa o volume de voz). Muitas o marido trabalha ou se elas trabalham dentro de casa, é uma vida corrida. A gente sabe que a vida da mulher hoje é corrida. A gente não trabalha só trabalhando. A gente vai pra casa e continua trabalhando, que tá dormindo, tá sonhando que tá trabalhando ‘também, né, então falta esse apoio também. Antigamente a mulher: ah, ela teve o bebê agora, o mundo dela parava. E ela era o quê? Mãe daquele bebê... Eu costumo falar que às vezes você acompanha a vida do povo na internet, você fala "Ah, é a vida dos sonhos", que ela não faz mais nada. Aquela mulher ela passa o dia inteiro cuidando daquele bebê, troca fralda e tal... o mundo tá acabando lá fora, mas ela tá com aquele bebê, e tá tudo bem. Mas a gente sabe que é uma em um milhão. A mulher não tem mais essa disponibilidade, não tem ... eu acho que a sobrecarga também leva a isso. Tipo: "ah,

se ela mamasse mamadeira, eu deixava ali ela mamando a mamadeira e ia fazer as outras coisas".

Quando a profissional se expressa, também está presente a emocionalidade diante da negativa da mulher em não amamentar. A entrevistada conhece amplamente os benefícios do aleitamento e também conhece a adscrita que o interrompeu. Mas a fala dela não expressa somente a experiência com essa usuária. Quando se revela, encontra outras experiências às quais significou como profissional e mãe. Também as suas experiências como nutriz, as dificuldades, as frustrações, o sucesso e o insucesso, visto ter dois filhos, cada um com uma história de aleitamento. Os sentidos subjetivos de uma experiência não estão restritos a ela, traz outras vivências amalgamadas. Quando inicia sua fala demonstra visão generalizante e culpabilizadora da mulher, o que é acentuada pela frustração diante da negativa em amamentar. Frustração ou decepção com uma usuária específica, pela qual tem a perspectiva de uma realidade que favoreceria a amamentação pois “ela não trabalha fora”. A concepção da mulher que não trabalha fora de casa é forte, a ponto de não se analisar o contexto familiar envolto no desmame precoce, como a bebê acometida de patologia, que culminou em cirurgia, e o cuidado com mais crianças e ausência de companheiro.

A conversa com a pesquisadora também não deixa de ser um confronto onde suas percepções e crenças a respeito das dificuldades das mulheres são expostas.

No transcorrer da entrevista, surgiram perguntas a respeito das circunstâncias dessa interrupção do aleitamento. Enquanto respondia percebe-se a reflexão sobre a própria fala e subjetividade. A produção subjetiva não vem só das experiências que vivenciou, mas também da integração com a subjetividade social, sempre em movimento. Mesmo que dois profissionais tivessem vivências bem parecidas os contextos não seriam idênticos. E ainda que fosse possível ter, poderiam haver respostas diferentes às mesmas circunstâncias de acordo com as próprias subjetividades.

O interessante é que a subjetividade é particular, um processo vivo e dinâmico e se alimenta da produção de sentidos das ações humanas e relações (GONZÁLEZ REY, 2012). A personalidade organiza esse sistema de configuração, definindo o que será a produção de sentidos. Diante das tensões, novas configurações subjetivas

surgem formando múltiplos sentidos subjetivos. Essa dinâmica e plasticidade é o que permite a possibilidade de mudança. E a cada experiência, podem haver outras respostas, consequentemente. Quando perguntada se as mulheres teriam apoio para amamentar, Dina foi levada a refletir sobre a realidade delas. Nesse exercício percebeu o quanto essas mulheres tinham que dar conta de tantos afazeres e percebeu a solidão delas para exercer tantas responsabilidades. Talvez também estivesse resgatando suas próprias experiências.

O profissional de saúde, muitas vezes, tem cristalizada uma visão generalizante daquele a quem assiste. Parece ter a fórmula pronta, prescrita para qualquer anormalidade. Mas as pessoas não são iguais, até mesmo que os contextos sejam parecidos. Estar em situação de vulnerabilidade individual e/ou social, ainda que isso afete a qualidade de vida e limite suas opções, não torna as mulheres homogêneas na forma de sentir e pensar. Cada um tem a sua historicidade, sua subjetividade. E sendo a subjetividade processual e maleável é possível que as mudanças ocorram no sentido de permitir-se conhecer e dialogar com quem é cuidado de forma a favorecer o atendimento às reais necessidades do usuário. Para tanto, importa que os profissionais tenham a possibilidade de espaços de reflexão sobre as próprias prática e percepção sobre o contexto das usuárias. E essa reflexão deve estender-se sobre a realidade da dimensão subjetiva que abarca a saúde.

Processo de trabalho

Esta categoria contempla relatos que expressam como os trabalhadores de saúde produzem o cuidado das mulheres em circunstâncias que podem levar ao desfecho de desmame precoce. Para tanto, as categorias foram divididas em duas: Encontro e o ato da produção do cuidado e Organização do serviço. A primeira traz as percepções acerca dos encontros terapêuticos entre as usuárias e os trabalhadores de saúde e a práxis diante das intercorrências. A subcategoria Organização do serviço contempla como os profissionais percebem a ocorrência de interação multidisciplinar para dar respostas às necessidades, assim como as limitações para exercerem suas atribuições.

O encontro e o ato de produção de cuidado

No cotidiano da Unidade de Saúde da Família as mulheres em período de lactação são atendidas em demanda programada (agendada) ou espontânea (não programada). Em alguns desses encontros na unidade ou durante visitas domiciliares foram identificadas situações de risco de desmame precoce. Com alguma frequência foi verificada a negativa em amamentar, bem como alguns dificultadores para levar adiante a amamentação.

Esses dificultadores abrangiam tanto aspectos físicos como intercorrências mamárias, quanto psíquicos como angústia, blues puerperal ou depressão pós-parto, entre outros. Nos relatos os profissionais da saúde expressam como acolhiam e produziam o cuidado a fim de responder ao sofrimento e/ou necessidades tão específicas e complexas. Também expõem como consideravam que deva ser o acolhimento das mulheres diante desses episódios.

“Escuta. Eu acho que o mais importante é a gente acolher, acolher as dúvidas, acolher as inseguranças e ver o que que tá fazendo que aquela pessoa esteja planejando ou parado”

(Célia, quando perguntada sobre qual estratégia considera eficaz diante da circunstância excepcional do desmame em curso).

“Esse afeto, que a gente tem, precisa circular com essas mulheres. Quando elas estão grávidas ou quando elas já tiveram o neném e estão com dificuldade”

“Quando elas falam de não amamentar, eu sempre penso assim: Ela está decidindo ou ela está recuando por medo, por insegurança? Porque também pode ser, às vezes a negativa ela nasce do medo, não é da falta de vontade. Então não julgar é o primeiro passo, né?”

(Flávia, a respeito do apoio a uma mulher que já havia decidido não amamentar e durante o acompanhamento acabou por demonstrar o desejo).

“Ah, não tô conseguindo amamentar", "Ah, num tô". E a (enfermeira referência em AME não participante da pesquisa) já pegava: "Não, vamos ali na salinha, deixa eu ver como é que tá". E já pegava, punha a mão na massa, a mãe saía já: "Nossa, aliviou! Tava doendo demais" A mãe voltava...”

(Lúcia contou como era o atendimento quando uma mulher chegava com intercorrência mamária, algumas vezes encaminhada por ela à unidade. Era atendida individualmente enquanto amamentava, e recebia auxílio no manejo para haver uma pega correta, o que aliviava a dor e incômodo).

“Não, não pode faltar, a bebê precisa passar, precisa passar, a gente precisa ver como é que ela está, você "... "Ah, não. Não, amanhã eu vou, amanhã eu vou"... Falei: "Então tá bom. Você quer que eu venha te buscar?", "Ah, você faz isso?" Eu falei: "Faço. Eu venho te buscar".

(Lúcia, sobre uma mãe que estava em quadro de depressão pós-parto e tinha dificuldades para frequentar as consultas. Era realizada com ela a busca ativa).

Organização do serviço

Os profissionais expressam como se organizam a fim de lidar com situações de risco de desfecho em desmame precoce e relatam como se organizam em equipe para essa demanda. Nessas manifestações, são descritas limitações percebidas para efetuar o trabalho e se aprimorarem. Algumas dificuldades vão além dos limites de gestão da unidade.

