

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL

Prática do enfermeiro na promoção do aleitamento materno para  
adolescentes

Ribeirão Preto  
2010

CAROLINE CÂNDIDO GARCIA LEAL

Prática do enfermeiro na promoção do aleitamento materno para  
adolescentes

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital

Orientadora: Flávia Azevedo Gomes

Ribeirão Preto  
2010

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

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Leal, Caroline Cândido Garcia

Prática do enfermeiro na promoção do aleitamento materno para adolescentes. Ribeirão Preto, 2010.

113 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Materno-Infantil.

Orientadora: Gomes, Flávia Azevedo.

1. Adolescente. 2. Aleitamento materno. 3. Atenção integral à saúde. 4. Profissionais da saúde.

Caroline Cândido Garcia Leal

Prática do enfermeiro na promoção do aleitamento materno para adolescentes

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em ...../ ...../ .....

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho...*

*Aos meus pais, Janio e Genuefa, que sempre, com muito amor, me incentivaram e apoiaram durante toda a minha vida. Obrigada pelo exemplo de vida!*

*Ao Tiago, meu grande amor, companheiro e amigo, que compartilha comigo esta grande conquista. Obrigada pelo apoio incondicional e por ser tão solidário!*

*Às minhas irmãs, Jacqueline e Aline, que sempre estiveram em meu coração. Amo vocês!*

## MEUS AGRADECIMENTOS

*A Deus, pelo dom da vida, por ser a luz do meu caminho, por estar sempre comigo e pelas oportunidades concedidas.*

*À querida Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes que me orientou para a concretização deste trabalho, pelo exemplo de competência, pela amizade e carinho. Obrigada por seus valiosos ensinamentos, os levarei por toda minha vida!*

*À minha família (avós, tios, primos) que sempre estiveram em meu coração.*

*À minha família, Néia e Fausto, meus sogros, por compartilharem este momento tão importante em minha vida e por saber que posso contar sempre com vocês!*

*Aos amados Mariana e Karl, meus cunhados, pela certeza de poder contar sempre com vocês, apesar da distância. Obrigada pela contribuição especial para este trabalho.*

*Ao meu primeiro sobrinho e afilhado, o pequeno Lucas, que proporciona momentos felizes, apesar da distância.*

*À minha eterna amiga e Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro, pelos momentos de alegria, carinho e contribuição importante para a realização deste trabalho.*

*Às minhas queridas e eternas amigas, Maria Angélica Esser e Christiane Adamí, pela cumplicidade, pelos momentos de alegria e de estudos.*

*À querida e verdadeira amiga Margareth, por compartilhar comigo este momento e pela contribuição especial para este trabalho.*

*À Aidê, Danielle, Fabíani, Mariana e Zigmar, pela amizade verdadeira, pelo carinho e por compartilharem momentos importantes de minha vida.*

*À Profa. Dra. Alessandra Mazzo, obrigada pelo incentivo constante na busca de novos desafios.*

*À Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano e à Profa. Dra. Marlí Vilela Mamede, pelas importantes contribuições oferecidas no Exame de Qualificação.*

*À Profa. Dra. Ana Maria de Almeida, por me incentivar e ser exemplo de competência.*

*À Shirley, pela forma carinhosa e atenciosa com que me recebe em sua sala, na Pós-graduação do MISP.*

*Aos profissionais enfermeiros das Unidades de Saúde de Ribeirão Preto que contribuíram para a construção deste trabalho.  
Obrigada pela acolhida.*

*À Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, por permitir a realização deste estudo.*

*A boa madeira não cresce com sossego;  
quanto mais forte o vento,  
mais fortes as árvores.*

*J. Willard Marriott*



## RESUMO

LEAL, C. C. G. **Prática do enfermeiro na promoção do aleitamento materno para adolescentes**. 2010. 113f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade da criança e a oferta do leite materno até os dois anos de idade ou mais são consideradas fundamentais para a qualidade da saúde e de vida da criança, com benefícios também para a mãe e família. Porém, os índices de desmame ainda são elevados, sendo agravados quando a mãe é adolescente. Os profissionais da saúde, por meio de suas ações, podem influenciar o início e a manutenção da amamentação. Portanto, este estudo apresenta como objetivo conhecer as práticas dos enfermeiros que atuam na rede municipal da saúde de Ribeirão Preto (SP) em relação à promoção do aleitamento materno para gestantes e/ou mães adolescentes. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida com 12 enfermeiras que atuavam nas Unidades de Saúde do Distrito Sul do município de Ribeirão Preto. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e de observação da prática das enfermeiras, após consentimento livre e esclarecido. As observações foram registradas em diário de campo, e o conteúdo das entrevistas foi transcrito e analisado de acordo com a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, sob o referencial teórico da integralidade. Os resultados revelaram três temas: 1) Trabalho centrado na técnica, no recomendado e no biológico; 2) Cotidiano do serviço de saúde na atenção à gestante e/ou mãe adolescente; 3) Relação profissional de saúde e gestante e/ou mãe adolescente. O primeiro tema revelou que o trabalho do profissional é orientado pelo modelo biomédico, em que as ações de saúde concentram-se, essencialmente, na atenção às mamas, na técnica da amamentação, em protocolos do serviço de saúde, distanciando-se das necessidades mais amplas das adolescentes. A educação em aleitamento materno segue o modelo tradicional, com abordagem de temas preestabelecidos e utilização de materiais educativos. O segundo tema mostrou que as enfermeiras contam com parcerias intra e extrainstitucionais, se mobilizam na busca de outros saberes para complementarem suas ações, porém a comunicação entre os trabalhadores ocorre por meio de agendamentos e encaminhamentos para outros profissionais. O atendimento de enfermagem se dá por meio de consultas e visitas domiciliares e parece seguir uma padronização. A preocupação da enfermeira, durante a puericultura, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. As orientações em aleitamento materno ocorrem durante o pré-natal e no momento do teste do pezinho. A atenção pré-natal revelou o acolhimento de forma sutil, com aproximações e distanciamentos da perspectiva da integralidade. O terceiro tema apontou que a enfermeira respeita a decisão da mulher sobre a amamentação, que ela está disposta a ouvir a adolescente, explicar e orientar mais as adolescentes acerca do aleitamento materno, porém sua prática está permeada por juízo de valores. Consideramos que são necessárias capacitação e educação permanentes em aleitamento materno, visando a um novo perfil de enfermeiros para a atenção integral das necessidades das adolescentes, no ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Adolescente. Aleitamento materno. Atenção integral à saúde. Profissionais da saúde.

## ABSTRACT

LEAL, C. C. G. **Practice nurses in the promotion of breastfeeding for adolescents**. 2010. 113f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

The practice of exclusive breastfeeding until six months old child and the supply of milk up to two years of age or older is considered essential for the health and quality of life of children, with benefits also for the mother and family. However, weaning rates are still high and is exacerbated when the mother is a adolescent. Health professionals, through their actions, can influence the initiation and maintenance of breastfeeding. Therefore, this paper is intended to acknowledge the practice of nurses working in the network of the Municipal Health Department of Ribeirão Preto (SP) for the promotion of breastfeeding for mothers and / or pregnant women adolescents. This is a descriptive qualitative approach, developed with 12 nurses who worked in the Health Units for the Southern District of Ribeirão Preto. Data were collected through semi-structured interviews and observation of practice nurses, after informed consent. The observations were recorded in the field diary and the interviews were transcribed and analyzed according to the analysis technique of thematic content, under the theoretical integrality. The results revealed three themes: 1) Work focused on technique, in the recommended and biological, 2) Daily of the health service in the care of pregnant women and / or adolescent mother, 3) Relationship of health professionals and pregnant and / or adolescent mother. The first theme revealed that the professional work is guided by the biomedical model, in which health actions are concentrated primarily in the care of breasts, the breastfeeding techniques, protocols of the health service, away with the more ample of adolescents. A breastfeeding education follows the traditional model, the approach of pre-established themes and use of educational materials. The second theme revealed that nurses rely on partnerships within and outside institutions, are mobilized in pursuit of other knowledge to complement their actions, however, the communication between workers is through appointments and referrals to other professionals. The nursing care is done through consultations and home visits and seems to follow a pattern. The concern of the nurse during the child is with the assessment and vaccination of the newborn. The guidelines on breastfeeding occur during the prenatal and the time of newborn screening. The prenatal care revealed in a subtle way of reception, with approaches in and distancing of view of integrality. The third theme showed that the nurse respects a woman's decision about breastfeeding, she is willing to listen to the adolescent, explain and guide more adolescents regarding breastfeeding, but its practice is permeated by value judgments. We believe it is necessary training and continuing education in breastfeeding, seeking a new profile of nurses in the comprehensive care needs of adolescents during pregnancy and postpartum period.

Keywords: Adolescent. Breastfeeding. Comprehensive health care. Health professionals.

## RESUMEN

LEAL, C. C. G. **Practica del enfermero en la promoción de la lactancia materna en adolescentes.** 2010. 113f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2010.

La práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad en el niño y el ofrecer leche materna hasta los dos años de edad o más, se considera fundamental para la salud y la calidad de vida del niño, con beneficios tanto para la madre como para la familia. Sin embargo los índices de desmame todavía son elevados, agravándose cuando la madres son adolescentes. Los profesionales de salud, por medio de sus acciones pueden influenciar el inicio y el mantenimiento de la lactancia. Por tanto, este estudio presenta como objetivo conocer la práctica de los enfermeros que actúan en la red Municipal de salud de Ribeirao Preto (SP) en relación a la promoción de la lactancia materna para gestantes y de madres adolescentes. Se trata de una investigación descriptiva de abordaje cualitativo, desarrollado con 12 enfermeras que actuaron en las Unidades de Salud del Distrito Sur del Municipio de Ribeirao Preto. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista semiestructurada y de la observación práctica de las enfermeras, después de firmar el término de libre consentimiento informado. Las observaciones fueron registradas en el diario de campo y el contenido de las entrevistas fue transcrito y analizado de acuerdo con la técnica de análisis de contenido, modalidad temática, sobre el referencial teórico de la integridad. Los resultados revelaron tres temas: 1) Trabajo centrado en la técnica, según lo recomendado y lo biológico; 2) Cotidiano del servicio de salud en la atención a la gestante y madre adolescente; 3) Relación profesional entre el profesional de salud y la gestante y/o madre adolescente. El primer tema revelo que el trabajo del profesional es orientado por el modelo biomédico, en que las acciones de salud se concentran esencialmente en la atención a las mamas, en la técnica de lactancia, en protocolos del servicio de salud distanciándose de las necesidades más amplias de las adolescentes. La educación sobre la lactancia materna sigue el modelo tradicional, con un abordaje de temas preestablecidos y la utilización de materiales educativos. El segundo tema mostró que las enfermeras cuentan con la participación intra y extra institucional, se movilizan en la búsqueda de otros saberes para complementar sus acciones, la comunicación entre los trabajadores ocurre por medio de agenda y encaminar para otros profesionales. La atención de la enfermera se da por medio de consultas, visitas domiciliarias y parece seguir un padrón. La preocupación de la enfermera durante la puericultura, es con la evaluación y vacunación del recién nacido. Las orientaciones sobre lactancia materna ocurren durante el control prenatal y en el momento del test del piecito. La atención prenatal revelo un acogimiento de forma sutil, con aproximaciones y distanciamientos desde la perspectiva de la integralidad. El tercer tema apuntó que la enfermera respeta la decisión de la mujer sobre la lactancia, y que, la enfermera está dispuesta a oír a la adolescentes, explicar, orientar más acerca de la lactancia materna, por tanto su práctica está restringida al juicio de valores. Consideramos que es necesario la capacitación y educación permanente sobre lactancia materna, mostrando un nuevo perfil de los enfermeros para la atención integral de las necesidades de las adolescentes en el ciclo gravídico puerperal.

Palabras llave: Adolescente. Lactancia materna. Atención integral en salud. Profesionales de salud.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1 Situação do aleitamento materno no Brasil e no mundo .....	16
1.2 Maternidade na adolescência e a prática do aleitamento materno.....	20
1.3 O enfermeiro frente à promoção do aleitamento materno para adolescentes.....	22
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
2.1 Objetivo geral .....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>29</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
4.1 Desenho do estudo.....	34
4.2 Local do estudo.....	34
4.3 Participantes da pesquisa .....	37
4.4 Coleta de dados.....	37
4.5 Análise dos dados .....	39
4.5.1 Pré-análise .....	40
4.5.2 A exploração do material.....	41
4.5.3 Tratamento dos dados obtidos e interpretação .....	41
4.6 Procedimentos éticos da pesquisa .....	41
4.7 Estudo-piloto .....	42
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
5.1 Caracterização das participantes do estudo .....	44
5.2 Prática das enfermeiras na promoção do aleitamento materno para gestantes e/ou mães adolescentes.....	48
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>111</b>

# ***Apresentação***

---

## APRESENTAÇÃO<sup>1</sup>

Ao cursar o “Ensino Médio”, no período de 1994 a 1996, ainda tinha dúvidas sobre qual curso escolheria para a minha vida profissional, tinha uma afinidade pela área de ciências biológicas e sabia que queria algo na área da saúde. Então, resolvi fazer um ano (1997) preparatório para o vestibular, enquanto decidiria.

Diante de várias possibilidades, escolhi a Enfermagem que me possibilitou realização pessoal e profissional. Optei pelo curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Iniciei o curso em 1998 e me encantei com a enfermagem e com todas as suas áreas de atuação. Mas, no último ano (2001) do curso, ao realizar estágio na área de Saúde da Mulher, descobri o que realmente me trazia satisfação: assistir e cuidar da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Ao terminar o curso de graduação, não tive dúvida, optei por fazer dois anos de residência em Enfermagem Obstétrica e Neonatal na mesma Universidade e desenvolvi a monografia intitulada: “Aspectos socioculturais da gestação na adolescência: revisão da literatura”, cuja orientadora (Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes) foi fundamental para o meu crescimento e amadurecimento científico.