Uma das mudanças ocorridas na organização do serviço foi a alteração de fluxo quanto ao primeiro atendimento no pós-parto. A primeira consulta que já vinha encaminhada pela maternidade ao médico, passou a ser realizada com a enfermeira, a exemplo do que já ocorria com o pré-natal. Nessa consulta a enfermeira apreende as circunstâncias do parto e aleitamento materno, acompanha a mamada e verifica possíveis traumas mamilares e outras intercorrências mamárias. Durante a entrevista, a profissional reitera que essa alteração propiciou maior vínculo, aprofundamento das informações e vigilância quanto às dificuldades relativas ao aleitamento.

“Quando começou a passar com enfermeiro, a gente montou um roteirinho... a gente anota absolutamente tudo. Todos os exames, as intercorrências que ela teve”.

(Beatriz, contando que aproveita o atendimento para registrar todas as informações referentes ao parto e amamentação).

Na Atenção Básica de Santos cada unidade é incentivada a estabelecer um profissional de saúde referência em aleitamento materno. Esse profissional é

procurado sempre que as usuárias referem dor ou qualquer outra dificuldade ao amamentar. Assumir essa atribuição é escolha do profissional que possui afinidade com esse cuidado específico. Na unidade pesquisada era uma enfermeira que organizava a vigilância em relação ao aleitamento materno com a colaboração dos agentes comunitários. Também costumava estar à frente de eventos e ações educativas relacionados à promoção do aleitamento materno e realizava consultas compartilhadas com o pediatra para acompanhar a mamada, diagnosticar e orientar quanto aos problemas na amamentação. Todos os participantes que trabalharam com ela a citaram como central na linha de cuidado materno infantil. Foram obtidos aumento no índice de aleitamento materno exclusivo e predominante no período. Os profissionais exprimiram a boa interação na produção do cuidado sob sua direção. Poucos meses antes da pesquisa ocorrer ela veio a adoecer e ir a óbito. Essa ocorrência desestabilizou emocionalmente os colegas e desestruturou o serviço em relação ao aleitamento materno.

"Infelizmente se esse profissional, por alguma razão sai, vai pra outro lugar, etc, acaba enfraquecendo, não tem uma continuação. Até retomar..., mas assim, é mais a pessoa, não o sistema".

(Elias, lamentando a descontinuidade do serviço ao faltar o profissional referência e admitindo não haver uma política de um profissional específico para lidar com a demanda).

Nos relatos a seguir, os agentes comunitários de saúde demonstraram a interação multiprofissional para responder às necessidades das mulheres em aleitamento, inclusive com a atuação dos ACS como mediadores.

"Nós tivemos na mesma equipe uma adolescente, né, que precisou fazer... nós temos o Nasf, que tem a psicóloga, e precisou fazer por conta de amamentação. Ela tava sentindo muitas dores e aí a (profissional referência em AME) fez intervenção e passou ela pra conversar também com a psicóloga".

(Lúcia relatando que durante atendimento foi percebido sofrimento psíquico na mulher, posteriormente encaminhada para apoio psicológico).

“Aí a gente encaminha aqui pra Unidade, pra conversar com a enfermeira... a enfermeira, se não conseguir suprir essa necessidade dela de orientação, a gente passa pro médico...”

(Dina durante acompanhamento da equipe, percebendo dificuldades para a usuária efetuar a amamentação, encaminhava para a unidade).

Os profissionais lidam com diversas situações em que pode ocorrer o desmame. Nesses encontros terapêuticos, o profissional e a mulher chegam com suas crenças e significados, como Ayres (2004) pontua. E a partir daí ocorre a intersubjetividade. Para ele, deve haver a recusa em coisificar quem está sendo cuidado, ou seja, reduzir a objeto. Nesse sentido, Mattos (2004) lembra que a relação ocorre entre sujeitos, o objeto ali são as necessidades que a mulher possui.

Os profissionais manifestaram suas percepções acerca da interação multidisciplinar e das limitações e possibilidades da equipe para efetuar o cuidado frente ao desafio de evitar o desmame precoce e aperfeiçoarem suas práticas. Esses desafios incluem dissonância nas condutas na prevenção do desmame e cuidado com as mulheres em dificuldades com a amamentação e quadro de funcionários insuficiente. Foi referido que essa insuficiência de profissionais é um obstáculo para o acesso à educação permanente e tempo disponível no encontro para manejar as dificuldades com o aleitamento materno.

“Porque o motivo você tem que ter, né, pra poder pedir o leite... e a gente começou a pegar no médico… “

(Beatriz sobre a justificativa para aquisição da fórmula infantil pelas mães de crianças atendidas pelo pediatra. Demonstrou preocupação com a possibilidade de haver prescrição indiscriminada. Não havia consenso quanto à conduta entre os profissionais a esse respeito).

“Eu acho que a gente sempre pode estar fazendo mais, sabe? Propondo mais, fazendo mais educação permanente, envolvendo mais na condução dos casos...”

(Flávia, quando falava das reuniões da Unidade e sobre a integração e aprimoramento dos profissionais para proporcionar melhor atendimento).

“Não dá pra liberar todo mundo, porque não temos RH pra isso. Então a gente acaba liberando aqueles que realmente querem, entendeu?”

(Elias, ao responder sobre oportunidades de capacitação em AME e a priorização de quem realmente demonstrava afinidade com esse trabalho específico, pela limitação de números de funcionários de que dispõe).

“Ainda tem aquela coisa de atendimento de não focar na qualidade e sim na quantidade. Então é aquela coisa: eles entopem a agenda de paciente, eles não querem saber a qualidade que você faz. Então eles querem saber o número. ‘Ah, foram 20 crianças que você viu? Ótimo...”

(Gilda discorrendo sobre as limitações que a organização do serviço impõe, ao limitar tempo de atendimento.

As dificuldades das mulheres em relação ao aleitamento são percebidas nos encontros dentro e fora da unidade. E nesses encontros terapêuticos o cuidado é a razão de ser. Assim ocorre com todo o processo de trabalho em saúde. Sob o ponto de vista de como se processa esse trabalho é interessante recorrer às dimensões da gestão do cuidado, listadas por Cecílio apud Kalichman e Ayres (2016, p. 7): a profissional, a organizacional e a sistêmica, descritas “como círculos concêntricos” e imanentes entre si. Essa gestão não ocorre apenas com procedimentos instrumentais, pois o processo de trabalho em saúde possui tecnologias que abrangem tanto o material quanto o imaterial. Merhy (2000; 2012) sintetizou essas tecnologias quando usou a analogia das valises tecnológicas. Inicialmente usada em relação ao trabalho do médico, é extensivo a todos profissionais da saúde. São as três valises que possuem, cada uma, um tipo de tecnologia. Na primeira valise encontram-se as tecnologias duras, que são relacionadas aos equipamentos, normas e estruturas organizacionais. Já as tecnologias leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados como a clínica, fisiologia, anatomia e a epidemiologia. As tecnologias leves são as tecnologias relacionais entre trabalhador da saúde e usuário. No encontro terapêutico é que será decidido como se dará o Cuidado e as tecnologias a serem usadas. Essa decisão só será possível mediante o uso de tecnologias leves, ou seja, da relação entre os sujeitos, profissional e usuária. Para Merhy (2000, p. 111), “estes processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando, como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações...” A maioria dos participantes da pesquisa percebe que o encontro deve ser de acolhimento com afeto, com escuta, a

formação de vínculo, o respeito e o não julgamento. Ressaltaram a importância do acolhimento e uma escuta qualificada para identificar o contexto das mulheres e suas necessidades, bem como os reais motivos de uma eventual negativa em amamentar.