Após o término da pós-graduação, resolvi que queria trabalhar, não importando a área. Então, iniciei minha vida profissional em um hospital particular em Ribeirão Preto. Esse hospital realizou parceria com uma Universidade particular de Ribeirão Preto e devido a essa parceria, recebi um convite para supervisionar o estágio dos alunos de graduação desta Universidade. Surgia, então, outra paixão: a educação, que tem relação direta com a área científica. Agora sim, sentia-me plenamente realizada! Porém, sabia que estava diante de um grande desafio: ser professora universitária.

Portanto, com apoio da coordenadora da Universidade, decidi seguir a carreira acadêmica. Senti necessidade de continuar estudando e me aperfeiçoando na área de Saúde da Mulher, pois também supervisionava estágio em Unidades de Saúde de Ribeirão Preto.

Ao acompanhar os alunos em consultas de enfermagem às mulheres, observei quão grande era o número de adolescentes grávidas e conseqüentemente de mães adolescentes.

---

<sup>1</sup> Esta dissertação foi revisada seguindo a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

Essas mães adolescentes apresentavam muitas dificuldades em amamentar. Então, durante as consultas de enfermagem, percebi que existia a necessidade de uma atuação e atenção especial do enfermeiro destinada a esse grupo de mulheres. Surgiu, assim, a inquietação a respeito de como se dá o atendimento do enfermeiro para a gestante e para a mãe adolescente com relação ao aleitamento materno, considerando que essa mulher apresenta particularidades/especificidades que deveriam ser levadas em consideração pelo enfermeiro.

A ideia inicial deste estudo era traduzir e validar um instrumento norte-americano sobre o conhecimento dos enfermeiros acerca das mães adolescentes que amamentam. Porém, ao analisarmos profundamente o referido instrumento, este não condizia com a nossa realidade e não responderia às nossas indagações. O instrumento foi descartado, mas a temática permaneceu, agora com vistas a primeiramente fazer uma aproximação com os profissionais que atuam no atendimento às mulheres adolescentes.

Tendo em vista a importância da promoção e manutenção do aleitamento materno para evitar o desmame precocemente, começamos a delinear este estudo que tem como finalidade conhecer as práticas dos enfermeiros em relação à promoção do aleitamento materno para gestantes e mães adolescentes.

# ***1 Introdução***

---



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Situação do aleitamento materno no Brasil e no mundo

A forma mais segura, eficaz e completa de alcançar crescimento e desenvolvimento adequados de um bebê até o sexto mês de vida é garantir o aleitamento materno exclusivo (AME). Esta prática alimentar é o padrão-ouro para lactentes nessa faixa etária (SANTIAGO et al., 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a amamentação exclusiva e sob livre demanda até os seis meses de idade. A partir dos seis meses, recomenda-se que a criança comece a receber outros alimentos, mas que mantenha a amamentação até os 24 meses ou mais, acrescida de outras fontes nutricionais. Juntos, o leite materno e os alimentos complementares são fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança (BROWN; RAYNOR; LEE, 2009; GIUGLIANI, 2004).

Dentre os benefícios para o bebê, trazidos pela prática da amamentação, podemos citar: prevenção contra doenças infecciosas e diarreicas; proteção contra alergias; favorecimento no crescimento e desenvolvimento intelectual, redução dos riscos para obesidade infantil, diabetes tipos I e II, entre outros, além de intensificar o vínculo entre mãe e filho. Não obstante, notam-se também os benefícios econômicos para a família que utiliza o aleitamento materno (AM) e as vantagens para a mulher, como menores possibilidades de desenvolver câncer de mama, maior rapidez na involução uterina e proteção contra a gravidez nos primeiros meses após o parto, nos casos de AME (ALMEIDA et al., 2008; HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008).

Estudos têm sido desenvolvidos em vários países do mundo para caracterizar o perfil do aleitamento materno.

Estudo internacional de Pérez-Escamilla (2003), em meados das décadas de 1980 e 1990, ao examinar tendências na duração da amamentação em seis países da América Latina (inclusive o Brasil) e Caribe, apontou que cinco países apresentaram aumento nos índices de amamentação, tanto em áreas rurais quanto urbanas e que a duração do aleitamento materno aumentou entre mulheres com mais escolaridade e declinou entre mulheres com menor escolaridade. Este aumento na duração do AM é explicado, em parte, por políticas de proteção e promoção ao aleitamento materno.

Mané et al. (2006) investigaram 12.208 crianças nascidas entre 1987 e 1997 de uma área rural de Senegal (África) e encontraram que menos de 1% das crianças nunca foi amamentada antes dos 15 meses de idade. A morte materna foi a principal razão para o desmame precoce, especialmente entre crianças menores de nove meses de idade (77%).

Callen e Pinelli (2004), em seus estudos de revisão bibliográfica, verificaram a incidência e duração da amamentação em crianças nascidas a termo no Canadá, Estados Unidos, Europa e Austrália e revelaram que existem diferenças consistentes em aleitamento materno entre estes países. A Europa e a Austrália informaram um aumento na iniciação e duração da amamentação, quando comparadas com Canadá e Estados Unidos. Este último apresentou a mais baixa taxa de iniciação da amamentação. Os autores revelaram também que mulheres que iniciam e continuam a amamentar são as mais velhas, casadas e com maior nível educacional.

Assim, aumentar a taxa de amamentação exclusiva e a duração do tempo de aleitamento materno tem sido um desafio em todo o mundo, devido à complexidade que envolve a amamentação, e em especial no Brasil em que a desnutrição infantil se constitui em importante causa básica ou associada de óbitos (ARAÚJO et al., 2003; JAVORSKI; SCOCHI; LIMA, 1999; VIEIRA; SILVA; BARROS FILHO, 2003).

Em décadas anteriores aos anos de 1970, não existiam estudos nacionais com população sadia que documentassem os índices de aleitamento materno no Brasil (REA, 2003). Desta forma, iniciou-se um movimento de resgate à cultura da amamentação, na tentativa de aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo, nos primeiros seis meses de vida (GOMES, 2005).

Vários estudos têm sido desenvolvidos em diferentes regiões do país para caracterizar o perfil do aleitamento materno nestas áreas com a finalidade de subsidiar ações locais de promoção da amamentação e avaliar o impacto das ações pró-aleitamento materno (CECCHETTI; MOURA, 2005).

Os números da última pesquisa realizada em 2008, em dia nacional de campanha de vacinação e publicada pelo Ministério da Saúde, sobre a prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, revelaram que a prevalência do AME em crianças menores de seis meses foi de 41,0%. Em menores de quatro meses foi de 51,2%, mostrando aumento em relação à pesquisa de 1999 que era de 35,5%. Observa-se que a duração mediana de amamentação (exclusiva e não exclusiva) passou de 2,2 meses, em 1975, para 5,5 meses, em 1989, sete meses em 1996, para 9,9 meses, em 1999 e em 2008 foi de 11,2 meses. Comparando a duração média de aleitamento materno com os dados da pesquisa de

1999, que foi de 296 dias, pode-se observar um avanço na adesão das mulheres pela prática da amamentação. Esse crescimento se deve à intensificação das ações de incentivo à amamentação, durante os períodos analisados, e investimentos nessa área. (ARAÚJO, 2002; BRASIL, 2001b, 2009c).

No município em estudo (Ribeirão Preto), verificou-se que, no ano de 1999, os índices de AME foram de 18,8% e 12,7% em menores de quatro e seis meses de vida respectivamente, e índices de Aleitamento Materno Predominante (AMP) de 40,3% e de 32,9% em menores de quatro e seis meses de vida, respectivamente. O índice de aleitamento materno em menores de um ano de idade foi de 55,5% com duração média do aleitamento de seis meses. Por outro lado, entre as crianças entre seis e nove meses que estavam em alimentação complementar, 35,1% estavam recebendo além do leite materno, alimentos sólidos e semissólidos (PEREIRA et al., 2004).

A mesma pesquisa, em 2003, revelou melhora em todos os indicadores de aleitamento materno, particularmente no índice de AME que em menores de quatro e seis meses foi de 35,3% e de 24,2%, respectivamente. Quanto ao índice de AMP, em menores de quatro e seis meses de vida foi de 21,9% e 12%, respectivamente, e o de AM em menores de um ano de idade foi de 60,4%, com duração média do AM de sete meses (RIBEIRÃO PRETO, 2003).

Os dados da última pesquisa realizada em dia nacional de vacinação em Ribeirão Preto, no ano de 2008, revelaram que os índices de AME em menores de quatro meses foram de 53,5% e em menores de seis meses foram de 41,4%, mostrando aumento em relação à pesquisa realizada no ano de 2003. Quanto ao índice de AMP, em menores de quatro e seis meses de vida, foi de 16,8% e 18,6%, respectivamente, e o de AM em menores de um ano de idade foi de 68,1% com duração média do AM de oito meses (RIBEIRÃO PRETO, 2003, 2008). Este cenário também aponta que os índices de AM ainda não estão de acordo com o preconizado pela OMS, indicando desmame precoce.

Apesar das vantagens do AM serem bastante conhecidas e divulgadas e de políticas nacionais em favor do AM estarem sendo implementadas, o desmame precoce é frequente em nosso meio e está presente em vários estudos sobre AM realizados no Brasil e em outros países (SEPKA et al., 2007).

Vieira et al. (1998) estudaram os indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana (Bahia, Brasil) com 3.898 crianças entre zero e 23 meses de idade e constataram que, nas crianças de zero a três meses de idade, o índice de AME foi de 45,6%, e o tempo médio da duração do AME foi de nove meses.

Estudo de Mascarenhas et al. (2006) verificou, em Pelotas (Rio Grande do Sul, no Brasil), que os índices de aleitamento materno não são os ideais, pois apontou que 39% da amostra (940 mães de bebês com até três meses de idade) recebiam aleitamento materno exclusivo. O uso de água/chá foi encontrado em 13% da amostra. Cerca de 20% recebiam leite materno e outros alimentos. Aos três meses, 1/3 dos bebês já estava desmamado. Os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos três meses de idade foram: trabalho materno, uso de chupeta, renda familiar entre um e três salários mínimos e escolaridade paterna menor que cinco anos.

De acordo com estudos de Maia et al. (2006) com 445 crianças de cinco e seis meses de idade, em Rio Branco (Estado do Acre, Norte do Brasil), houve aumento do número de crianças amamentadas no período de 1994 a 2004, principalmente de forma exclusiva. A prevalência de AME foi de 70,6% na faixa etária de zero a 15 dias, e de 12,9% na faixa etária de 151 a 180 dias de vida; a duração mediana de AME correspondeu a 60 dias. As variáveis associadas ao desmame em crianças menores de seis meses de idade foram: uso de mamadeira e chupeta, mãe trabalhar fora de casa, não possuir carteira assinada, ser adolescente (com 25% de probabilidade de desmame precoce), ser primípara, não receber orientação no pré-natal, tipo de parto e apresentar problemas na mama; sendo que o uso de mamadeira e o de chupeta foram os principais. Portanto, o desmame está associado a questões culturais, educacionais e de responsabilidade dos serviços de saúde.

França et al. (2007) também identificaram fatores de risco para o desmame precoce, sendo eles: uso de chupeta; administração de chá no primeiro dia em casa; ter mãe com escolaridade até o primeiro ou segundo grau ou ser primípara. Também houve a constatação de que a idade materna (menor que 19 anos) e a primiparidade associaram-se de forma significativa ao desmame, o que pode estar relacionado à falta de experiência anterior. Concluíram que o aleitamento materno foi determinado por fatores socioculturais e enfatizaram que especialmente para mães adolescentes devem existir ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.

Nesse sentido, as mães adolescentes, primíparas e com baixa escolaridade se constituem em grupos populacionais que deveriam ser priorizados pelos programas de incentivo à amamentação, pois se constituem em categorias de risco para a introdução de outros alimentos (VENÂNCIO et al., 2002).

## 1.2 Maternidade na adolescência e a prática do aleitamento materno

Adolescência é definida pela Organización Mundial de la Salud (1995) como o período da vida em que o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais secundárias à maturidade sexual. Este período situa-se entre 10 e 19 anos de idade, subdividido em duas fases: 10 a 14 anos e 15 a 19 anos de idade.

Além da definição cronológica, a adolescência também é uma fase da vida em que ocorrem várias e intensas transformações, processos de questionamento, descoberta de novos sentimentos, alterações hormonais, conscientização da sexualidade, busca de uma nova identidade física, psíquica e social (BRASIL, 2008).

Quanto ao tamanho desse contingente populacional, mais da metade da população mundial tem menos de 25 anos de idade, sendo que 27% encontram-se na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade e, destes, 70% vivem em países em desenvolvimento (BRASIL, 1999). Atualmente, para a maioria das pessoas, a atividade sexual tem início na adolescência (LEAL; WALL, 2005).

O aumento da taxa de fecundidade entre mulheres jovens é um aspecto importante a ser considerado. Se entre mulheres como um todo se assistiu, nas quatro últimas décadas, a um decréscimo na taxa de fecundidade - em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos, em 2000, passou a 2,3 filhos -, entre adolescentes e jovens o sentido é inverso. Desde 1990, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26% (BRASIL, 2006a).

Portanto, os índices de gravidez na adolescência vêm aumentando significativamente nos últimos 20 anos, atraindo a atenção dos profissionais de saúde para este tema, transformando-o em um problema de saúde pública (LEAL; WALL, 2005). Pelo fato de a gravidez na adolescência estar se agravando a cada ano e levando em conta suas implicações biopsicossociais, a OMS passou a considerar a gravidez na adolescência um problema médico-social grave e de “alto risco” (MAIA; RIBEIRO, 2001). Por outro lado, com a maior utilização de técnicas de análise multivariada, possibilitando o controle dos efeitos de variáveis de confusão (paridade, nível socioeconômico, assistência pré-natal), foi possível introduzir no meio acadêmico e científico o conceito de que o risco da gestação na adolescência está associado muito mais aos efeitos da primiparidade, ao baixo nível socioeconômico e principalmente à falta de assistência pré-natal adequada do que à idade materna em si. A gestação na adolescência não é necessariamente de alto risco, desde que haja assistência pré-natal de boa qualidade. Identificada a possibilidade de se controlar o risco

obstétrico, o discurso passa a ser predominantemente psicossocial: a gravidez nesta fase é inoportuna, está associada ao fracasso escolar e limita de forma dramática as oportunidades futuras da gestante (BRASIL, 2008).