Como observado nos resultados quanto à percepção dos profissionais sobre as mulheres, por vezes há uma visão julgadora e culpabilizadora da mulher. Como Ayres (2004) lembra, para o encontro, cuidador e cuidada, trazem suas próprias crenças e significados. Essas crenças também podem ser dificultadores do cuidado porque limitam a disposição para uma real escuta. Em se tratando do aleitamento materno é preciso compreender a complexidade que o envolve, que vai além do desejo de amamentar, como evidenciado acima. Para Carvalho e Kohler (2017), quando ocorre o desmame precoce, “a mulher que necessita de apoio, informação e proteção torna-se a responsável por tudo o que ‘não dá certo’”. (CARVALHO E KOHLER, 2017, p. 277). Os benefícios do aleitamento materno têm sido amplamente divulgados e os profissionais são conhecedores, mas os autores chamam atenção para o fato de que não basta só conhecer os benefícios ou só a fisiologia da amamentação e sim “reconhecer que a amamentação é um ato psicossomático complexo”. CARVALHO E KOHLER (2017, p. 277). Há diferença entre a produção do leite materno e a ejeção, que precisa da liberação da ocitocina e os autores relacionam essa liberação também à qualidade emocional do atendimento. Nesse sentido, há que se atentar ao perigo de confundir informação e incentivo ao aleitamento com pressão. Por outro lado, pode ocorrer que o profissional fique receoso com a possibilidade de pressionar e acaba por desistir rápido de orientar quanto ao aleitamento diante dos obstáculos observados. Durante o encontro as mulheres podem expressar mitos em relação à amamentação, que podem ser frutos de insegurança. Quanto a essa ocorrência os autores afirmam que os profissionais devem buscar todos os motivos para elogiar sinceramente os esforços da mãe e exercitar empatia enquanto ouve as queixas das mulheres, ajudando-as a expressarem seus sentimentos e percepções. É claro que isso só será possível se as mulheres se sentirem realmente ouvidas, em um ambiente em que sintam confiança e afeto. E esse afeto aparece nos relatos dos profissionais. Falando sobre a importância do afeto na prática clínica, Franco e Hubner (2019) afirmam que o “afeto carece de reconhecimento como dispositivo capaz de ativar o desejo, e forças internas que colocam o corpo no sentido de produção da vida

em si mesmo, e no seu ambiente". Nos seus escritos percebe-se o papel do afeto como "força propulsora do cuidado de si e do cuidado em geral". (FRANCO e HUBNER, 2019, p. 101). Já Wernet, Mello e Ayres (2017) colocam "a dimensão afetiva como caminho para reconstrução da autoestima e da autonomia dos sujeitos". (WERNET, MELLO e AYRES, 2017, p. 5) Se esse olhar de reconhecimento dos sujeitos afeta positivamente o cuidado, autonomia e autoestima, não há como pensar em um atendimento humanizado que empodere a mulher sem trazer a dimensão afetiva para o encontro.

Para Mattos (2004), em um encontro humanizado que responda à dimensão da integralidade, faz-se necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de responder ao sofrimento manifesto que levou à procura do serviço, como também aquele sofrimento que não é expresso, está silencioso ainda. Por vezes esse sofrimento é percebido quando em visitas domiciliares, como relatado em alguns casos na unidade pesquisada. Para que esses sofrimentos sejam revelados precisa ocorrer uma comunicação horizontal, um verdadeiro diálogo entre quem cuida e quem é cuidado, como discutido acima. A apreensão das necessidades deve ser ampliada e feita uma análise do significado dessas necessidades para o usuário e o que pode ser feito para dar uma resposta,

> "tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro quanto o contexto da própria vida do outro, de modo a gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro" (MATTOS, 2004, p. 1414)

Cada encontro possui um contexto específico. No caso das dificuldades relacionadas ao aleitamento materno, as ofertas devem acontecer de acordo com o contexto dessas necessidades mais urgentes, pois o adiamento do cuidado pode expor a mulher e a criança a mais sofrimento, além de contribuir para o desfecho de desmame. Como relatado, essas dificuldades podem ser de vários aspectos. Diante disso, as ofertas podem ir além das tecnologias leves, necessitando incorporar saberes específicos, como os das tecnologias leve-duras para possibilitar respostas adequadas a essas mulheres. Algumas vezes esses saberes precisam ser complementados com os de outros profissionais de saúde e outros níveis de atenção. Essa interação multidisciplinar possibilita a integralidade do cuidado. Quando há essa integração é como se o conteúdo de todas as valises tecnológicas de todos os profissionais ficasse disponível. Nem sempre isso ocorre de forma harmoniosa. Por

vezes profissionais se ressentem por condutas que não ocorrem em uníssono ou pela dificuldade de poder contar com mais profissionais no quadro. Ou pela ausência de uma profissional para atuar em função específica relacionada ao aleitamento.

No interior da unidade existe uma micropolítica, um modo próprio de atuar embora essa micropolítica também seja atravessada pelas macropolíticas nas normas, programas e decisões externas. Para Franco e Mehry (2012), quando o Trabalho Vivo, aquele que é produzido no ato do cuidado, é o centro do processo produtivo do cuidado, há liberdade de atuação e autogoverno dos profissionais nos encontros. Mas a subjetividade opera e cada profissional significa o seu próprio trabalho, o que influencia no modo como produz saúde. Sob esse prisma, a unidade funcionaria como um organismo vivo, com os profissionais realizando o trabalho com liberdade e criatividade. Os saberes e práticas são instalados e incorporados pelos próprios trabalhadores, sem desprezar, é claro, a determinação de seguir os programas e a gestão interna. Diante do significado que cada um pode atribuir ao seu próprio trabalho e suas funções, também pode ocorrer o risco de que haja um desequilíbrio das tecnologias utilizadas ou mesmo de sobrecarga de funções por um dos membros das equipes. Esse fato foi evidenciado em alguns resultados da pesquisa. Um dos exemplos refere-se à centralização de saberes em uma profissional proativa e identificada com o trabalho relacionado ao aleitamento materno. A profissional buscava constante capacitação pessoal, mas não havia espaço para compartilhamento mais aprofundado desses saberes. Quando de sua ausência, percebeu-se o obstáculo que seria dar continuidade a um trabalho personificado. A fala de Lúcia exemplifica essa afirmação: *“a equipe pra mim era uma pessoa, era a Patrícia”.* Apesar dessa ausência, durante os relatos é expresso um estímulo para o trabalho com o aleitamento materno de quem atuava mais proximamente à profissional na equipe: “*Então por ela, eu me proponho a fazer melhores reuniões que a gente puder”.* (Lúcia). Percebe-se a dimensão afetiva nessa fala, junto à admiração pela colega e o desejo de não interromper o trabalho que lhe trouxe satisfação. (FRANCO; MEHRY, 2012).

Embora reconheçam a importância do trabalho também percebem as limitações para atuar, com poucas oportunidades de Educação Continuada e Permanente. As oportunidades de capacitação ampliam o conhecimento e

possibilitam ferramentas apropriadas para manejar o aleitamento materno e o desmame precoce iminente, mas é interessante pontuar que novas configurações subjetivas vão sendo formadas a partir do que se tem como vivência e das experiências a que são expostas, proporcionadas pela oportunidade de adquirir novos saberes. O comportamento e os sentidos são apoiados nas representações que temos, que por sua vez é geradora de emoções. Quando essas experiências de construção de conhecimento e compartilhamento de saberes ocorrem, há oportunidades de reflexão e de concepção de um outro olhar para quem é cuidado e como se dá a prática do cuidado, por meio de novas produções de sentido. Ou seja, esse processo pode possibilitar mudanças no modo de agir, de ver e pensar os processos de trabalho e cuidado. (GONZÁLEZ REY, 2011; 2012).

Articulação em rede para proteção do AME

Essa categoria abarca as falas dos profissionais de saúde acerca de outros equipamentos sociais, fora da micropolítica da unidade, integrantes da rede de saúde ou intersetorial, que podem colaborar para a proteção do aleitamento ou serem dificultadores.

Trabalho e escola

Os profissionais de saúde inferem a forma como outros equipamentos sociais e situação laboral podem ser determinantes no desfecho de desmame precoce.

“Uma mulher que não consegue ficar em casa uma semana pra cuidar do próprio filho porque ela não pode deixar de trabalhar eu já acho, assim, desumano.”

(Flávia expressou a percepção sobre as mulheres do microterritório em que a equipe atua e a realidade do trabalho informal, reconhecido por ela como dificultador do cuidado e aleitamento).

“Você não tem um horário de amamentação, você num tem a disponibilidade de tirar o leite e levar pra creche, porque eles não têm como guardar, eles não têm como esquentar. Falta um preparo também, eu acho, de apoio dessas... né? É que demanda lugar, demanda funcionário, a gente sabe que não é má vontade da creche

não querer receber, ou não querer que a gente amamente. Eu acho que é um trabalho muito pra cima...da creche. Eu acho que tem que vir [...] acho que é um negócio muito maior do que a escola."

(Dina, como profissional em convívio com as mulheres adstritas da unidade expressou sua percepção de que a creche estimula o desmame por não apresentar preparo estrutural).

"Porque quando você vai fazer a matrícula da criança na escola, eles já falam: 'Mas ela tá mamando no peito? Você tem que desmamar'."

(Beatriz relatou que ao retornar ao trabalho e necessitar usar a creche, a mulher é encorajada pela instituição a interromper o aleitamento)

Há que se considerar a complexidade da subjetividade em relação ao aleitamento materno e a mulher que amamenta. Os profissionais referiram a dificuldade de apoio intersetorial no aleitamento materno e o quanto as instituições por vezes podem ser desestimuladoras nesse sentido. Em um dos cadernos da Atenção Básica, podemos ver a atual concepção do que tratamos:

> O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável e equitativo de uma nação, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública. Porém, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno 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, p.9)

Uma análise crítica dessa citação pode levar a questionar a frase inicial que afirma ser uma estratégia natural. Nem sempre amamentar é um ato natural para a mulher e para a sociedade que a assiste. Por mais que o discurso se repita, as ações podem contradizer a expectativa de uma abordagem humanizada e integral. O documento oficial lembra às mulheres sua responsabilidade para com o "regozijo de toda a sociedade". A mídia ocasionalmente mostra pessoas escandalizadas ao ver uma mulher amamentando em público, por exemplo. É um fato também o receio que as mulheres têm de perder seus empregos ao voltar da licença maternidade. Na presente pesquisa foi relatada a situação laboral de algumas mulheres que trabalham

de maneira informal. Ao mesmo tempo em que essa informalidade garantiria maior disponibilidade, a necessidade financeira acaba por fazer com que tenham que voltar rapidamente ao trabalho. Há que se considerar que o número de mulheres que chefiam a casa dobrou de 1995 a 2015, segundo o IPEA, o que aumenta a pressão sobre a mulher que não possui vínculo empregatício. No estudo presente essa pressão é percebida quando estão prestes a voltar a trabalhar e se sentem compelidas a interromper a amamentação.

“Ah...eu vou voltar mês que vem, será que tem como eu conseguir uma fórmula?" Daí eu sempre digo, eu falo: ‘Vamos com calma, 15 dias antes de entrar, a gente começa tentar ordenhar, vamos tentando... congelando o leite, vamos ver se você consegue e aí você vai me relatando se vai tendo dificuldade ou não”

(Gilda, tentando evitar a interrupção do aleitamento por ocasião da volta ao trabalho).

Na pesquisa de Rollins et al (2016) é demonstrado que a situação laboral é determinante para a não amamentação ou desmame precoce e verifica esse fenômeno como multidimensional, incluindo fadiga, praticidade e intensidade. Nascimento et al (2020) corroboram esse dado, ao demonstrar que um dos fatores a determinar o desmame é o trabalho da mulher fora de casa.

A maioria das mulheres trabalhadoras do território estudado usa os serviços da creche. A falta de estrutura física e organizacional para que as mulheres possam continuar a amamentar (armazenando e aquecendo o leite materno e permitindo que a mãe seja recebida para amamentar) e a quase exigência do desmame precoce antes de o bebê ser admitido na creche foram referidas pelos profissionais como desestimuladora do aleitamento materno.

Desde 1996, com Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional (LDB Lei 9.394/96) a instituição é oficialmente parte do sistema educacional, sendo direito da criança. Como tal, ao possibilitar adaptações que favoreçam o aleitamento materno e a alimentação saudável e adequada, a creche, enquanto equipamento educacional, assume o espaço de um equipamento social a articular com a rede de saúde a fim de favorecer o desenvolvimento integral da criança. Essa perspectiva do papel da instituição nesse quesito tem sido mostrada em algumas iniciativas. No estudo transversal observacional de Santos e Thieme (2019), foram pesquisadas creches

com programas de incentivo ao aleitamento materno, em que há espaço adequado para amamentação, aquecimento e armazenamento de leite materno. Em outro trabalho foi produzido um manual para gestores pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), para implantação de creches promotoras da amamentação e alimentação saudável. Esse material orienta quanto a incentivar o aleitamento materno até os 24 meses, propiciando informação e locais para amamentação, armazenamento e aquecimento do leite materno. Brasil (2018).

Ao expressar como percebem esses espaços em relação à proteção ao aleitamento materno, os profissionais demonstraram preocupação com as mães adolescentes quanto a terem que optar pelos estudos ou aleitar. Refletem como pode haver uma alternativa a esse obstáculo.

“Ah, então você vai fazer essa tarefa, vai ter que pesquisar isso e isso, fazer esse trabalho, no final você vai ter uma avaliação", pra não ficar indo lá, ficar mais em casa, cuidando da criança, ou até mesmo levar a criança. Ter um espaço pra essas mães, né? Eu acho que daria...”

(Gilda, ao falar sobre as estudantes em período de aleitamento, sugere que a escola possa adaptar seu método de avaliação e espaço físico para apoiar o aleitamento materno).

Dias *et al* (2010) descrevem a gravidez na adolescência como um período em que o papel da outrora apenas filha é ressignificado e redimensionado. Numa época de tantas mudanças físicas e psicológicas a gravidez nessa fase é vista como um problema social e de saúde pública, na medida em que a circunstância oferece risco para a mãe e o bebê.

Na pesquisa “Nascer no Brasil”, de Leal *et al* (2014), os dados sobre as mães adolescentes mostram que elas estão em desvantagem em relação às adultas. Mais de dois terços estão em atraso escolar ou fora da escola e pertencem às classes D ou E. A maioria delas é parda ou preta. A pesquisa qualitativa de Tessari *et al* (2019) corrobora com essa percepção dos profissionais ao descrever a ocorrência da evasão escolar pela dificuldade de conciliar os estudos com a amamentação e afazeres. O mesmo estudo evidencia a vulnerabilidade em relação ao conhecimento relativo à amamentação, bem como a vulnerabilidade programática ao apontar lacunas na assistência dos serviços de saúde. Já no estudo de Cremonese *et al* (2017) foi

verificado que as participantes tinham boas impressões dos profissionais de saúde, mas o apoio instrumental e as informações relativas ao aleitamento não vieram predominantemente do serviço de saúde. A falta de apoio contribuiu para a evasão escolar, isolamento social e problemas de relacionamento com o companheiro. Esse fenômeno demonstra o impacto do ciclo gravídico puerperal na vida de uma adolescente e o quanto a rede de saúde deve acompanhar não só na gestação, mas especialmente no puerpério, para orientação e preparação para o parto e aleitamento, mas também para acompanhar o seu bem-estar físico e mental. Em Santos as adolescentes grávidas têm o pré-natal realizado no Instituto da Mulher, pois é considerada gravidez de risco, a exigir cuidados especiais.

Desde 1975, a lei 6.202 garante o direito à estudante grávida ter licença maternidade a partir do oitavo mês por até três meses, com direito a realizar tarefas escolares em casa, sob assistência da escola. Mesmo tão antiga essa lei é mais frequentemente cumprida nas faculdades e ainda assim abrange um período curto do puerpério. Existe também um projeto de lei, ainda em tramitação, o Projeto de Lei 451/19 que obriga o Estado a adotar medidas de acolhimento para adolescentes grávidas ou no puerpério, bem como a providência de espaços adequados para amamentação. Esses direitos precisam ser conhecidos e cobrados. No entanto, nas esferas menores pode-se pensar em políticas públicas que apoiem a adolescente efetivamente para que ela não se sinta constrangida ou inadequada para continuar seu processo de aprendizagem enquanto nutriz.

Os resultados da presente pesquisa permitem a percepção de que o desmame precoce é complexo e multifatorial e vai além da determinação da mulher em amamentar. Foram identificados o uso de estratégias focalizadas nas tecnologias leves traduzidas no acolhimento durante os encontros. Da mesma forma há registro de desencontro, como descrito por Ayres (2004), quando ocorre que o cumprimento do papel profissional seja automático, sem buscar realmente compreender o modo de vida da mulher.

A complexidade do fenômeno da interrupção do aleitamento materno exige que o uso de ferramentas nas estratégias varie, de relacional a instrumental, conforme demandado pelas mulheres, para manejar a amamentação e lidar com situações

excepcionais, usando de conhecimentos específicos para dar resposta aos sofrimentos manifestos ou silenciosos, como os sofrimentos psíquicos.

Percebe-se um número reduzido de profissionais que manejam as técnicas, ainda que nos relatos haja a predominância de intercorrências mamárias, evidenciando a necessidade de que mais profissionais sejam capacitados e sensibilizados.