As duas fases evolutivas importantes na vida de uma mulher (adolescência e gravidez) se assemelham e têm em comum transformações em intervalo de tempo relativamente curto. A simultaneidade das duas fases, no mesmo momento de vida da mulher, acarreta uma exacerbação desse processo, aumentando os riscos de alterações que possam ser consideradas patológicas (BRASIL, 2008).

A ocorrência de uma gestação na adolescência também está associada ao maior risco de baixo peso ao nascer (menos que 2.500g) e prematuridade, além de uma maior probabilidade de morte materna (SEPKA et al., 2007).

Trabalhos realizados no Brasil têm mostrado preocupação com a prevenção da desnutrição infantil por meio da promoção da saúde, incentivando a amamentação, principalmente em mães adolescentes (VIEIRA; SILVA; BARROS FILHO, 2003).

Maia et al. (2006) constataram frequência de desmame maior entre crianças cujas mães eram adolescentes, representando 25%, quando comparadas às crianças de mães adultas, o que pode estar relacionado à falta de experiência anterior.

De acordo com Araújo et al. (2008), a idade materna mais jovem está relacionada à menor duração do aleitamento materno, talvez motivada por algumas dificuldades, tais como: um nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras.

Volpini e Moura (2005) observaram que os motivos referidos pelas mães para o desmame precoce foram, principalmente, de ordem educacional, tais como o leite ter secado, rejeição do bebê, presença de dores ao amamentar e problemas na mama, seguidos pelos de ordem social como desejo de retornar ao trabalho; e finalmente pelos de ordem fisiológica, como doença materna e do bebê.

Os profissionais da saúde, por meio de suas ações, podem influenciar positiva ou negativamente o início da amamentação e sua duração (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989).

Assim, o desempenho do profissional de saúde na promoção do aleitamento materno é considerado elemento básico para o sucesso da amamentação, sendo necessária a discussão sobre as demandas da assistência à adolescente e a prática realizada por tais atores, especialmente do enfermeiro, importante protagonista deste cenário (BRACCO; TADDEI, 2000; SUSIN et al., 1998).

### 1.3 O enfermeiro frente à promoção do aleitamento materno para adolescentes

Amamentar é o ato de a criança obter o leite materno sugando as mamas, ou a oferta, pela mãe à criança, da mama e seu leite (AKRÉ, 1997). Com base em pesquisas realizadas no âmbito da amamentação e, em especial, naquelas que focalizaram a vivência de amamentar do ponto de vista da nutriz, é possível compreender que a amamentação apresenta aspectos plurais na sua prática (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

A vivência da amamentação é fortemente mediada pelas próprias experiências da mulher, ou seja, o fato de ela ter sido amamentada ou não e/ou situações que essa mulher presenciou ao longo de sua vida. Tais influências se constituem em possibilidades, uma vez que a escolha de um comportamento (consciente ou não) é mediada pelo significado que o ato tem para o indivíduo (REZENDE et al., 2002).

Segundo os autores, o significado de um ato, por sua vez, é construído não somente por experiências, como também por compreensões e práticas que determinada comunidade tem a respeito do assunto. Os conceitos transmitidos pelos meios de comunicação, tradições, escola, família e outros exercem influência na tomada de decisão das pessoas.

Além disso, outro ponto importante é o grau de apoio de que a nutriz dispõe (família, condições de trabalho, berçários, creches e outros). A esse respeito existem pesquisas que mostram a complexidade do processo de amamentar e o quanto as condições de suporte social são importantes (REZENDE et al., 2002).

Dado que a escolha pela amamentação se desenvolve dentro de um contexto sociocultural, a sua prática é, portanto, influenciada pela cultura, pelas crenças e tabus próprios daquele contexto (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

É, pois, considerando esse misto de natureza e cultura que encerra a amamentação que se devem orientar as ações em prol de sua prática, seja no âmbito individual, seja coletivo. Por se constituir num híbrido, a amamentação implica abordagens que contemplem as informações técnicas referentes aos aspectos biológicos da lactação e às questões subjetivas da mulher (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Promover o aleitamento materno significa criar os valores e comportamentos culturais favoráveis para que este possa ser assumido como norma, fato que depende de políticas nacionais e de recomendações dos serviços sociais e de saúde (PINTO, 2008).

O apoio ao aleitamento materno consiste em fornecer informações corretas nos momentos oportunos com uma postura de aconselhamento e requer empenho e mobilização social no sentido de restabelecer padrões de boas práticas nas instituições (PINTO, 2008).

Dessa forma, ações de promoção de práticas alimentares apropriadas para os lactentes e crianças visam a garantir que todas as pessoas responsáveis pela comunicação com o público em geral, incluindo os profissionais de saúde, forneçam informações corretas e completas sobre as práticas apropriadas de alimentação infantil, levando em conta as circunstâncias sociais, culturais e ambientais que prevalecem em cada local (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Desde a década de 1980, muitos acordos internacionais foram assinados por diversos países com o objetivo de promover, proteger e apoiar as ações de incentivo ao aleitamento materno no mundo (GOMES, 2005). Dessa forma, políticas nacionais em favor do AM vêm sendo implementadas, como a ampliação do período de licença maternidade de 120 para 180 dias (através da Lei Complementar estadual número 11.770 de 9 de setembro de 2008, que contempla a orientação da OMS e do Ministério da Saúde) e a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Esta última foi criada para promover a implementação da segunda meta operacional da Declaração de *Innocenti* que incentiva os estabelecimentos quanto à prática integral de todos os *Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*, introduzido no Brasil em 1992. Ainda, a implantação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, que possibilita a promoção da amamentação; as Normas Brasileiras para Comercialização de Alimentos para Lactentes como forma de proteção à amamentação; o lançamento, em 1999, pela Secretaria Estadual do Rio de Janeiro da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), com ações de suporte ao aleitamento materno para mães, bebês, famílias e comunidade; a publicação, em 2000, da Portaria da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) que permite o contato pele a pele entre a mãe (ou pai) e o bebê prematuro. Além disso, alguns eventos contribuem para a divulgação, como a comemoração da Semana Mundial de Aleitamento Materno, sendo realizada desde 1992 (MAIA et al., 2006). Recentemente, em 2008, o Ministério da Saúde instituiu a *Rede Amamenta Brasil* que representa uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na rede de atenção básica (BRASIL, 2009a).

Atualmente, o pré-natal é um dos programas que estão voltados para a assistência à gestante adolescente, com o objetivo de prepará-la para o parto e para a maternidade. A assistência pré-natal deve ser realizada por profissionais qualificados, capazes de estabelecer



um vínculo com a gestante, para que ela realize os exames, compareça às consultas e assuma o compromisso do seu próprio cuidado (BRASIL, 2008).

Considerando que o preparo para amamentação é fundamental durante o pré-natal, os profissionais da saúde devem orientar as adolescentes em relação à importância do aleitamento materno para sua saúde e do recém-nascido e desmistificar determinados tabus, como mamas pequenas não produzem leite, o aleitamento materno compromete a estética da mama entre outros (BRASIL, 2008).

O incentivo ao aleitamento materno deve fazer parte de um objetivo maior que consiste no reforço da autoestima da adolescente e da sua capacidade física e emocional para cuidar do filho e amamentar (BRASIL, 2008).

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) acreditam que, entre os muitos fatores que afetam a iniciação e o estabelecimento do aleitamento, as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e aos recém-nascidos, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989).

Contudo, não basta que os profissionais tenham a intenção de realizar tais práticas, é preciso que estejam preparados para atuarem junto às gestantes e mães adolescentes.

O MS, com o apoio do UNICEF, OMS e a International Baby Food Action Network (IBFAN), disponibiliza cursos para diferentes públicos-alvo, tais como: curso de 18 horas para equipes de hospitais que querem fazer parte da IHAC; curso de 80 horas para formar monitores; curso de aconselhamento de 40 horas (com 8 horas de prática); curso rápido de sensibilização para chefias (destinados aos profissionais e pessoas que lidam diretamente com mães e bebês); cursos próprios para capacitar o pessoal de Bancos de Leite Humano; curso sobre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactente (NBCAL); e, através da estratégia *Rede Amamenta Brasil*, a oficina de formação de tutores, totalizando 40 horas, que visa a capacitar tutores para a utilização dos referenciais da educação crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do aleitamento materno, instrumentalizando-os para a multiplicação de novos tutores e para a realização de oficinas de trabalho em AM na rede básica de saúde (BRASIL, 2009a; GOMES, 2005).

A valoração dos profissionais de saúde é destacada em documento da 55ª Assembleia Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) que aponta a necessidade de as mães receberem apoio especializado, ou seja, de alguém capaz de ajudá-las a iniciar e manter práticas apropriadas de alimentação da criança, bem como ajudar a prevenir e a superar dificuldades (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

No entanto, pesquisas apontam déficits de conhecimento entre os profissionais da saúde que trabalham com mães e bebês, principalmente sobre as desvantagens da alimentação por fórmulas infantis e o não aleitamento (SMITH; DUNSTONE; ELLIOT-RUDDER, 2009).

Para que a iniciação e o estabelecimento do aleitamento materno tenham êxito, as mães, especialmente as adolescentes, necessitam de apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidade, mas também de todo o sistema de saúde. Idealmente, todos os profissionais de saúde com quem gestantes e puérperas entram em contato deveriam estar comprometidos com a promoção do aleitamento materno e serem capazes de fornecer informações apropriadas, assim como de demonstrar completo conhecimento prático do manejo do aleitamento. O apoio ao aleitamento materno pelos serviços de saúde, sustentado pelo conhecimento, competência e compromisso dos profissionais de saúde, será então parte do vínculo da sociedade para com práticas apropriadas de alimentação de lactentes e crianças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989).

Considerando as particularidades da adolescência no ciclo gravídico-puerperal, torna-se pertinente conhecer as práticas do enfermeiro em relação à promoção do aleitamento materno, visando a refletir sobre a sua atuação e contribuir para a continuidade do desenvolvimento do conhecimento científico em aleitamento materno.

Nesta pesquisa assumem-se os seguintes pressupostos: práticas preestabelecidas, normativas podem não atender às reais necessidades da adolescente, e o fato de o aleitamento materno ser uma prática social não se deve reduzir apenas aos aspectos biológicos, mas incluir a valorização dos fatores psicológicos e socioculturais.

## ***2 Objetivos***

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer as práticas dos enfermeiros que atuam na rede municipal de saúde do município de Ribeirão Preto (SP) sobre a promoção do aleitamento materno para adolescentes, no ciclo gravídico-puerperal.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar os enfermeiros quanto a variáveis sociodemográficas (profissional e de trabalho);
- Analisar a prática realizada pelos enfermeiros em relação à promoção do aleitamento materno para adolescentes, no ciclo gravídico-puerperal.

### ***3 Referencial teórico***

---

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Constituição Federal Brasileira, promulgada no ano de 1988, apresenta diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde, porém não utiliza do termo integralidade, e sim, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 2001a).

Sendo um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade está descrita nas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142/90 como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos de ordem individual e coletiva, exigidos para cada caso, esteja este situado em qualquer nível de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2001a).

Nesse sentido, Teixeira (2003) nos mostra que podem ser percebidas duas dimensões da integralidade - sua articulação com os serviços e as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência.

Para Mattos (2001), a integralidade comporta valores importantes no cotidiano das políticas de saúde e associa-se à capacidade com que os profissionais de saúde abordam as situações, confrontam-se com os limites de sua ação e buscam incorporar revisões e redefinições de seus processos de trabalho. Os três sentidos de integralidade apontados pelo autor implicam na superação do reducionismo, da objetivação dos sujeitos e em uma possível abertura para o diálogo.

No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade, um valor a ser sustentado, um traço de uma boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e um cuidado para que ela não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.

No segundo conjunto de sentidos, a integralidade, como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa "horizontalização" dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das Unidades de Saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de

protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

Por último, há o conjunto de sentidos sobre a integralidade e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais.

De acordo com Campos (2003), a integralidade não é apenas um princípio consagrado do SUS, mas um desafio da saúde no Brasil. O autor aponta entraves para o exercício da integralidade, tais como: a forma de organização do trabalho, nas Unidades de Saúde, que se apresenta de forma fragmentada, reproduz um atendimento especializado próprio do ambiente hospitalar com práticas descontextualizadas da realidade dos cidadãos; a atitude do médico/profissional cujo trabalho é marcado pelo distanciamento dos interesses dos usuários, pelo isolamento com relação aos outros trabalhadores da saúde e pelo predomínio de produção de ações baseadas em máquinas e procedimentos; e ainda, a dificuldade de acesso de segmentos da população aos níveis de atenção primário, secundário e terciário.

A integralidade pauta-se na busca por um sistema que seja integrado em todos os seus níveis de complexidade. Esta integração ocorre por uma rede de serviços que seja capaz de proporcionar condições de acesso e que seja resolutiva para os problemas apresentados e fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população. Inclui, ainda, a articulação entre os serviços públicos e privados, bem como, todas as instituições promotoras de serviços de saúde (REIS; ANDRADE, 2008).

Starfield (2002) define integralidade como “a capacidade da equipe de atenção primária em lidar com os problemas emergentes na população à qual serve”. Dessa forma, entendemos a integralidade como um mecanismo importante para o desenvolvimento contínuo das ações em saúde, pois assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população, bem como o entorno social ao qual o indivíduo está inserido.

Assim, a integralidade deve buscar o cuidado de pessoas e grupos em sua coletividade, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao contexto familiar ao qual está inserido, ao meio ambiente e à sociedade (MACHADO et al., 2007).

Para esta investigação, tomamos o eixo da integralidade para buscar a compreensão das práticas dos enfermeiros inseridos nos serviços de saúde, bem como, sua articulação com a prevenção, nas quais profissionais de saúde se relacionam com os indivíduos por meio da intersubjetividade.

Cabe ressaltar que Mattos (2001), defende em seu estudo, a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Assim, quando a configuração dessas práticas assume a forma de encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e, portanto a suas posturas) a realização da integralidade (MATTOS, 2001).