Apesar dos esforços, os profissionais percebem limitações para a sua atuação, algumas advindas da unidade, outros de esfera macropolítica e sentem não haver articulação intersetorial suficiente para apoiar as mulheres em circunstâncias dificultadoras do aleitamento materno. Essa realidade é causa de frustração e sobrecarga de trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender as práticas profissionais envolvidas no manejo do desmame precoce iminente é central também apreender como as mulheres e seus contextos de vida são percebidos pelos profissionais. Alguns dificultadores do aleitamento materno vão desde os aspectos físicos como as intercorrências mamárias decorrente principalmente de pega incorreta, como aspectos envolvidos no contexto em que vivem as mulheres e às vulnerabilidades a que estão expostas. Esse contexto inclui a sobrecarga de tarefas, o sofrimento psíquico, a situação laboral e a dificuldade em obter apoio familiar. O consumo da fórmula infantil ainda é estimulado culturalmente, seja por repetição de modelos na família e no entorno, ou mesmo para alívio da sobrecarga de tarefas ou falta de apoio dos equipamentos sociais para a manutenção do aleitamento. Apesar do reconhecimento dos amplos aspectos envolvidos no desmame precoce observa-se ainda fortemente presente a culpabilização da mulher pelo insucesso do aleitamento.

Na prática profissional relacionada às circunstâncias que podem levar a um desmame precoce, a qualidade dos encontros terapêuticos com o acolhimento e escuta qualificada são ferramentas primordiais para apreender o contexto em que se dá esse quadro. O afeto é parte desse acolhimento. O cuidado multidisciplinar deve ser intensificado nas primeiras semanas de vida do bebê, com foco no incentivo e

apoio ao aleitamento, identificando e provendo resolutividade às intercorrências mamárias e sofrimentos psíquicos com relação à amamentação, já na primeira consulta. Essa resolutividade inclui a disponibilidade do conhecimento técnico e o apoio à lactante que trabalha fora por meio de orientações e manejo quanto à ordenha e armazenamento. A interação multidisciplinar nem sempre ocorre em uníssono, havendo eventualmente um horizonte normativo mais prescritivo. A atuação em relação ao cuidado do aleitamento materno, embora haja uso de tecnologias de cuidados diversas, comumente parte mais da afinidade dos profissionais, o que pode personificar o serviço se não houver compartilhamento de saberes, podendo acarretar a interrupção do fluxo quando o quadro de funcionário é alterado. A atuação multidisciplinar pode ser prejudicada pelo quadro insuficiente de profissionais da saúde. A articulação intersetorial para proteção do aleitamento nem sempre ocorre, principalmente no que diz respeito às creches e escolas, o que expõe a mulher trabalhadora e a mãe adolescente à vulnerabilidade programática. Ressalta-se o papel das visitas domiciliares dos profissionais e a mediação dos agentes comunitários de saúde na obtenção de informações quanto ao bem-estar da mulher e da criança, encaminhamento e busca ativa.

8 RECOMENDAÇÕES

Esse estudo espera contribuir para repensar a atuação profissional e a organização do serviço diante de intercorrências que podem levar a um desmame precoce, no sentido de questionar pontos que podem significar vulnerabilidade programática para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Diante de provável desfecho de desmame precoce os profissionais de saúde podem apresentar reações de frustração e desistência rápida, postura impositiva ou paralisante, prejudicando a resolutividade. Recomenda-se a capacitação para técnicas de escuta e aconselhamento e técnicas de manejo da amamentação, por meio de Educação Permanente e Continuada, a fim de prover melhores respostas às necessidades das mulheres.

No campo macropolítico recomenda-se a ampliação de políticas públicas que integrem as gestões da educação e da saúde, possibilitando adaptações físicas e capacitações a fim de proteger e apoiar as lactantes trabalhadoras e estudantes.

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O contexto da emergência sanitária impossibilitou a ocorrência de observação do fluxo de atendimentos materno-infantis relacionados às dificuldades com amamentação.

10 REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e61308, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100417&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 abril de 2021.

ALBERNAZ, Elaine, VICTORA, Cesar G. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. **Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. Pelotas, RS, v.14, n.1, p.17-24, jan 2003. Disponível em: https://scielosp.org/article/rpsp/2003.v14n1/17-24/ Acesso em: 12 de novembro de 2019.

ALMEIDA, João A. G. de; NOVAK, Franz. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**. (Rio J.), Porto Alegre, v.80, n. 5, supl. p.119-125, nov 2004. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 de novembro de 2019.

ALMEIDA, Paulo. V. B.; ESPIRITO SANTO, Lilian. C. do; MONTEIRO, Fernanda R. **Políticas públicas de aleitamento materno**. In: CARVALHO, M. R. de (Org.); GOMES, C. F. (Org.). Amamentação: bases científicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 465-477.

ALVES, Jessica S.; OLIVEIRA, Maria I. C.; RITO, Rosane V. V. F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo**. Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1077-1088, abr 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401077&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 novembro de 2019.

ARANTE, F. O. **Associação entre depressão puerperal e confiança materna em mulheres com histórico de depressão na gravidez**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 84. 2017.

ARAÚJO, D. E. B.; **A amamentação sob o olhar de mães frequentadoras da atenção primária do município de Santos.** 2014.107p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

ASBRAN. NBCAL**:** Comercialização de Alimentos para Lactentes. São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN),7 2017. Disponível em https://www.asbran.org.br/noticias/nbcal-comercializacao-de-alimentos-para-lactentes. Acesso em: 01 de dezembro de 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, Dec. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de dezembro de 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, Raquel de O.; PAULA, Ana P. P. de. "Rio da Vida Coletivo": empoderamento, emancipação e práxis. **Rev. Adm. Pública**, fev. 2014, vol. 48, no 1, p. 111-130.

BARRETO, Raquel O.; PAULA, Ana P. P. "Rio da Vida Coletivo": empoderamento, emancipação e práxis. **Revista Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 111-130. fev. 2014.Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 10 de janeiro de 2021.

BENASSULE, S. C.; CAVALCANTE, M. C. V.; LAMY-FILHO, F. Saúde mental de mães de crianças entre 15 e 36 meses da coorte BRISA – São Luís, Maranhão. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 53, n. 4, p. 415-423, 2020. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/167283. Acesso em 15 de dezembro de 2020.

BOCCOLINI, Cristiano S.; CARVALHO, Márcia L.; OLIVEIRA, Maria I. C. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 49, n. 00, 91. dez 2015 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100409. Acesso em 10 de fevereiro de 2021.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 108, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100287&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 de dezembro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html#:~:text=Institui%20a%20Estrat%C3%A9gia%20Nacional%20para,Estrat%C3%A9gia%20Amamenta%20e%20Alimenta%20Brasil. Acesso em: 01 de março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 01 de março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.htm Acesso em: 01 de março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 01 de março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 693, de 5 de julho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html#:~:text=O%20Ministro%20de%20Estado%20da,rec%C3%A9m%2Dnascido%20de%20baixo%20peso. Acesso em: 01 de março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Lei Nº6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6202.htm#:~:text=L6202&text=LEI%20No%206.202%2C%20DE,1969%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em:01 de março de 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 451/2019. Altera Lei no. 9394de 20 de dezembro de 1996 para dispor sobre assistência à adolescente grávida, em estado de puerpério ou lactante. Disponível em: https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2191134. Acesso em 1 de março de 2021.

BRASIL. Lei Nº9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 01 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Aleitamento materno e alimentação complementar.** 4. ed. Cadernos de Atenção Básica 23. Brasília-DF, 2015. p. 9

BRASIL. PL 451/2019. Altera a Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional - LDB, para dispor sobre a assistência à adolescente grávida, em estado de puerpério ou lactante. **Câmara dos Deputados.** Brasília, DF. Disponível em:https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2191134. Acesso em 01de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). **A creche como promotora da amamentação e da alimentação adequada e saudável:** Livreto para gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 36 p.

BRITO, Cynthia N. de O. et al. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 33, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100225&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 de janeiro de 2021.

CALIL, V. M. L. T.; FALCÃO, M. C. Composição do leite humano: o alimento ideal. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 82, n. 1-4, p. 1-10, 2003. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v82i1-4p1-10. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/62475. Acesso em: 6 de fevereiro de 2021.

CARVALHO, Marcus R. de.; KHOLER, Celina V. F. **Aconselhamento: a arte da escuta.** CARVALHO, M. R. de (Org.); GOMES, C. F. (Org.). Amamentação: bases científicas*.* 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 277-290.

CAVALCANTE, M.C.V. et al. Psychological distress and mother-child relationship: influence of life context on a population sample (BRISA) through the use of directed acyclic graphs (DAG). **Braz J Med. Biol. Res**, Ribeirão Preto, v. 54, n.1, e10080,2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2021000100607&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de fevereiro de 2021.

CIRICO, Micheli Oliveira Vani; SHIMODA, Gilcéria Tochika; OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes de. Qualidade assistencial em aleitamento materno: implantação do indicador de trauma mamilar. **Rev. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 37, n. 4, e60546, 2016. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400413&lng=en&nrm=iso. Acesso em novembro de 2020.