A integralidade é a condição primordial da assistência a adolescentes e jovens, tanto do ponto de vista da organização dos serviços em diversos níveis de complexidade (promoção, prevenção, atendimento a agravos e doenças e reabilitação) quanto da compreensão dos aspectos biopsicossociais que permeiam as necessidades de saúde desses grupos populacionais (BRASIL, 2005b).

O que se define por atenção integral à saúde do adolescente e, em específico, à saúde das gestantes e puérperas adolescentes, não é diferente do esperado para a população geral, porém, para esse grupo populacional, a integralidade pode ser eleita condição primordial, considerando as necessidades específicas do período. Ayres (1990) reforça essa ideia ao afirmar que as necessidades de saúde na adolescência extrapolam os aspectos orgânico-biológicos, especialmente por esse grupo apresentar pequena expressão como demanda aos serviços de saúde. Isto se constitui em mais um motivo para se levar em consideração as características biopsicossociais desta clientela específica e não restringir as ações a práticas tecnoassistenciais.

Starfield (2002) explica que a integralidade parece ser prejudicada quando um profissional de atenção primária enfatiza o manejo de uma doença, e não as necessidades do indivíduo como um todo.

A incorporação deste indivíduo ainda vem se fazendo de modo incipiente ou descontextualizado, com uma frágil percepção de suas necessidades em saúde e das intervenções mais apropriadas a serem realizadas (FAVORETO, 2008).

Neste cenário, se evidencia a importância da articulação das ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO et al., 2007).

Com base no princípio da integralidade e do agir em saúde, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença (CAMPOS, 2003).



A integralidade da atenção à saúde, em suas ações de promoção, envolve a perspectiva de colocar o usuário como sujeito de sua própria história (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Dentro dessa abordagem, a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (MACHADO et al., 2007).

Segundo os mesmos autores, a atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, é preciso exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde (MACHADO et al., 2007).

A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância à saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde (CECCIM; FERLA, 2003).

Nesse contexto, buscamos investigar a realidade das práticas do enfermeiro na promoção do aleitamento materno para gestantes e/ou mães adolescentes.

## ***4 Metodologia***

---

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do estudo**

Utilizamos neste estudo a abordagem qualitativa que, segundo Minayo (1998), permite a compreensão particular e aprofundada dos fenômenos sociais em questão, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa qualitativa caracteriza-se por possibilitar a compreensão dos sujeitos na sua realidade, incluindo o entendimento próprio acerca das vivências. Ainda, a pesquisa qualitativa descreve e analisa a cultura e o comportamento do ser humano, individualmente e em grupo (MINAYO, 1994).

Considerando os enfermeiros como sujeitos de suas ações em relação ao aleitamento materno, a abordagem qualitativa permite a compreensão da subjetividade expressa nas falas acerca das próprias práticas de saúde. Segundo Triviños (1995), é necessário observar os sujeitos, não em situações isoladas, mas na perspectiva de um contexto social, enfatizando a ideia dos significados latentes do comportamento humano.

Assim, esta abordagem nos permitiu conhecer as práticas envolvendo a subjetividade dos participantes relacionadas ao aleitamento materno.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, situado no nordeste do estado de São Paulo, a 313 Km da capital, ocupando uma área territorial de 642 Km<sup>2</sup>. O município destaca-se na região como um dos principais centros universitários (cinco universidades) e de pesquisa do estado e do país, com destaque para a área da saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2005b).

Ribeirão Preto possui aproximadamente 535.698 habitantes, sendo que 52,16% são mulheres e 47,83% homens; por faixa etária destaca-se o grupo de menores de 15 anos (24,22%). O grupo compreendido entre 15 e 44 anos corresponde a 51,96%, e os adultos com

mais de 60 anos compõem 8,83% da população, os menores de 1 ano representam 1,25% (SÃO PAULO, 2005).

Em relação ao saneamento básico: 96,3% da população é servida de água encanada (RIBEIRÃO PRETO, 2005b). O município de Ribeirão Preto ficou classificado entre os cinquenta melhores municípios do Brasil, ocupando o sexto lugar de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. Encontramos bolsões de pobreza em diversos pontos da cidade, revelando desigualdades nas condições de vida da população (URBANO, 2003).

O município possui uma rede de serviços de atenção à saúde de natureza privada, filantrópica e pública, abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária (RIBEIRÃO PRETO, 2005b).

A rede hospitalar conta com 15 unidades, sendo 10 conveniadas ao SUS e cinco não conveniadas ao SUS. O município conta também com nove laboratórios clínicos conveniados ao SUS e nove serviços de apoio diagnóstico e terapêutico próprios ou conveniados ao SUS (RIBEIRÃO PRETO, 2005b).

Ribeirão Preto organizou a assistência em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde. Cada Distrito de Saúde conta com uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para sua área de abrangência, é referência de algumas especialidades para todo o distrito. Além disto, é composto por 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, bem como os serviços de enfermagem, odontologia, vacina, farmácia e outros para a população de sua área de abrangência (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Foram eleitas, para esta pesquisa, as Unidades de Saúde do Distrito Sul do município de Ribeirão Preto, por se constituírem em locais onde ocorre o maior fluxo de atendimentos pré-natal a adolescentes, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de 2008 e primeiro semestre de 2009.

O Distrito de Saúde Sul possui uma população estimada para 2009 de 85.850 habitantes e abrange a UBDS Vila Virgínia, UBS Parque Ribeirão Preto, UBS Adão do Carmo Leonel e UBS Jardim Maria das Graças (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A UBDS da Vila Virgínia funciona 24 horas e oferece os seguintes serviços: Atendimento de Emergência a crianças e adultos, Odontológico (de segunda a sexta-feira das 14:00 às 22:00 horas) e Soro Antirrábico; Atendimento Básico (de segunda a sexta-feira das 07:00 às 19:00 horas) Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Enfermagem, Programa de Integração Comunitária (PIC), Assistência Domiciliar, Teste do Pezinho e Vacinação; Atendimento de Especialidades (de segunda a sexta-feira das 07:00 às

19:00 horas) Serviço Social, Cardiologia, Saúde Ocupacional, Dermatologia, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Neurologia e Ultrassonografia (RIBEIRÃO PRETO, 2005b).

A UBS do Jardim Maria das Graças funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 às 17:00 horas e oferece os seguintes serviços: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Enfermagem, PIC, Assistência Domiciliar, Programa de Agentes Comunitários, Teste do Pezinho e Vacinação (RIBEIRÃO PRETO, 2005b).

A UBS do Adão do Carmo Leonel funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 às 17:00 horas, oferecendo os seguintes serviços: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Enfermagem, PIC, Assistência Domiciliar, Programa de Agentes Comunitários, Teste do Pezinho e Vacinação (RIBEIRÃO PRETO, 2005b).

A UBS do Parque Ribeirão Preto funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 às 22:00 horas e oferece os seguintes serviços: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Enfermagem, Assistência Domiciliar, Teste do Pezinho e Vacinação (RIBEIRÃO PRETO, 2005b).

A Secretaria Municipal da Saúde a partir de 1988, em parceria com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por meio do Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA) iniciou a implantação de ações a favor do aleitamento que se estenderam a toda a rede municipal de saúde com a capacitação técnica dos profissionais da rede básica e da sistematização e descentralização das ações. Em 1996, o Programa de Aleitamento Materno (PALMA) da Secretaria Municipal da Saúde foi oficializado (REIS, 2007).

O Programa do Aleitamento Materno visa à diminuição da morbimortalidade infantil, à promoção do aleitamento materno e à assistência aos casos de intercorrências mamárias que podem levar ao desmame precoce em consonância com outros programas da secretaria, como os de Saúde da Mulher, da Criança, Imunização e Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) (RIBEIRÃO PRETO, 2005a).

O município conta também com o Projeto Floresce Uma Vida, resultante das parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Universidade de São Paulo (USP) e hospitais. O projeto tem por objetivo reduzir a mortalidade infantil e diminuir as deficiências em menores de um ano por meio do atendimento pré-natal de qualidade, promoção do aleitamento materno, garantia de seguimento em puericultura nos recém-nascidos, busca ativa de recém-nascidos de risco e integração dos diferentes programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que estejam envolvidos na saúde da criança (RIBEIRÃO PRETO, 2005a).

Para garantir a atenção ao recém-nascido, o projeto conta com auxiliares de enfermagem que visitam diariamente as maternidades do Sistema Único de Saúde, a fim de orientar as mães quanto aos serviços da rede básica de saúde (atendimento médico, de enfermagem, teste do pezinho, imunização, cuidados com as mamas e promoção do aleitamento materno). Além das orientações, as crianças são cadastradas no sistema Hygia (sistema de informatização da rede básica do município) e é agendada a primeira consulta de puericultura com médico ou enfermeira na Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência materna. Se não houver comparecimento à consulta previamente agendada, são preconizados a realização de visita domiciliar e o agendamento de nova consulta para seguimento, se a criança não estiver sendo acompanhada em nenhum outro local (RIBEIRÃO PRETO, 2005a).

#### **4.3 Participantes da pesquisa**

As participantes deste estudo foram 12 enfermeiras que estavam atuando nas Unidades de Saúde do Distrito Sul do município de Ribeirão Preto (SP) e que informaram ter contato com gestantes e/ou puérperas em sua rotina de trabalho.

O tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados. A saturação ou recorrência dos dados caracteriza-se pelo momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à investigação (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

As enfermeiras que concordaram em participar receberam as informações referentes à pesquisa e assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B), atendendo à Resolução 196/96, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

#### **4.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados em dois momentos: o primeiro realizado por meio de entrevista durante os meses de julho e agosto de 2009, e o segundo por meio de observação da consulta de enfermagem dos entrevistados.

Segundo VÍctora, Knauth e Hassen (2000), observar, na pesquisa qualitativa, significa “examinar” um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo.

A observação, que se justifica devido à existência de muitos elementos que não podem ser apreendidos somente por meio da fala ou da escrita (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), foi realizada na Unidade de Saúde e em visitas domiciliares. Na Unidade de Saúde, a observação iniciava no momento em que a adolescente chegava à sala de espera e finalizava quando a mesma saía da sala de consulta. Para isso, solicitamos o consentimento das participantes para podermos acompanhá-las no desenvolvimento de suas ações junto às gestantes/mães adolescentes. As observações foram realizadas considerando-se todos os acontecimentos, na sala de espera e de consulta e domicílio, relacionados com a prática das enfermeiras que participaram do estudo.

Ao início de cada observação, nós nos posicionávamos dentro da sala de consultas, de modo a não atrapalhar o desenvolvimento das atividades da enfermeira e de forma que pudéssemos visualizar a face da mulher e da enfermeira, a fim de melhor observar suas expressões e permanecíamos durante toda a consulta em silêncio. No domicílio acompanhávamos a enfermeira desde sua chegada até a saída, nos posicionando da mesma maneira.

Os eventos observados, assim como as nossas impressões enquanto pesquisadora, foram registrados em um diário de campo subsequente à observação, considerando postura corporal, toque, gestos, contato visual, as expressões verbais e não verbais e a sequência dos eventos observados (início, término, duração da entrevista).

Segundo Minayo (2008), o diário de campo é um caderno de notas, em que o pesquisador, dia por dia, vai anotando o que observa. Nele devem ser escritas impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos.

As entrevistas foram realizadas utilizando a modalidade semiestruturada, por meio de um formulário contendo questões sociodemográficas e perguntas abertas que abordaram as práticas de promoção do aleitamento materno para gestantes e/ou mães adolescentes. Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada caracteriza-se por uma comunicação que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Obtém-se, assim, tanto dados objetivos como subjetivos relacionados a sentimentos, crenças e opiniões dos sujeitos entrevistados (MINAYO, 1998).

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à pergunta formulada (MINAYO, 2008). Este tipo de entrevista parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que oferecem grandes possibilidades de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que o entrevistado vai respondendo (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas foram agendadas previamente ou de acordo com a disponibilidade das participantes e realizadas individualmente em uma sala disponibilizada nas Unidades de Saúde para este estudo. As participantes foram indagadas sobre suas práticas em relação à promoção da amamentação para gestantes/mães adolescentes, a partir das seguintes questões norteadoras:

- Fale-me um pouco sobre seu atendimento junto a gestantes e/ou mães adolescentes. Como é sua prática? O que você prioriza no contato com elas?
- Como você aborda mães adolescentes em relação ao aleitamento materno?

Além destas questões, também foram coletados dados tais como: nome; idade; sexo; titulação; área e tempo de formação; conclusão de pós-graduação e em qual área; tempo que trabalha como enfermeiro; tempo que trabalha na Unidade de Saúde; em quais setores desta Unidade trabalha; participação em algum treinamento sobre aleitamento materno (número de vezes e há quanto tempo foi o último treinamento), a fim de caracterizar as participantes do estudo (APÊNDICE C).

Todas as entrevistas foram gravadas por meio de um aparelho portátil (Media Players - MP3) após a obtenção da permissão das participantes e posteriormente transcritas pela pesquisadora para serem submetidas à análise.

#### **4.5 Análise dos dados**

O conteúdo transcrito das entrevistas e das observações foi submetido à Análise de Conteúdo que, segundo Minayo (2008, p. 303), é o modo “mais comumente usado para representar o tratamento dos dados em uma pesquisa qualitativa”.

Ainda de acordo com a autora, esse tipo de análise é uma técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.



A análise de conteúdo inicia-se de uma leitura de primeiro plano, para um plano mais aprofundado que ultrapassa os significados manifestos, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) (MINAYO, 2008).

Utilizamos para este estudo a modalidade temática que, segundo a mesma autora, consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição signifique algo para o objetivo analítico escolhido.

Minayo (2008) afirma que, para realizar a análise temática das entrevistas, deve-se observar as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

#### 4.5.1 Pré-análise

É uma fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise (BARDIN, 1979). Para isso, a pré-análise é composta por atividades não estruturadas e abertas:

**a) Leitura flutuante:** consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o tema, deixando-se invadir por impressões e orientações, onde pouco a pouco a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, de projeção de teorias adaptadas sobre o tema e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.

**b) Escolha dos documentos:** esta atividade pode ser determinada em função do objetivo do trabalho. Trata-se de um conjunto de documentos selecionados para serem submetidos aos procedimentos analíticos.

**c) Formulação das hipóteses e dos objetivos:** Bardin (1979) afirma que uma hipótese é uma afirmação provisória que se propõe verificar (confirmar ou infirmar), recorrendo aos procedimentos de análise fornecidos pelo quadro teórico proposto.

**d) Referência dos índices e elaboração dos indicadores:** segundo Bardin (1979), o trabalho preparatório será o de escolher os índices em função das hipóteses ou pressupostos, caso eles estejam determinados e sua organização sistemática em indicadores. Uma vez escolhidos os índices, procede-se à construção de indicadores precisos e seguros.

e) **Preparação do material:** esta atividade envolve a transcrição integralmente das entrevistas gravadas e conservação das gravações para informação paralinguística. É aconselhável que se prevejam reproduções em número suficiente (recortes) e que se enumerem os elementos do *corpus*.

#### 4.5.2 A exploração do material

A exploração do material consiste, essencialmente, na operação de codificação, onde se realiza a transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto (BARDIN, 1979). Para isto, primeiramente deve-se proceder ao recorte do texto em unidades de registro (uma palavra, uma frase, um tema), como estabelecido na pré-análise. Após, escolhem-se as regras de contagem, e em seguida realizam-se a classificação e a agregação dos dados (MINAYO, 1998).

#### 4.5.3 Tratamento dos dados obtidos e interpretação

Os resultados brutos foram submetidos a operações que permitem colocar em relevo as informações obtidas. Assim o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas, em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material, a fim de que os resultados brutos sejam significativos e válidos.

#### 4.6 Procedimentos éticos da pesquisa

O desenvolvimento desta pesquisa foi aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP atendendo à determinação das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 196/96/CNS/MS (BRASIL, 1996), sob protocolo número 0983/2009 (ANEXO B).

#### **4.7 Estudo-piloto**

Foi realizado estudo-piloto, com o objetivo de experimentar e aprimorar o formulário de coleta de dados. Para isso, foram entrevistadas duas enfermeiras, e realizada a transcrição das entrevistas que foram analisadas, e feita a reformulação de algumas questões, de modo a torná-las claras ao entrevistado. Tais entrevistas não foram consideradas no estudo.

## ***5 Resultados e Discussão***

---

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em duas partes: a primeira refere-se ao perfil das participantes do estudo, com os dados relativos à caracterização sociodemográfica, profissional e de trabalho; e a segunda parte são os dados relativos à prática das enfermeiras que atuam na rede municipal de saúde de Ribeirão Preto quanto ao aleitamento materno para gestantes e/ou mães adolescentes, considerando as entrevistas e as observações.

Foram realizadas 12 entrevistas com enfermeiras que atuavam nas Unidades de Saúde do Distrito de Saúde Sul do município de Ribeirão Preto e que informaram ter contato e prestar atendimento a mulheres grávidas e/ou puérperas. A maioria das entrevistas foi agendada previamente, e algumas enfermeiras se dispuseram a serem entrevistadas sem o agendamento, porém sem prejuízo de suas funções durante o período de trabalho. A média de duração das entrevistas foi de 23 minutos. As entrevistas foram realizadas dentro das dependências das Unidades de Saúde, em sala com privacidade, porém em algumas entrevistas houve interrupções por motivos de continuidade das atividades de trabalho das enfermeiras.

### 5.1 Caracterização das participantes do estudo

Para garantir a privacidade e o anonimato das enfermeiras, optamos por identificá-las como participantes do estudo, atribuindo-lhes números ordinais para diferenciação entre elas.

Analisando as características das 12 enfermeiras, todas são do sexo feminino e com faixa etária entre 34 e 58 anos de idade, sendo a média de idade das enfermeiras de 46,3 anos e o desvio-padrão de sete anos.

Quanto ao tempo de formação, as participantes possuíam no mínimo 10 anos e no máximo 34 anos de formação da graduação. O tempo de atuação na função, como enfermeiras, variou de nove a 34 anos, e o tempo de atuação nas referidas Unidades de Saúde variou de um ano e seis meses a 20 anos. Constatamos que 11 enfermeiras concluíram pelo menos um curso de especialização *latu sensu* e a especialidade mais frequente foi a Enfermagem do Trabalho, com cinco enfermeiras, seguida por Especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva com duas enfermeiras. Duas enfermeiras possuem o título de

mestre, e uma enfermeira possui o título de doutora em Enfermagem. O tempo médio de formação da pós-graduação foi de 15 anos.

Nenhuma enfermeira concluiu especialização, mestrado ou doutorado na área de Saúde da Mulher ou Saúde da Criança. Por outro lado, estas informações demonstram que as enfermeiras buscaram o conhecimento especializado, além do obtido no curso de graduação em Enfermagem.

Do total de enfermeiras, sete informaram atuar no Programa de Saúde da Mulher, seis realizavam atendimento geral, ou seja, atuavam em diversos setores da Unidade de Saúde, tais como: pronto-atendimento, sala de vacinas, sala de curativos, pediatria, bolsa família, nos programas de hipertensão e diabetes, saúde da mulher e da criança, planejamento familiar e serviço de assistência domiciliar, sendo responsáveis tanto pelo atendimento de enfermagem aos usuários quanto pela supervisão do plantão, e cinco participantes referiram atuar no Programa de Saúde da Criança.

Do total de participantes, 11 informaram ter recebido ou realizado treinamento específico sobre aleitamento materno. Uma enfermeira verbalizou que nunca participou ou recebeu treinamento sobre aleitamento materno e aponta, como justificativa, não ter disponibilidade de horário para comparecer aos treinamentos. Porém, em todas as falas, foi relatado que os treinamentos foram oferecidos pela rede municipal de saúde. Quanto ao tempo mínimo da última participação em treinamentos, foi de cinco anos, com uma média de nove anos, chegando até 15 anos.

Em relação ao número de vezes em que as enfermeiras receberam este treinamento, houve variação de nenhuma a duas vezes, sendo que uma enfermeira verbalizou ter participado mais do que duas vezes.

Assim, esses achados revelam a necessidade de capacitação constante em aleitamento materno, possibilitando a educação permanente destes profissionais e conseqüentemente maior preparo para atuarem, especialmente, na promoção ao aleitamento materno.

### **As participantes**

A seguir, apresentaremos as características de cada participante do estudo.

Participante um, 34 anos, enfermeira há 10 anos, possui especialização em Saúde do Trabalhador e Licenciatura em Enfermagem há nove anos e mestrado na área de Enfermagem

Fundamental há cinco anos. Atua na profissão há nove anos e na Unidade de Saúde há cinco anos nos setores: pronto-atendimento, assistência domiciliar, atendimento ambulatorial, cobre férias na área de saúde da mulher e da criança, nunca participou de treinamento sobre aleitamento materno por indisponibilidade de tempo.

Participante dois, 47 anos, enfermeira há 24 anos, possui especialização em Administração Hospitalar há 24 anos, atua na profissão há 21 anos e há cinco anos trabalha na Unidade de Saúde nos programas de saúde da criança, planejamento familiar e serviço de assistência domiciliar, participou de dois treinamentos sobre aleitamento materno, sendo o último, há cinco ou sete anos.

Participante três, 44 anos, enfermeira há 22 anos, possui especialização em Enfermagem Hematológica há 16 anos, atua na profissão desde a formação na graduação e na Unidade de Saúde há quatro anos, nos programas de saúde da mulher e da criança, pré-natal e cobre férias no setor de pronto-atendimento, participou de um treinamento sobre aleitamento materno enquanto trabalhava em outro serviço, há, aproximadamente, 10 anos.

Participante quatro, 51 anos, enfermeira há 24 anos, possui especialização em Enfermagem do Trabalho há 23 anos, atua na profissão desde a formação na graduação e na Unidade de Saúde há 20 anos, é responsável por todas as atividades da Unidade tais como teste do pezinho, saúde da mulher e da criança, participou de um treinamento em aleitamento materno, há, aproximadamente, 15 anos.

Participante cinco, 53 anos, enfermeira há 30 anos, possui especialização em Saúde Coletiva e Informação e Educação em Enfermagem, atua na profissão desde a formação na graduação e na Unidade de Saúde há um ano e seis meses, no setor de pronto-atendimento, participou de um treinamento sobre aleitamento materno em outro serviço, há, aproximadamente, 13 anos.

Participante seis, 58 anos, enfermeira há 34 anos, possui especialização em Saúde da Família há três anos e Enfermagem do Trabalho há 13 anos, atua na profissão desde a formação na graduação e na Unidade de Saúde há 17 anos, é responsável por todas as atividades da Unidade, tais como visita domiciliar, saúde da mulher e da criança, vacinas e atendimento de puerpério, participou de um treinamento sobre aleitamento materno, há, aproximadamente, 10 anos.

Participante sete, 44 anos, enfermeira há 22 anos, possui especialização em Enfermagem Hospitalar há 20 anos, atua na profissão desde a formação na graduação e na Unidade de Saúde há 15 anos, é responsável por todas as atividades da Unidade tais como

visita domiciliar, saúde da mulher e da criança e vacinas, participou de um treinamento sobre aleitamento materno há, aproximadamente, 10 anos e está sempre buscando atualizar-se.

Participante oito, 44 anos, enfermeira há 21 anos, possui especialização em Enfermagem Psiquiátrica há 21 anos, atua na profissão há 20 anos e na Unidade de Saúde há nove anos, é responsável por todas as atividades da Unidade de Saúde tais como vacinas, saúde da mulher e da criança e programa de hipertensão e diabetes, participou de, pelo menos, dois treinamentos sobre aleitamento materno, mas não sabe há quanto tempo foi o último.

Participante nove, 37 anos, enfermeira há 15 anos, concluiu o doutorado em Enfermagem Fundamental há uma semana, atua na profissão desde a formação na graduação há 15 anos e na Unidade de Saúde há cinco anos, nos programas de saúde da mulher e da criança e visita domiciliar, participou de um treinamento em aleitamento materno em outro serviço, mas não sabe há quanto tempo e recebe acompanhamento de uma profissional responsável pelo aleitamento materno sempre que necessário.

Participante 10, 45 anos, enfermeira há 23 anos, possui especialização em enfermagem do trabalho há 21 anos, atua na profissão desde a formação na graduação e há 12 anos na Unidade de Saúde, sendo responsável por todas as atividades da Unidade de Saúde tais como saúde da mulher, da criança e visita domiciliar, porém só não atua como enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), participou de treinamentos sobre aleitamento materno, e o último foi há, aproximadamente, cinco anos.

Participante 11, 42 anos, enfermeira há 19 anos, possui especialização em Saúde Pública há 10 anos, atua na profissão desde a formação na graduação e há seis anos na Unidade de Saúde, sendo responsável pelas atividades dos programas de hipertensão, diabetes, saúde da mulher e da criança, participou de dois treinamentos sobre aleitamento materno, e o último foi há, aproximadamente, seis ou sete anos.

Participante 12, 54 anos, enfermeira há 31 anos, possui especialização em Enfermagem do Trabalho há 29 anos, atua na profissão desde a formação na graduação e há 12 anos na Unidade de Saúde, sendo responsável por todas as atividades do seu plantão e supervisiona o mesmo, participou de dois treinamentos sobre aleitamento materno, e o último foi há, aproximadamente, seis anos.

As observações provenientes do acompanhamento do trabalho das enfermeiras com gestantes e/ou mães adolescentes foram utilizadas na análise como dados complementares às entrevistas.



## **5.2 Prática das enfermeiras na promoção do aleitamento materno para gestantes e/ou mães adolescentes**

Identificou-se, por meio das observações no campo de pesquisa, que as enfermeiras realizam atendimentos (teste de gravidez, consulta de pré-natal, puericultura e consulta puerperal) por meio de demanda espontânea e/ou agendamento, nos quais obtêm os prontuários juntamente com as fichas de atendimento das gestantes e/ou mães adolescentes (que estão agendadas) na recepção da Unidade de Saúde e as atendem em uma sala determinada, considerando a ordem de chegada.

A adolescente inicialmente, para acesso ao atendimento, passa pela recepção da Unidade de Saúde, onde o atendimento é agendado ou, na iminência desta consulta, é emitida uma ficha de atendimento. Assim, a adolescente dirige-se à área destinada à espera pela consulta.

Segundo Brasil (2008), a acolhida nos serviços deve ser cordial e compreensiva, para que as adolescentes se sintam valorizadas e à vontade nos mesmos. Quanto mais os serviços se tornam eficazes e acolhedores, mais os adolescentes e jovens irão procurá-los (BRASIL, 2005c). A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir de uma análise da situação - sob a ótica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde - e da avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada (BRASIL, 2009d).

A complexidade da atenção ao adolescente se coloca como um desafio para os profissionais de saúde porque não existe uma fórmula predeterminada que possa ser considerada de sucesso. A vinda a um serviço de saúde poderá representar uma oportunidade única para o profissional de saúde interferir, por exemplo, no processo de amamentação (RUZANY; SZWARCOWALD, 2000).

Durante as observações, percebemos que a maioria das participantes comportou-se com naturalidade no atendimento às gestantes e/ou puérperas no seu dia a dia de trabalho. Segundo Vianna (2003), "os sujeitos observados, em princípio, quando sabem que estão sendo observados e com que finalidade, costumam se portar diferentemente, com menos naturalidade". É o chamado "efeito Hawthorne", descrito na literatura científica, o que parece não ter ocorrido neste estudo. Considero que a minha vivência nas Unidades de Saúde, como

parte deste cotidiano, possivelmente tenha colaborado para a manutenção do comportamento dos profissionais que participaram desta investigação.

Também foi observado que houve certo distanciamento do profissional em sua relação com a gestante e/ou mãe adolescente, o que segundo Favoreto (2008) determina pouco espaço – talvez pouca necessidade – para que o profissional assuma a existência do outro como sujeito, limitando-se a apenas buscar elementos para o diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde.

O encontro do profissional de saúde com a adolescente pareceu se limitar ao oferecimento de informações. As tentativas de aproximação foram discretas no sentido de buscar conhecer como as adolescentes se sentiam naquele momento, como se sentiam em relação ao seu meio social ou mesmo uma expectativa sobre o cuidado de que elas necessitam.