COCA, K. P. et al. Efficacy of Low-Level Laser Therapy in Relieving Nipple Pain in Breastfeeding Women: A Triple-Blind, Randomized, Controlled Trial. **Pain Management Nursing**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.281-289, ago. 2016. Elsevier BV. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2016.05.003. Acesso em 10 de janeiro de 2021.

CREMONESE, Luiza et al. Apoio social na perspectiva da puérpera adolescente. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170088, ago 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400211&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 de março de 2021.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, Ribeirão Preto, vol. 20, No. 45, pp 123-131. Jan/abr 2010.

DURAND, Julia G.; SCHRAIBER, Lilia B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados**. Revista bras. epidemiol. São Paulo**, v. 10, n. 3, p. 310-322, set. 2007

FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva** v. 6, n. 2, p.151-163, abr. 2012. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 01 de novembro de 2020.

Franco, Túlio Batista e Hubner, Luiz Carlos Moreira. **Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?** Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe6, pp. 93-103. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/93-103/pt/#. Acesso em 10 de janeiro de 2020.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: CARVALHO, M. R. de; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GIUGLIANI, Elsa R. J. **Aleitamento Materno: Aspectos Gerais**. in: GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: http://www.ufrgs.br/pediatria/Repositorio/ppsca/bibliografia/aleitamento-materno/giugliani-aleitamento-materno-2013-aspectos-gerais-2013. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

GIUGLIANI, Elsa R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, supl. p. s147-s154, nov. 2004.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 de fevereiro de 2021.

GIUGLIANI, Elsa R. J.; SANTOS**,** Evanguella K. A. **Amamentação exclusiva**. In: CARVALHO, M. R. de (Org.); GOMES, C. F. (Org.). Amamentação: bases científicas*.* 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 37- 40.

GIUGLIANI, Elsa Regina J.; AMEIDA, Paulo V. B.; MONTEIRO, **Fernanda R. Política Nacional de Aleitamento Materno no Brasil.** 3.ed. São Paulo, SP. Atheneu, 2015, 539.

GONZÁLEZ REY, Fernando L. **O social na psicologia e a psicologia social**. Trad. de Vera Lúcia Mello Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GONZÁLEZ REY, Fernando L. **Subjetividade e saúde:** superando a clínica da patologia. São Paulo, SP: Cortez, 2011.

HEIDARI Z, KOHAN S, KESHVARI M. Empowerment in breastfeeding as viewed by women: A qualitative study. **J Educ Health Promot**. 2017 may 5;6:33. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28584833/ Acesso em 24 de janeiro de 2021.

HISTÓRIA DA RBLH: rBLH Brasil Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, 2010. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/historia. Acesso em 01 de março de 2021.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento sustentável.** Brasília, Ipea, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html. Acesso em: 01 de março de 2021.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de gênero e raça: chefia de família.** Brasília, Ipea, 2015. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_chefia_familia.html Acesso em 20 de fevereiro de 2021.

KALICHMAN, Artur O.; AYRES, José R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, ago 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 de março de 2021.

LEAL, M. C. et al**. Sumário Executivo Temático da Pesquisa** Nascer no Brasil Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. Disponível:http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf. Acesso em: 01 de março de 2021.

MATTOS, Ruben A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, set./out. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01 de março de 2021.

MERHY, Emerson E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**. Botucatu. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 6 de janeiro de 2021.

NASCIMENTO, Edinalva; LEONE, Cláudio; ABREU, Luiz Cláudio de; BUCCINI, Gabriela. Determinants off exclusive breastfeeding discontinuation in southeastern Brazil 2008-2013: a pooled data analysis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2016, p. 25-44.Disponível em https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/abs/determinants-of-exclusive-breastfeeding-discontinuation-in-southeastern-brazil-20082013-a-pooled-data-analysis/D911B40226BB6CBD78D839DE46817F6F. Acesso em 20 de dezembro de 2020.

OPAS/OMS. **Bebês e mães em todo o mundo sofrem efeitos da falta de investimentos em amamentação.** 01/08/2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5470:bebes-e-maes-em-todo-o-mundo-sofrem-efeitos-da-falta-de-investimentos-em- Acesso em 06 de janeiro de 2021.

POPE CJ, MAZMANIAN D. Breastfeeding and Postpartum Depression: **An Overview and Methodological Recommendations for Future Research**. Depress Res and Treat 2016; 2016: ID 4765310.

RAMOS, Carmen V.; ALMEIDA, João A.G. **Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo.** J. Pediatr. (Rio J.). Porto Alegre, v. 79, n. 5, p. 385-390, outubro de 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de março de 2020.

REGO, José D.; MARTINS F., José. **Evolução do Aleitamento Materno no Brasil**. 3.ed. São Paulo, SP. Atheneu, 2015.

ROLLINS, Nigel C *et al*. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? In: Epidemiologia e Serviços de Saúde: **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília, 2016.

SANTOS, L.; THIEME, R. D.; Programa de incentivo ao aleitamento materno em creches de Curitiba-PR: percepção dos profissionais da educação infantil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, 2019. Dez;2(2):85-96. Disponível em: http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/272/100. Acesso em: 01 de março de 2021.

SILVA, Catarine S. *et al*. Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 93, n. 4, p. 356-364, ago 2017.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000400356&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 de janeiro de 2021.

SOUZA, Sarah N. D. H. de; MELLO, Débora F. de; AYRES, José R. de C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1186-1194, junho de 2013.

SOUZA, Sarah N. D. H.; MELLO, Débora F.; AYRES, José R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1186-1194, jun. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de março de 2021.

TERUYA Keiko M.; BUENO, Laís G.S.; SERVA. Vilneide M.S.B. **Manejo da lactação.** In: REGO, JD. Aleitamento materno. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 137-57.

TERUYA, Keiko M.; COUTINHO, Sônia B. In: REGO, José D. **Sobrevivência infantil e aleitamento materno**. In: REGO, J.D. Aleitamento Materno. 3 ed. São Paulo, 2015.p. 15-31.

TESSARI, Willidiane et al. Percepção de mães e pais adolescentes sobre o aleitamento materno. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 10, n. 2, ago. 2019. ISSN 2357-707X. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1865. Acesso em: 2 de março de 2021.

VENANCIO, Sonia I.; MONTEIRO, Carlos A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 40-49, Abr 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000100005&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 11 Mar. 2021.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial.

VICTORA, Cesar G P. et al. Amamentação no século 21: Epidemiologia, mecanismos e efeitos ao longo da vida. In: Epidemiologia e Serviços de Saúde: **revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília, 2016. P.1-24

WERNET, Monika; MELLO, Débora F.; AYRES, José R. C. M. Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa em saúde. **Texto contexto - Enfermagem.** Florianópolis, v.26, n.4, p.1-8, Nov 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de janeiro de 2021.

ANEXO 1 – Submissão à Coordenadoria de Formação (COFORM) - SMS/PMS

PREFEITURA DE
Santos

SECRETARIA DE SAÚDE
COFORM-SMS
SEFORM
CAAPP

Santos, 21 de maio de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos que, após ter sido avaliado pelos pareceristas membros e aprovado em reunião ordinária do plenário da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão – CAAPP-SMS, conforme portaria 03/2020-SMS, a pesquisa intitulada "Estratégias em circunstância iminente de desmame precoce na perspectiva de uma linha de cuidados humanizada, em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Santos", sob responsabilidade de Quitéria da Silva Pájaro, foi considerada aprovada.

Ressaltamos que a pesquisa somente poderá ser iniciada após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP conforme resoluções 466/12, 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Destacamos que, devido às medidas adotadas para enfrentamento da crise do COVID19, esse documento segue apenas assinado por mim, sob autorização da presidente da CAAPP, Sra. Christiane Alves Abdala. Estando a ata da reunião de aprovação da pesquisa, arquivada nesta seção.

Christiane Alves Abdala
R. 21603-6
Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão

Chefe de Seção
R. 25.946-5
Seção de Formação e Capacitação

Rua Amador Bueno, 333- 14º andar – sala 1416 Centro Santos SP
CEP 11013-113 Tel. 3213 5127 coform.sms@santos.sp.gov.br

ANEXO 2 – Submissão ao Parecer pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde (CEP)

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS

Continuação do Parecer: 4.301.087

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as autores do projeto os riscos são: a. é possível que o entrevistado sinta algum constrangimento ou desconforto ao falar de suas percepções e práticas do trabalho. b. os assuntos podem trazer à tona alguns sentimentos e emoções vividos ao lidar com algumas situações.

Benefícios: Sua participação não lhe trará benefícios diretos. Por meio dessa pesquisa e sua participação, esperamos obter conhecimento que possa fornecer subsídios para uma linha de cuidados em rede quando identificados desafios relacionados ao aleitamento materno e risco de desmame precoce.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os itens apontados foram respondidos em carta anexada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com carta enviada pela pesquisadora que indicou que o projeto não começou e em anexo o cronograma foi ajustado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O item indicado foi justificado e ajustado em carta anexada a Plataforma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo a Resolução 466/2012 e da 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o recurso apresentado foi analisado por um relator e, em concordância do coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, o projeto é considerado Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	21/09/2020 10:40:51		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RECURSO_CEP.pdf	21/09/2020 10:40:19	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_DE_PESQUISA_CEP2_SET.pdf	21/09/2020 10:30:07	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
Cronograma	cronograma atualizado setembro.pdf	21/09/2020 10:27:36	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1565426.pdf	03/09/2020 20:35:42		Aceito

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS

Continuação do Parecer: 4.301.087

Outros	CARTA_DE_RESOLUCAO_DE_PENDENCIAS_APONTADAS_PELO_CEP.pdf	30/08/2020 23:05:15	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	30/08/2020 22:44:47	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	30/07/2020 22:38:09	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
Outros	Termo_de_Consentimento_da_Unidade_para_entrevista_presencial.pdf	30/07/2020 21:29:34	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
Outros	Termo_de_Consentimento_da_Unidade_assinado.pdf	30/07/2020 21:25:54	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PREENCHIDA.pdf	15/06/2020 19:39:25	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.	28/05/2020 14:08:44	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COMPROMISSO.pdf	28/05/2020 13:35:15	QUITERIA DA SILVA PAJARO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SANTOS, 26 de Setembro de 2020

Assinado por:
Cezar Henrique de Azevedo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

ANEXO 3 - "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno "

Todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a recém-nascidos deveriam:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;

2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;

3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;

4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento;

5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;

6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;

7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia.

8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda;

9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;

10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta, no hospital ou ambulatório.

ANEXO 4 - Critério Global Cuidado Amigo da Mulher

PORTARIA Nº 1.153, DE 22 DE MAIO DE 2014

Requer as seguintes práticas:

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal;

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

Parágrafo único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Roteiro para entrevistas semiestruturadas da pesquisa qualitativa com Profissionais da Saúde

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____

O que faz (trabalho/profissão, estudos)? _____

Onde mora? _____ Com quem mora?_____

Você estudou até que série? _____

Você classifica sua cor da pele como:

( ) Parda / ( ) Preta / ( ) Branca / ( ) Amarela / ( ) Indígena /

( ) Outra. Qual? _____

Você tem religião? Qual? _____

Podemos entrar em contato posteriormente? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual o número do seu whatsapp? _____

Devemos tomar algum cuidado quando ligar ou escrever mensagem, de forma a não prejudicá-la?

( ) Sim, qual?_____ ( ) Não

Aceita gravar a entrevista? ( ) Sim ( ) Não

Observações:

Entrevista com profissionais envolvidos na promoção do aleitamento materno e manejo do desmame precoce iminente	
TÓPICOS	FINALIDADE
Prática profissional e identificação com a promoção do aleitamento materno 1a. Como tem sido a rotina diante dessa realidade da Covid 19? Que adaptações ocorreram nas ações? 1b. Sempre esteve envolvido com a promoção do aleitamento materno? 1c. O que significa para você o aleitamento materno?	1 a Pergunta inicial disparadora para mobilizar a entrevista e contextualizar com a emergência sanitária. Nas perguntas 1b e 1c, explorar: Identificação do profissional com o tema Satisfação com o trabalho
Visitas domiciliares (mais específicas para agentes comunitários de saúde) 2 a. Como é a abordagem em relação ao aleitamento materno durante as visitas? 2 b. Como a pandemia interferiu nessa abordagem? Que adaptações foram feitas? 3 a. Qual a conduta adotada quando a mulher refere alguma dificuldade para amamentar? 3 b. Sente que a pandemia dificultou o aleitamento materno?	Explorar: De que forma o profissional que tem convívio próximo exerce o papel de mediador em relação ao aleitamento materno Como a promoção do aleitamento materno foi afetada com a pandemia para esses profissionais.

Percepção de quem são as mulheres que enfrentam dificuldades para amamentar 3. Quais dificuldades para amamentar as mulheres têm comumente relatado?	Explorar: Diferenças das mulheres quanto a: escolaridade, número de filhos, cor da pele, religião; Quais aspectos têm prevalecido nas dificuldades e desafios relatados
4. Como se sentem ao ouvir relatos das dificuldades das mulheres?	Explorar: O sofrimento do profissional
Manejo em situações excepcionais. 5 a Quais desafios encontra para reverter o desmame precoce iminente? 5 b. Que estratégia considera mais eficaz ao lidar?	Explorar: Estratégias; Normativa; Vínculos.
Gostaria de compartilhar alguma experiência exitosa?	Explorar: O quanto a resolutividade afeta o profissional envolvido

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) para participantes durante pesquisa qualitativa com profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do Valongo.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **Estratégias em circunstância iminente de desmame precoce na perspectiva de uma linha de cuidados humanizada, em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Santos.**

Eu, Quitéria da Silva Pájaro, aluna regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Católica de Santos, sou a responsável pela pesquisa e por apresentar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisa está em conformidade com Normativas Éticas de Pesquisa com Seres Humanos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de dezembro de 2012 e Resolução Nº 510 DE 7 DE ABRIL DE 2016.

Por que a pesquisa está sendo proposta?

A pesquisa ocorrerá junto aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família do Valongo a fim de analisar quais são as percepções e como se dão as ações, estratégias e como se organiza o serviço para lidar com situações excepcionais de desmame precoce iminente. O estudo tem finalidades acadêmicas e divulgação científica de resultados. A pesquisa com profissionais da Saúde da Família pode trazer uma nova perspectiva, por trabalharem numa interação com os usuários e com acompanhamento das puérperas e possuírem uma vivência mais ampliada dos desafios e possibilidades da comunidade assistida. Essa experiência em prol do aleitamento materno pode colaborar para uma percepção mais ampla que possa embasar uma melhor integração na rede e fornecer subsídios para elaboração de políticas públicas de saúde.

Caso aceite participar, você será entrevistado (a) individualmente. As entrevistas ocorrerão presencialmente, conforme acordado com o chefe da unidade, seguindo todos os protocolos de biossegurança para evitar a disseminação da Covid-

19, como aferição de temperatura, paramentação adequada (Equipamento de Proteção Individual), uso de máscaras, assepsia das mãos e distanciamento físico. Estas entrevistas serão conduzidas pela pesquisadora acima citada com privacidade e serão gravadas e posteriormente transcritas integralmente. A duração das entrevistas será em torno de 50 minutos. Nessa oportunidade serão abordados assuntos referentes à prática profissional relacionada ao aleitamento materno, os vínculos estabelecidos com as puérperas e experiências quanto à prevenção do desmame precoce e melhores estratégias para lidar.

Quanto aos riscos e benefícios da participação na pesquisa:

Riscos: É possível que sinta algum constrangimento ou desconforto ao falar de suas percepções e práticas do trabalho. Os assuntos podem trazer à tona alguns sentimentos e emoções vividos ao lidar com algumas situações**. Benefícios**: Sua participação não lhe trará benefícios diretos. Por meio dessa pesquisa e sua participação, esperamos obter conhecimento que possa fornecer subsídios para uma linha de cuidados em rede quando identificados desafios relacionados ao aleitamento materno e risco de desmame precoce.

Confidencialidade

A Unidade de Saúde da Família será citada, mas seu nome ou qualquer informação que possa identifica-lo pode ser omitido se assim preferir. Os registros obtidos só serão acessados pelas pessoas envolvidas na pesquisa, minimizando riscos de quebra de confidencialidade.

Essa pesquisa resultará em uma dissertação, portanto será lida por outras pessoas. Será elaborado um produto a partir dessa pesquisa. Você poderá ter acesso a ambos, caso deseje.

Quanto ao caráter voluntário

Sendo o caráter de participação voluntária, não haverá custo algum para o participante, tampouco qualquer tipo de pagamento. Você tem total liberdade de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, assim como de adequar o meio pelo qual ocorrerá a entrevista, de presencial para telefônica ou por meio de plataforma online, conforme lhe for mais conveniente.

Você terá direito a acessar os dados parciais da pesquisa, bem como quando da publicação dos resultados.