Segundo Soares e Camargo Junior (2007), a autonomia na relação médico-paciente implica no reconhecimento de que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos entre eles. Dentre os princípios recomendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c) no atendimento a adolescentes, está a privacidade, princípio que confere aos adolescentes o direito de serem atendidas sozinhas, caso desejem. Observamos que as participantes desta pesquisa apresentaram condutas divergentes, pois não questionaram as adolescentes quanto a esse desejo, havendo em algumas consultas a imposição da presença de um acompanhante adulto e em outras a exclusão deste acompanhante.

Entre as demais condições básicas para a organização da assistência pré-natal, faz-se necessária uma área física adequada, onde a privacidade é um fator essencial para a consulta e para o exame clínico (BRASIL, 2005a).

O tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando a ideia de ambiência que diz respeito a três eixos: o espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho, ou seja, a construção do meio deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão; o espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem - cor, cheiro, som, iluminação e outros que criam ambiências acolhedoras e dão muitas vezes contribuições significativas no processo de produção de saúde, além de garantir conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social; o espaço como ferramenta facilitadora do

processo de trabalho funcional, como a utilização de mobiliários que sejam confortáveis e que estejam dispostos de maneira acolhedora para além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia - pensar numa outra disposição das cadeiras que promova a interação entre pacientes, em balcão baixo e sem grades que não sejam intimidadores, que possibilitem o atendimento do usuário sentado e que de alguma maneira permita privacidade ao mesmo que chega à Unidade de Saúde para falar do seu problema - a fim de favorecer a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2004).

As observações das práticas das enfermeiras nos levam a refletir sobre a qualidade da atenção prestada à adolescente em relação à abordagem do aleitamento materno com vistas a uma atenção integral.

O conteúdo das entrevistas com as enfermeiras, após ser submetido às etapas metodológicas da pesquisa qualitativa, nos possibilitou identificar três categorias temáticas: (1) Trabalho centrado na técnica, no recomendado e no biológico; (2) Cotidiano do serviço de saúde na atenção às gestantes e/ou mães adolescentes e (3) Relação profissional de saúde e gestante e/ou mãe adolescente.

### **Trabalho centrado na técnica, no recomendado e no biológico**

O trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno realizado pelas enfermeiras no atendimento a gestantes e/ou mães adolescentes revelou-se focalizado no aspecto biológico, nas mamas da mulher que amamenta, na técnica da amamentação, baseado em recomendações do protocolo da Secretaria Municipal da Saúde denominado “Protocolo para assistência ao pré-natal e puerpério”, mostrando-se uma atuação distante da integralidade.

Segundo Mishima (1994), a construção da prática de saúde se dá com base em um modelo assistencial de saúde. O modelo liberal privatista é atribuído como herança no atendimento individualizado à saúde, sendo responsável pela estruturação de uma determinada postura de trabalhadores de saúde (MACHADO et al., 2007).

O modelo liberal privatista ou médico-assistencial privatista teve início no Brasil na década de 1920, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais, em que o importante era cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva (MENDES, 1994). De acordo com Sousa (2006), esse modelo de

assistência toma o sujeito a partir da necessidade de restauração de seu corpo anatomofisiológico, ou seja, baseado na biologia humana.

No período do final dos anos de 1960 até início dos anos 1980, vigorou uma centralização na prática médica individual, curativa, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública. Segundo Vasconcelos (1997), outro ponto marcante deste modelo foi a padronização tecnicista, na qual a atenção à saúde ficou focalizada à implementação de uma série de tarefas técnicas bem delimitadas e padronizadas.

Para Machado et al. (2007), o modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as queixas dos usuários.

### ***“Nós precisamos ver como que está essa mama”***

As enfermeiras, ao discorrerem como o seu trabalho é realizado durante o pré-natal e puerpério junto às adolescentes, revelaram que sua prática em relação ao aleitamento materno está ancorada no modelo biomédico, centrado no corpo e mais especificamente nas mamas, em detrimento do atendimento integral:

*“... assim, nesse primeiro contato, que é no teste de gravidez... a gente faz uma avaliação da mama pra ver como que é o bico, se é um bico invaginado, se ele é mais protruso, menos protruso...”*

*“Mães adolescentes... a gente já vai avaliando... a gente já pede pra ver a mama como que tá, explica pra ela o porquê da ordenha, é... não deixar o nenê sugar sozinho, porque a boquinha dele é pequenininha, pode rachar o mamilo... indica a flexibilidade da aréola, que ele tem que abocanhar toda a aréola... e a necessidade de tirar o leite se sobrar, né... dela tirar...”*

*“Às vezes, vem alguém da família trazer, no teste do pezinho e não é a mãe. Eu falo: não, tem que vir... nós precisamos ver como é que tá essa mama”.*

*“Quando a mãe fala que está tudo bem... algumas mães chegam aqui e realmente está bem: a mama está boa, não esta túrgida, né, não tem fissura não tem rachadura, né... Então, a gente dá uma reforçada nas orientações...”*

Corroborando com os achados de Nakano (2003), a cultura institucional da amamentação, fundamentada no reducionismo biológico, concebe a amamentação como um ato natural, comum a todas as espécies de mamíferos, o que está evidenciado no discurso da enfermeira:

*“Porque no começo é mais complicado, mas depois que dá tudo certo que você vai com insistência... vai conseguir, é muito mais fácil do que cair na mamadeira. O peito tá pronto, é só tirar e pôr na boca... o nenê ganha, às vezes, mais peso, ele tem uma saúde muito melhor, por causa da amamentação. É tudo isso que a gente tenta mostrar...”*

O desafio atual está em modificar o paradigma da amamentação, pois ainda está vinculado a uma visão biologicista, por meio das suas determinações hormonais e fisiológicas, sendo o seu sucesso avaliado pelos aspectos meramente técnicos, tais como pega e ordenha (BRASIL, 2009a). A amamentação não deve ser compreendida somente na sua dimensão biológica, mas também como uma prática socioculturalmente condicionada (ALMEIDA, 1999).

O fato de não se considerar o AM como um ato social, com significados e representações, regulado por normas sociais e pela história de vida de cada mulher, pode ser a causa do desmame precoce (BRASIL, 2009a).

E mediante uma dificuldade relatada pela gestante e/ou mãe adolescente, em atendimento de urgência ou intercorrências, as enfermeiras verbalizaram:

*“A gente atende todo tipo, né, desde gestante que vem espontaneamente em atendimento de urgência, né, a gente atende. E puérpera com problema com amamentação, aparece à noite. Eu peguei vários casos, né. Problema de mamilo umbilicado, adolescente primigesta, né”*

*“Quando as intercorrências chegam, primeiro é pra avaliar as condições das mamas, né... perguntar... se o bebê não está mamando, se o bebê não está conseguindo abocanhar corretamente, se tem um acúmulo de leite, se sente dor... se ela já teve febre ou não, se ela tá sentindo a mama quente, se tem ‘caroço’ e bico dolorido, se o bebezinho dorme muito, se o bebezinho não dorme nada”*

*“Se está com alguma dificuldade na amamentação, aí a gente faz o exame físico também, de perguntar... faz o exame físico, avalia...”*

Segundo estudo de Sales e Seixas (2008) sobre as causas de desmame precoce no Brasil, as intercorrências da mama no puerpério, como fissuras, ingurgitamento mamário e dor, influenciam negativamente na duração da amamentação exclusiva.

De acordo com Nakano (2003), no contexto dos serviços de saúde predomina o modelo de pronto-atendimento e as ações são desencadeadas, tendo por base a queixa de ordem biológica apresentada que se fecha para qualquer possibilidade de espaço de interação com as mulheres, impossibilitando o profissional de apreender o que há por trás dos sinais e sintomas. De um lado o profissional de saúde se volta ao corpo como mero depositário de processos biológicos indicadores de saúde e doença, e por outro, as mulheres tendem a interpretar as sensações corporais de acordo com códigos específicos de seu meio, nem sempre congruentes com os dos profissionais de saúde.

Da mesma forma que a nutriz constrói seu conceito de aleitamento materno por meio do seu contexto sociocultural, os profissionais de saúde também constroem sua assistência baseando-se nos significados que atribuem ao aleitamento materno. O elemento mais forte na construção desse atendimento à nutriz é a crença da amamentação como um ato biológico e natural – negligenciando os aspectos sociais desta prática (MARQUES et al., 2007).

Algumas práticas de profissionais de saúde podem ter uma influência negativa no estabelecimento e na manutenção do AME. Recomendações inapropriadas, falta de habilidade para dar suporte às mães que estão amamentando e manejo clínico inadequado são importantes obstáculos ao AME (GIUGLIANI, 2001).

Caldeira et al. (2007) concluem que falta às mães suporte adequado e contínuo para correção da técnica e manejo dos principais problemas, o que representaria uma atitude mais ativa e eficaz dos profissionais da saúde na promoção da amamentação.

Considerando que a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, é importante que a abordagem da amamentação, no caso da gestante adolescente, seja sistemática e diferenciada, por estar em etapa evolutiva de grandes modificações corporais que são acrescidas daquelas referentes à gravidez e que podem dificultar a aceitação da amamentação (BRASIL, 2006b).

E quanto à abordagem do aleitamento materno para gestantes e/ou mães adolescentes, as enfermeiras relataram:

*“a abordagem é a mesma (das mães adultas). Acho que o maior cuidado que a gente tem (com a adolescente) é ver se entendeu, é devolver essa técnica... estar reforçando, pedir retorno, se você tiver dúvida, eu quero ver essa mama...”*

*“... mostrar a necessidade dela se cuidar para poder amamentar o nenê pra poder ficar com a mama boa também, né..., o cuidado da mama mesmo, mas acho assim... que não tem assim... cuidado específico pra adolescente.”*

*“Como aqui a maioria da nossa população grávida é adolescente, a gente acaba abordando como aborda todas, né, desde o pré-natal, na primeira consulta, a gente já faz o exame das mamas, já vê como é esse mamilo, já fala se ela sabe, se ela já teve outro filho, se não teve...”*

Ainda, as enfermeiras, ao abordarem o aleitamento materno para as adolescentes durante a consulta puerperal e puericultura, conferem uma série de ações e procedimentos voltados para a reprodução de técnicas - amamentação, ordenha mamária e relactação:

*“... é um pouco padronizado, né?... eu vou pedir para essa mãe colocar o bebê para mamar, eu vou verificar a técnica de aleitamento, né? Verificar no bebê e na mãe se está com a postura correta, se o bebê está fazendo a pega correta, se o tempo de amamentação está sendo o tempo suficiente...”*

*“Aí, no teste do pezinho a gente já vê a mama, a amamentação, como ela faz, como está sendo, aí a gente coloca o bebê pra mamar, pra sugar pra gente ver...”*

*“... se você não consegue dar nesse seio, você vai dar... deixar de uma a duas mamadas, tá, sem dar nessa mama, dar na outra, mas você vai tirar o leite, tá. É claro que você não precisa esvaziar a sua mama, tá, até deixar o ponto de conforto...”*

*“prática... eu já peguei alguns casos de fazer com a sondinha também, né, duas vezes eu consegui...”*

A busca por resultados positivos da prática da amamentação remete as participantes do estudo a ações, na maioria das vezes, normativas e técnicas, não levando em consideração a intersubjetividade da adolescente, ou seja, sua fala, seu pensar, seu sentir e suas reais necessidades frente às singularidades de amamentar (SOUSA, 2006).

Assim, a busca pelo sucesso está na obtenção do resultado: conseguir colocar o nenê para sugar adequadamente o seio materno, como cumprimento de normas preconizadas pelo serviço de saúde:

*“... O meu primeiro contato é de perguntar se o bebê está mamando e como está sendo isso. O bebezinho está mamando, como está? Teve algum problema?”*

*“De repente ela chega aqui, eu falo: E aí, tá tudo bem? Tá conseguindo amamentar? A mama... tá tudo certinho? Tá com rachadura? Tá muito cheia? Tem leite?”*

*“Põe o bebezinho para mamar, vamos ver como tá sendo, se tá pegando direitinho, né...”*

*“... aí a gente vê assim... que a mama tá muito cheia, ela não tira nem um pouquinho antes... já põe no seio, aquela mama enorme que o nenê com certeza vai escorregar, vai pegar só o bico, aí a criança fica irritada, chora muito, a mãe chora junto e não sabe o que fazer, né. Então, a gente precisa conversar, fazer as orientações, tirar um pouco do leite, né.... Você já sabe que está mais ou menos no horário, vai lá, tira, deixa a mama mais preparada para o nenê não ficar tão irritado...”*

Tais práticas parecem demonstrar o olhar biológico que, segundo Nakano e Mamede (1999), deixa de lado outras dimensões da vivência do aleitamento materno, como as de base psicológica, social e cultural. A prática da amamentação surpreende as mulheres quando se atém ao reducionismo biológico, esperando ser um processo fácil, natural, instintivo e na realidade vivenciam um processo complicado que demanda aprendizado.

Segundo Mattos (2001), tal reducionismo cria silenciamentos. A adolescente é colocada como expectadora no cenário de cuidado à saúde.

A integralidade deve estar presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional de saúde que deve procurar reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades das adolescentes (GOMES; PINHEIRO, 2005).

De acordo com Arantes (1995), as mulheres procuram o profissional para solucionar os seus problemas relativos à vivência da amamentação, mas o discurso que ouvem é baseado em normas e regras que não condizem com as suas reais necessidades, o que pode levá-las a sentimentos de medo e insegurança. A autora observa que, no cotidiano da assistência em amamentação, é necessário sair do ideal e contemplar o real na abordagem com a mulher, sendo importante promover reflexões junto a ela, na tentativa de apreender suas razões e motivações.

Segundo Sepka et al. (2007), é necessário que haja por parte dos profissionais da área da saúde um comprometimento sério com o incentivo ao AM, desde o início do pré-natal e continuamente após o nascimento do bebê, por profissionais que estejam preparados para lidar com as dificuldades presentes a ajudar as mães a não desistirem de amamentar seus filhos.



A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente, tem impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno, em especial entre as primíparas. O acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem (BRASIL, 2009b).

Pelos discursos dos sujeitos, constatados por suas ações, compreendemos que o atendimento dos profissionais prestado à adolescente, durante o ciclo gravídico-puerperal, revelou-se em descompasso com a teoria do atendimento integral, uma vez que suas ações estão pautadas em um agir em saúde fragmentado, centrado na produção de técnicas, desarticulado das necessidades da mulher, não levando em conta as particularidades dos indivíduos. Assim, este modelo de prática constituiu-se no elemento de maior relevo desta investigação.

Por outro lado, houve uma participante que verbalizou uma abordagem de aproximação com a adolescente, priorizando o seu contexto econômico e social do que a prática em si do aleitamento materno.

*“Eu só acho que, muitas vezes, a adolescente está mais susceptível quando a gente percebe que ela não tem o apoio da família, ou não tem o parceiro fixo, né (...) Então, são mais aspectos emocionais e sociais que a abordagem quanto ao aleitamento em si. Porque, por conta desses fatores, ela vai estar mais fragilizada, ela corre um risco maior de deixar a amamentação (...) então, eu acho que é... é vulnerabilidade (...) E outra, o risco dela parar de amamentar é grande, então, é uma gestante que a gente vai seguir de outra forma, é agendar uma consulta e fazer uma visita familiar.”*

Leite, Silva e Scochi (2004, p. 258) chamam a atenção para a assistência em amamentação:

É necessário, antes de mais nada, procurarmos entender o universo da mulher na sua individualidade para que, dessa forma, talvez possamos fazer uso fidedigno das articulações dos conhecimentos do campo biológico com os aspectos sociais para apoiá-la no processo de amamentação.

O ato de amamentar envolve a tomada de decisão da mulher, sua vontade e desejo de amamentar. É um momento em que a mulher faz uma revisão de seus vários aspectos sociais, coloca em movimento a integralidade do ser mulher, estabelecendo modificações importantes em seu viver (BRASIL, 2009a).

O papel da família nesse processo tem sido muitas vezes influente e/ou determinante na tomada de decisão da mulher em como amamentar seu filho. A família fornece orientações à mãe sobre a melhor prática alimentar a ser implementada com a criança (BRASIL, 2009a).

É possível aplicar a integralidade em práticas cotidianas dos profissionais, buscando-se o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a qualidade da atenção, redirecionando as práticas profissionais, relativizando o risco, de modo a valorizar a gestante e a mãe adolescente, não somente na dimensão biológica, mas também em suas necessidades enquanto mulher e adolescente (MELO, 2007).

### *O modelo tradicional de educação em saúde*

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

Pelas falas pudemos depreender que as enfermeiras realizam práticas educativas coletivas e individuais e que suas ações estão voltadas para o modelo tradicional de educação em saúde, centrada nos aspectos biológicos com abordagem de temas preestabelecidos nos grupos de gestantes:

*“... tem um grupo de gestante que sempre é feito (...) tem sempre abordado o tema do aleitamento: da importância, dos cuidados com a mama, tudo isso...”*

*“Existe o grupo de gestante (...) eu sei que elas passam vídeos, elas conversam, são várias aulas, são todas assim... aulas agendadas mesmo, né. Então, é um grupo já específico, com determinadas aulas fechadas, né... e lida mesmo sobre esses assuntos, da puerpéra, da gestante, do desenvolvimento da criança, né...”*

A educação em saúde tradicional, também chamada de preventiva, objetiva a prevenção de enfermidades, centrando sua abordagem educativa na mudança de comportamento individual (SOUZA et al., 2005), por meio de estratégias educativas que

poderiam ser chamadas de “bancárias”, no sentido de um empreendimento educativo em que, quem ensina se posiciona como detentor do saber, e o sujeito da ação educativa é posicionado como alguém que vai passivamente apreender os conhecimentos ensinados. Esta abordagem dificulta o desenvolvimento da consciência crítica desse sujeito, na medida em que parte do pressuposto de que o sujeito nada sabe e que é preciso preencher os espaços vazios da sua mente, depositando nesta os conhecimentos que se julgam importantes, sem que esse possa questioná-los (FREIRE, 1983).

Em se tratando de adolescentes, a educação em saúde deve se dar em um espaço que favoreça sua participação, permitindo poder de voz às mesmas com a utilização de jogos e vivências que contribuam para a reflexão e o aprendizado, partindo das percepções e das experiências de cada uma. Nesse processo, devem ser situadas em seu contexto social não impondo às adolescentes modelos prontos, mas favorecendo um espaço para discussão dos problemas e reflexão dos temas a partir das necessidades identificadas pelo próprio grupo, fortalecendo a autoestima e a autonomia das jovens (BRASIL, 2005c).

Assim, assumir a integralidade na educação em saúde significa que os profissionais passem a perceber a comunidade como “seres que sabem, sabem que sabem, sabem porque sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não menos importante, agem consequentemente aos seus saberes” (MORIN, 2002).

Segre e Santoro Júnior (2001) sugerem que a equipe de saúde tenha, como material de apoio para a educação em saúde, um manual de orientações para aleitamento materno e alimentação da criança e folhetos educativos sobre o assunto, para distribuição às mães, após a devida orientação nos atendimentos, e ainda possuir álbum seriado sobre todos os passos do aleitamento materno. Vídeos educativos sobre o assunto também são muito úteis. Segundo Moura e Sousa (2002), a criatividade e o envolvimento do profissional com o seu público-alvo podem ser fatores determinantes no sucesso das atividades de educação em saúde.

Dyson et al. (2009) afirmam que intervenções individuais têm sido consideradas eficazes para o aumento na iniciação e duração da amamentação exclusiva entre os diferentes grupos populacionais em diferentes contextos, em especial as adolescentes.

Segundo estudo de Hannula, Kaunonen e Tarkka (2008), as intervenções de apoio à amamentação com a utilização de diversos métodos de educação aliados ao apoio de profissionais da saúde são consideradas mais eficazes do que intervenções centradas em um único método. Além disso, para um grupo de apoio educativo ser efetivo, precisa ser interativo. Também, intervenções de apoio à amamentação além do período da gravidez, tais como no intraparto e pós-parto foram mais efetivas do que intervenções concentradas em um

curto período. No período puerperal, foram consideradas eficazes as visitas domiciliares, contato por telefone e centros de apoio à amamentação.

As participantes verbalizaram a utilização de materiais educativos disponibilizados nas Unidades de Saúde, para a educação em aleitamento materno:

*“... A gente tem aqui uns manuaizinhos, né, que a gente oferece para todas as mães, usa as figuras, né, como uma forma de mostrar pra elas como que é a mama por dentro, como que forma o leite, o que é o leite empedrado. Então, a gente costuma usar esse material educativo.”*

*“... a gente tem materiais informativos, né, que são distribuídos e eu pego esses materiais e falo de um assunto muito especial... e vou abrir todo o material informativo, desenhos, vou mostrando as alterações que vão acontecendo...”*

*“... a minha prática é sempre mostrar... eu gosto muito da figura, porque eu não gosto que o jovem imagine... né... eu mostro os cartazes, mostro a mama, a produção do leite como que ela acontece, de uma forma né... não imaginária, mas real...”*

É incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, seja a nível individual ou coletivo (BUDÓ; SAUPE, 2004). Para isso, recomenda-se que o profissional condutor do grupo seja capacitado para desenvolver ações educativas que incentivem a autonomia das jovens, criando um ambiente de compreensão e aceitação mútua, para que as participantes encontrem respostas positivas em relação às necessidades de segurança, de reconhecimento e de aceitação (BRASIL, 2005c).

Moreira e Fabbro (2005) descreveram estratégias de ensino que podem ser utilizadas para discutir conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de enfermagem acerca do manejo do aleitamento materno, entendendo-o não somente pelos aspectos técnicos e biológicos, mas contemplando também reflexões sobre as atitudes e crenças da amamentação tanto de quem assiste como de quem é assistido. Os autores concluíram que a utilização do método participativo mostrou-se eficaz, com a abordagem a partir de aulas expositivas dialogadas, dinâmicas de grupo, dramatização e debates com o objetivo de estimular um olhar crítico e amplo, envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos em relação à amamentação, contribuindo para conscientização, libertação e sensibilização do grupo, compreendendo a mãe de forma individualizada e humanizada, propiciando ao profissional uma reflexão sobre sua prática.

Como apoio suplementar na orientação das mães e na realização de práticas educativas, os materiais educativos mostram ser efetivos, desde que reflitam e se adequem à realidade dos usuários. Porém, embora se reconheçam a influência e a importância desses “recursos educativos” e a prioridade que se tem dado aos espaços coletivos em detrimento do modelo individualista tradicional, faz-se necessária uma reflexão por parte tanto dos profissionais de saúde quanto dos produtores destes materiais, no que diz respeito à diversidade das experiências e ao perfil da população a que se destinam (BEZERRA et al., 2007).

O papel do enfermeiro na promoção e apoio à amamentação é crucial (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008). Todas as gestantes e mães deveriam beneficiar-se de atividades educacionais e promocionais sobre a amamentação. Para isso, a chave é individualizar um enfoque pessoal para necessidades específicas, identificadas a partir do conhecimento tanto do indivíduo como do seu ambiente social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989).

Uma das metas da educação em saúde é a melhoria das condições de vida e de saúde das populações (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Particularmente, a saúde do adolescente tem representado um desafio para os profissionais de saúde que se dedicam a este grupo populacional, pois a prática médica pautada na forma tradicional restringe-se a oferecer tratamento aos pacientes a partir dos sintomas relatados (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) ressalta a importância das ações de educação em saúde como estratégias eficazes para estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescentes, afirmando assim que o atendimento grupal constitui-se numa forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas, considerando a característica de adolescentes e jovens de procurar no grupo de companheiros a sua identidade e as respostas para suas ansiedades.

Assim, é imprescindível ao enfermeiro realizar práticas de educação em saúde, a fim de que as pessoas busquem um melhor bem-estar, participação e representação social, tendo o empoderamento de suas ações (OLIVEIRA, 2005).

A partir do princípio da integralidade, concebe-se que todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem aprimorar uma visão holística, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida; nos ambientes onde os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida se dão (MACHADO et al., 2007).

### *Ações preconizadas versus não preconizadas*

Quanto às práticas de orientações às gestantes e/ou mães adolescentes, as participantes revelaram a necessidade de seguir protocolos, como, por exemplo, em relação aos cuidados com as mamas.

*“Olha, a nossa conduta é... a gente segue sempre o protocolo da Secretaria, é a ordenha manual e o banho de sol, tá, e aí no dia a dia a gente vai avaliando pra saber se tem que fazer a suspensão da amamentação... por causa de escoriação do mamilo e aí suspende, ordenha e orientar a oferecer o leite, ou no copinho ou com a colherinha...”*

*“... Primeiro o protocolo vai dizer sobre o aleitamento, a vantagem do aleitamento, ele vai abordar a questão dos mamilos, do exame físico das mamas, formato dos mamilos... vai tratar da mastite, de qual é a primeira conduta, né. Da gente fazer aquele esvaziamento para mãe sentir um pouco de alívio...”*

*“A gente já passa essa gestante pro PA e fica monitorando a conduta do médico que, às vezes, alguém distante dessa prática, ele pode tomar uma conduta que não está de acordo com o protocolo, aí a gente vai, conversa com ele, mostra o protocolo de aleitamento da Secretaria e as condutas que tem que ser tomadas...”*

*“... a gente segue sempre o protocolo da Secretaria... a nossa orientação é essa, que nem sempre é o que elas fazem, porque é difícil você dar o leite no copinho, na colherinha... ela tem medo de estar engasgando, mas a nossa... a gente até pega o copinho, dá o copinho, mostra como que é, coloca o nenê em pezinho, tudo... a nossa orientação é essa...”*

No entanto, foi possível identificar outras informações que são transmitidas às gestantes e/ou mães adolescentes, revelando uma dualidade entre práticas recomendadas e não recomendadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde.

*“Durante a primeira consulta, né... a gente orienta já pra manter o seio prá dar uma escovação né, na mama, prá manter o mamilo mais flexível... depois no puerpério é que a gente vai orientar, a hora que ela vier fazer o teste do pezinho, a apojadura, o banho de sol, a ordenha manual.”*

*“A gente orienta... tomar sol nas mamas, né, explica... lavagem das mamas, não usar creme nos mamilos, né, é... quando for tomar banho, usar a buchinha prá lavar com uma compressão mais de lado, né... pra que a pele vá tomando uma consistência mais resistente, né e observar a transformação... que a mama vai aumentar um pouco de volume até o final*

*da gestação, que vão começar a produção dos primeiros fluidos aí... pra não ficar apertando..."*

*"e outra coisa que a gente orienta assim nesse primeiro contato, que é no teste de gravidez, a gente faz uma avaliação da mama prá ver como é que é o bico... então... pra tá fazendo aquela 'massagenzinha' de tentando exteriorizar o bico mesmo, entendeu?"*

A preparação das mamas foi bastante divulgada no passado e atualmente não tem sido recomendada de rotina, pois a gravidez se encarrega disso. Assim, manobras para exteriorizar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, não são recomendadas, pois na maioria das vezes não funcionam e podem ser prejudiciais, podendo, inclusive, induzir o trabalho de parto (BRASIL, 2009b).

Brasil (2005c) recomenda que o profissional que atende adolescentes e jovens adquira uma série de competências que permitam a realização adequada das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação. A educação permanente deve visar, mais que um simples domínio de conhecimentos e habilidades técnicas, à transformação da prática profissional e da qualidade do serviço.

O conteúdo das entrevistas também revelou outras orientações de prevenção de traumas mamilares, tais como:

*"... o primeiro contato é a partir do teste de gravidez... a gente já faz orientação do cuidado com a mama durante a gravidez, do banho de sol, sempre que puder, não usar os cremes hidratantes na aréola, bicos e... não ficar esfregando toalha, nós fazemos essa orientação... não ficar espremendo mama."*

*"... falar do banho de sol, que ela não pode tá passando creme na mama, independente de passar na aréola e no mamilo, ela não pode passar na mama (...) e já começa lá na primeira consulta do pré-natal..."*

*"... oriento o banho de sol, né... tem muita gente que manda passar um monte de outras coisas, mas que não adianta, tem gente que manda pôr banana, manda pôr álcool, manda passar bucha, manda passar isso, aquilo, e não precisa nada disso, que só tomando o sol resolve..."*

Os primeiros dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação. É um período de intenso aprendizado para mãe e bebê (BRASIL, 2009b).