Os dados serão mantidos pelo pesquisador por até cinco anos, após isso poderão ser destruídos ou guardados na instituição.

Em caso de dúvidas, reclamações ou denúncias:

Será assegurada assistência durante a pesquisa. Poderá esclarecer as dúvidas com a pesquisadora agora ou quando julgar necessário.

Pesquisadora responsável: Quitéria da Silva Pájaro.

Endereços :Rua Ministro Agamenon Magalhães, sem número, Jardim Castelo-Santos, Complexo Hospitalar da Zona Noroeste.

Telefone para contato: (13) 98191 8544 e e-mail: quiteria.tec@gmail.com

Pode ainda consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (CEP/UNISANTOS) situado no Campus Dom Idílio, na avenida Conselheiro Nébias, 300, Vila Mathias, Santos - SP

Telefone: 13) 32055555 ou ainda o e-mail:comet@unisantos.br

Fui esclarecida quanto aos propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem adotados, as garantias de meu direito de voluntária, de confidencialidade e esclarecimentos de dúvidas posteriores, bem como nenhum benefício direto ou pagamento por minha participação. Receberei uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Concordo em participar voluntariamente desse estudo, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou penalidade

Autorizo a pesquisadora a entrar em contato comigo por meio de telefone, e-mail ou por plataforma online, caso necessário.

Santos,_, de _____ de 2020.

Nome do participante(voluntário):

RG:_____CPF:_____

Data de nascimento: ____/_____/_____ Sexo:_____

Assinatura do participante:_____

Declaro que a obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido para participação do entrevistado foi feito de forma voluntária.

Responsável pela pesquisa: Quitéria da Silva Pájaro

Assinatura:_____

APÊNDICE C – PRODUTO FINAL

Podcast como material informativo na proteção e apoio ao Aleitamento Materno

Quitéria da Silva Pájaro

Santos

2021

INTRODUÇÃO

O produto planejado é articulado com as políticas públicas de saúde materno-infantil, especialmente em relação ao nível de Atenção Primária. Visa como impacto contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à dimensão subjetiva do aleitamento materno. Quanto às mulheres como público, espera-se que possam reconhecer e entender suas dificuldades relacionadas ao aleitamento materno e busquem assistência qualificada.

A pesquisa foi desenvolvida em território de alta vulnerabilidade social, semelhantes a algumas regiões do município, porém, revelou algumas dificuldades que podem ser comuns mesmo em outras realidades sociais. O produto é de abrangência local, mas sua replicabilidade pode ser reconstituída. Vem oferecer uma alternativa para atender a uma demanda por necessidade de circulação de informação e articulação na rede de saúde. O uso de tecnologia digital é coerente com a realidade atual, sendo o podcast proposto uma ferramenta a favorecer a disponibilidade de informação qualificada em curto espaço de tempo, com fácil acesso, de baixa complexidade e efetiva comunicação.

APRESENTAÇÃO

A amamentação traz benefícios para a mãe e a criança, que por sua importância para a saúde, é considerado uma questão de saúde pública. Sendo o aleitamento materno multifatorial, nem sempre é seguida a recomendação de aleitamento materno exclusivo por seis meses. Frequentemente os serviços e os profissionais de saúde se deparam com situações que podem levar ao desmame. Com esse enfoque, o estudo “Estratégias em circunstância iminente de desmame precoce, na perspectiva de uma linha de cuidados humanizada uma Unidade de Saúde da Família do município de Santos”, objetivou analisar como os profissionais de saúde manejam o desmame precoce iminente.

Os profissionais participantes da pesquisa referiram dificuldades das mulheres em aleitar, como também suas limitações para atuação a fim de dar respostas às necessidades delas. Uma das limitações diz respeito às poucas oportunidades de

capacitação para o manejo do aleitamento materno. O contexto de Covid-19 tem potencializado essas circunstâncias, por exigir medidas que impedem aglomerações comuns nas capacitações presenciais, o que fez com que as ações educativas proporcionadas pelo Grupo Técnico de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal de Saúde de Santos fossem interrompidas na Atenção Básica de Santos. Essa realidade evidenciou urgência em adaptar as capacitações a fim de possibilitar aos profissionais melhor preparo para dar respostas adequadas às necessidades do binômio mãe-bebê.

O Grupo Técnico de Aleitamento Materno atua primordialmente na Educação Permanente dos profissionais envolvidos na promoção, apoio e proteção do Aleitamento Materno, mas têm realizado ações educativas voltadas às mães, como produção de material informativo impresso esclarecendo quanto à gravidez e aleitamento materno durante a pandemia da COVID e atendimento telefônico respondendo às dúvidas das mães quanto à amamentação. Planeja-se a elaboração de grupos em redes sociais para divulgação de informações para profissionais e mães e futuro canal em plataforma digital para armazenar vídeos com orientações.

Sendo assim, o produto a ser desenvolvido é uma das ferramentas que integrará o repertório de produtos e ações, a ser usada para divulgação, reforço do conhecimento e sensibilização quanto aos fatores que envolvem o aleitamento materno. Fundamentado nos resultados dos estudos realizados, pensou-se em uma proposta para facilitar a obtenção e compartilhamento de conhecimento para o manejo do aleitamento materno, por meio da Educação Permanente e da disponibilização das mães.

Público Alvo:

- Profissionais de saúde envolvidos no cuidado materno infantil;
- Profissionais que não atuam com cuidado materno infantil, mas que desejam reforçar/ampliar conhecimentos;
- Gestantes e puérperas.

Objetivo geral

Capacitar profissionais de saúde como parte das ações de Educação Permanente do Grupo Técnico de Aleitamento Materno, e como parte integrante das ações educativas do GT de aleitamento.

Objetivos específicos

- Disponibilizar meio alternativo de acesso e aprimoramento do conhecimento em aleitamento materno e as dificuldades envolvidas;
- Sensibilização quanto aos fatores que envolvem o aleitamento materno, fundamentado nos resultados dos estudos e análises realizados.

Sobre o instrumento:

Trata-se da elaboração de podcasts por meio de aplicativo de áudio, em que um ou mais profissionais especializados em aleitamento materno discorrem por cerca de 15 a 20 minutos. Serão produzidos inicialmente 4 podcasts e aumentado o número de temas, de acordo com a demanda. Esses podcasts serão disponibilizados por meio de aplicativos e redes sociais.

De acordo com as categorias e dificultadores encontrados na pesquisa, foram escolhidos os seguintes temas:

1º Primeiros dias de lactação.

a) A importância do colostro.

Finalidade: Desmistificar possível crença de que seria um alimento de menor valor.

b) Capacidade gástrica do bebê.

Finalidade: Esclarecer o hábito do bebê realizar muitas mamadas no início da vida e desmistificar a possível crença de que o leite materno não seria o suficiente.

c) Dificuldades iniciais da amamentação

Finalidade: Sensibilizar o profissional quanto às dificuldades das mulheres e a importância de apoia-las.

2º Dores psíquicas e dores físicas

Finalidade 1: Sensibilizar os profissionais para um olhar empático e atento para um cuidado multidisciplinar.

Finalidade 2 (para as mulheres): disponibilizar conhecimento que possibilitem identificação e compreensão sobre as possíveis alterações que estejam vivenciando. Alerta para busca de ajuda profissional.

3º Lesões e Intercorrências Mamárias

Finalidade: Disponibilizar conhecimento que possibilite prevenir e tratar possíveis intercorrências.

4º Técnicas de aconselhamento (específico para os profissionais).

Finalidades: Compartilhar técnicas que favoreçam comunicação horizontal em que a mulher tenha aumentada sua autoconfiança. Possibilitar que as necessidades das mulheres sejam percebidas.

REFERÊNCIAS

ARANTE, F. O. Associação entre depressão puerperal e confiança materna em mulheres com histórico de depressão na gravidez. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 84. 2017.

ALBERNAZ, Elaine, VICTORA, Cesar G. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. Pelotas, RS, v.14, n.1, p.17-24, jan 2003.

GIUGLIANI, Elsa R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 80, n. 5, supl. p. s147-s154, Nov. 2004.

TERUYA K. M.; BUENO, Laís G.S.; SERVA. Vilneide M.S.B. Manejo da lactação. In: REGO, JD. Aleitamento materno. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 137-57.

TERUYA, Keiko M.; COUTINHO, Sônia B. In: REGO, José D. Sobrevivência infantil e aleitamento materno. In: REGO, J.D. Aleitamento Materno. 3 ed. São Paulo, 2015.p. 15-31.