O trauma mamilar está normalmente relacionado à técnica inapropriada de amamentação que não somente causa dor, mas pode ter um impacto negativo na qualidade das

mamadas (SOUZA; BISPO, 2007). Sua prevenção pode ser conseguida por meio de cuidados para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite; amamentação em livre demanda; ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada; evitar o uso de protetores de mamilo; não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante, e amamentar com técnica correta (GIUGLIANI, 2004).

Dentre as causas de lesões mamilares, estão o uso impróprio de bombas de extração de leite e o uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos (GIUGLIANI, 2004).

Existem dois tipos de tratamento para acelerar a cicatrização das lesões mamilares: o tratamento seco (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo), bastante popular nas últimas décadas, porém não tem sido mais recomendado porque se acredita que a cicatrização das feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão) se mantiverem úmidas e o tratamento úmido, atualmente recomendado, com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme. Para isso, pode-se recomendar o uso do próprio leite materno ordenhado nas lesões (GIUGLIANI, 2004).

*“... então, os cuidados com a criança e com ela, né... e cuidados com as mamas, a gente faz ordenha, orienta direitinho pra não usar compressa quente nem compressa fria, nem bombinha de tirar leite, né.”*

*“... olha, tem então a apoiadura, tem ingurgitamento, então a orientação é... de como colocar esse nenê pra mamar, ordenhar um pouquinho com a mão antes de colocar o nenê prá mamar... se tá escoriado ou não, o banho de sol sempre vai continuar (...) e se já tiver muito machucado, a orientação é... dar um descanso pra aquela mama que tá pior e continuar com o banho de sol, passando o próprio leite materno antes do sol e dar um descanso, fazendo uma ordenha manual, até dá uma melhorada, pra depois botar o nenê pra mamar...”*

*“... conduta de tomar... o sol pela manhã, para que possa formar a cicatrização do mamilo... O uso do leite materno, né?”*

Existem dois tipos de ingurgitamento mamário: o fisiológico e o patológico. O fisiológico é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”. Não requer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva, causando grande desconforto para a mulher. A mama apresenta-se aumentada de tamanho,



dolorosa, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes, dificultando a pega do bebê. Recomenda-se, dentre outras medidas, o uso de sutiã com alças largas e firmes, amamentação em livre demanda, uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios, massagens nas mamas e ordenha manual da aréola (GIUGLIANI, 2004).

*“quando a mãe é adolescente... ou é visita ou é contato aqui no posto... uma avaliação mesmo da mama, tentar colocar essa criança pra mamar prá ver como ela está fazendo, corrigir os erros, orientar de quanto em quanto tempo, também não deixar o tempo inteiro no peito, porque, às vezes, fica só ‘chupetando’, não tá nem mamando, invés de ganhar peso, perde.”*

Brasil (2009b) ressalta que limitar a duração das mamadas não tem efeito na prevenção ou tratamento do trauma mamilar.

Além de conhecer bem as vantagens da amamentação para a criança e sua mãe, todo profissional que atende mãe e bebê deve ter conhecimento sobre a prevenção e o manejo dos principais problemas decorrentes da lactação. Ingurgitamento mamário, traumas mamilares, mastites, entre outros, são fonte de sofrimento para a mãe que amamenta, podendo determinar o desmame precoce (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004).

É necessário que o enfermeiro saiba compreender profundamente os problemas que cercam uma consulta de maneira a diagnosticá-los corretamente, a fim de ajudar efetivamente uma mãe a resolver seu problema (BUENO; TERUYA, 2004).

As depoentes também identificaram crenças, mitos e tabus que envolvem o aleitamento materno e suas respectivas condutas:

*“... e aquelas coisas né, que... não tem, não existe leite fraco, que a criança, o mais importante é.. pra aquele momento é o leite materno (...) o leite é um só, a composição é a mesma, se você... quanto mais amamenta a criança vai sugar, mais vai estimular a formação do leite, né?”*

*“... outra coisa que a gente pega aqui, que elas têm costume de pôr pano, tampão... que não tem necessidade, que isso só vai prejudicar... que não precisa colocar nada... molhou... dez vezes toma banho, troca o sutiã várias vezes ao dia...”*

A maioria das mulheres tem condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seu filho. No entanto, uma queixa comum, durante a amamentação, é “pouco leite” ou “leite fraco” que muitas vezes é reflexo da insegurança materna quanto à sua capacidade de nutrir plenamente o bebê, gerando ansiedade na mãe e na família, o que pode

culminar com o desmame, por isso essa queixa deve ser valorizada e adequadamente manejada (BRASIL, 2009b; GIUGLIANI, 2004).

Souza e Bispo (2007) consideram que as instruções não estão sendo passadas de forma adequada, pois ainda existem falhas no processo de amamentação. Certamente, as medidas tomadas precisariam ser reavaliadas, para se obter o resultado esperado. Torna-se preciso atentar para o processo de comunicação acerca dos benefícios e requisitos da amamentação bem-sucedida.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), não basta ao profissional de saúde ter conhecimentos básicos e habilidades em aleitamento materno. Ele precisa ter também competência para se comunicar com eficiência, o que se consegue mais facilmente usando a técnica do *aconselhamento* em amamentação. Aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas. Em outras palavras, o aconselhamento, por meio do diálogo, ajuda a mulher a tomar decisões, além de desenvolver sua confiança no profissional.

Evidencia-se, assim, a necessidade de se perceber a integralidade como um princípio alicerçado em um novo paradigma para o qual o profissional esteja preparado para ouvir, entender e a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades (MACHADO et al., 2007).

### **Cotidiano do serviço de saúde na atenção às gestantes e/ou mães adolescentes**

Com base no princípio da integralidade e do agir em saúde, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (MACHADO et al., 2007).

No entanto, segundo Brasil (2009a), o predomínio do modelo de atenção fragmentado e hierarquizado do sistema de saúde contribui para uma série de dificuldades inerentes à promoção e manutenção do aleitamento materno, tais como: pouco suporte às demandas

pertinentes a cada ciclo de vida familiar (criança, mãe, pai, outros), ineficaz interdisciplinaridade do trabalho dos profissionais de saúde, resposta insatisfatória dos serviços de saúde, sobretudo da atenção básica, aos problemas mais frequentes no manejo do aleitamento materno, abordagem focada no indivíduo e na doença e não na coletividade e de forma integralizadora.

No cotidiano dos serviços de saúde, frequentemente há confronto entre os profissionais, por não atuarem mediante os mesmos objetivos, ou seja, o bem-estar do usuário e o desenvolvimento de ações curativas ou preventivas no processo de saúde-doença (MACHADO et al., 2007).

Nesse sentido, identificamos como se dão as relações de trabalho entre os profissionais de saúde e de que forma o serviço de saúde está organizado para o atendimento à gestante e/ou mãe adolescente, com vistas à promoção do aleitamento materno e segundo a percepção e/ou vivência das entrevistadas.

### ***Busca pelo trabalho em equipe***

Os profissionais das diversas áreas devem interagir por meio de um enfoque multiprofissional, centrado no usuário, evitando ações fragmentadas. As decisões devem ser compartilhadas em discussões conjuntas, resultando em uma intervenção mais eficaz. Sempre que necessário, recomenda-se a interconsulta ou a referência para outros profissionais/serviços (BRASIL, 2005c).

Nos discursos das participantes acerca das relações de trabalho, fica evidente que as enfermeiras se mobilizam na busca por outros profissionais da saúde tais como o pediatra, o ginecologista e outras enfermeiras; e, ainda, que existe um intercâmbio entre eles. As participantes também verbalizaram que contam com parcerias inter e extrainstitucionais como o *Banco de Leite*, o *Projeto Floresce Uma Vida* e as Universidades para melhor atendimento às adolescentes.

*“... E em relação ao leite misto, eu sempre encaminho pro pediatra também pra dar uma avaliada, né. Por que que está introduzindo, né... então, eu faço minhas orientações, mas converso com o pediatra também”.*

*“... por exemplo, tem a produção muito grande, se ela quiser doar o leite, ela pode tá doando, a gente entra em contato com o Banco de Leite; o Banco de Leite vem buscar o leite...”*

*“quando a criança nasce, que aí é a nossa orientação, também sempre tem um grupo de gestante que é feito geralmente pelos alunos... sempre tem abordado o tema do aleitamento, da importância, dos cuidados com a mama, tudo isso... e a gente sempre acaba fazendo uma participação”.*

*“... geralmente o pessoal, quando tem o nenê no hospital, o pessoal do Floresce já dá uma ligadinha prá gente, né... e fala: ó, saiu daqui bem ou saiu daqui com dificuldade para amamentar (...) o seio rachou... então dá uma avaliada como que tá”.*

Ainda, foi evidenciado que, embora a comunicação entre os membros da equipe aconteça, este processo se dá de forma superficial, uma vez que a articulação ocorre em forma de encaminhamento ou agendamento para outro profissional. As participantes reconhecem fragilidades nas relações profissionais, tais como a dificuldade ou inexistência do trabalho em equipe para atendimento à gestante e/ou mãe adolescente.

*“... a gestante chega e... a gente vai atuando... não existe assim... um intercâmbio entre o ginecologista e a gente, sabe... não existe isso...”*

*“Aqui, você vê assim cada um tem uma atitude frente a um problema novo. Então, por exemplo, eu peguei uma paciente um dia, que estava com sinais de mastite, com muita dor, com febre, com hiperemia, com tudo... fui lá no médico, pedi para ele se podia medicar, e o médico falou: você acha que vou passar anti-inflamatório para quem está amamentando?”*

*“existe um interesse principalmente econômico, né, por amamentar, eu sei por causa do custo, das dificuldades de conseguir o leite. Mesmo que elas consigam, assim... eu vejo que tem que agendar a assistente social... dá trabalho”.*

A busca do trabalho inter e multiprofissional deve ser uma constante, mas sua impossibilidade não pode ser um impedimento. Um único profissional interessado pode iniciar atividades específicas com as adolescentes e, gradativamente, sensibilizar outros profissionais e setores da unidade para o trabalho em equipe. Todas as categorias profissionais podem se qualificar para o atendimento de adolescentes e jovens. A diversidade contribui para ampliar as possibilidades de atuação e resolução de problemas (BRASIL, 2005c).

O estudo de Bezerra et al. (2007) mostrou que o envolvimento multiprofissional e a atividade diferenciada para mulheres com problema de amamentação não faziam parte da rotina da maioria dos profissionais.

Segundo Ciampo et al. (2006), o trabalho integrado de toda a equipe de saúde, desde o início do atendimento pré-natal e durante todo o seguimento no programa de puericultura, é fator decisivo na implantação e manutenção do aleitamento materno por períodos mais prolongados.

Foi revelado, também, que as participantes reconhecem os limites de sua atuação e buscam os saberes de outros profissionais como forma de complementar as suas ações no atendimento às mulheres:

*“...eu acredito que os outros profissionais que trabalham especificamente com saúde da mulher devem ter uma prática mais completa que a minha, mas a minha prática está sempre associada a esses outros profissionais para tirar dúvidas porque não é minha área específica de atuação.”*

*“isso precisa ficar claro que esses profissionais especializados, eles vão dar o tratamento mais aprofundado, mais especializado, às vezes, mais eficiente do que esses outros profissionais que ficam à margem do programa.”*

Considerando que o processo de aperfeiçoamento profissional deve ser permanente, atendendo às necessidades e às possibilidades que o dinamismo do cotidiano traz ao serviço, a educação continuada, que pode se dar por meio de reuniões da equipe, é um mecanismo importante no desenvolvimento das relações entre a própria equipe, no que se refere à melhoria da qualidade da assistência prestada. É fundamental que se garanta um espaço de estudo para interação entre os profissionais do serviço, com vistas a uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (BRASIL, 2005c).

Para que ocorra a mudança nas práticas de saúde, é necessário que haja uma transformação nas relações de trabalho da própria equipe de saúde. Urge uma nova forma de olhar o indivíduo/usuário, o colega de trabalho, e a si mesmo, como profissional de saúde. As equipes de saúde precisam oferecer mais do que a prestação de um serviço pura e simplesmente, entendido como a realização de atos formais (CAMPOS, 2003).

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exige interação e diálogo permanentes (BRASIL, 2009d).

Uma estrutura em rede significa que os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou por meio dos que os cercam. Os componentes da rede devem definir coletivamente os objetivos e definir fluxos de acordo com a necessidade e gravidade de cada caso. A força de uma rede está diretamente relacionada a sua capacidade de favorecer a circulação e a troca de informações, o compartilhamento de experiências, a colaboração em projetos, o aprendizado coletivo, o fortalecimento de laços entre seus membros e, sobretudo, a ampliação do poder de decisão dos vários nós que a constituem (BRASIL, 2009a).

Os pressupostos atuais da educação em saúde apontam para a necessidade da construção de práticas fundamentadas no trabalho em rede, com corresponsabilização de todos os atores. Para isso, são necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e a seus problemas de vida, em busca da integralidade da atenção pelo conjunto de serviços e ações a serem realizados (BRASIL, 2009a).

Cuidar dessa rede de relações, permeada por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde (BRASIL, 2009d).

### ***Organização da Unidade de Saúde***

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal e para isso, os serviços de saúde devem estar organizados para garantir o acesso das adolescentes a ações de promoção ao aleitamento materno (BRASIL, 2005a).

O Ministério da Saúde informa que, para favorecer o acesso e a adesão, alguns cuidados são fundamentais, tais como: viabilizar o atendimento mesmo que a adolescente não disponha dos documentos exigidos pelo serviço ou esteja sozinha; oferecer o máximo de informações sobre horários de atendimento, profissionais de referência, serviços e atividades disponíveis; procurar agilizar o acesso aos diferentes serviços da unidade (ex.: agendar consultas); evitar excesso de burocracia para a prestação do atendimento; criar mecanismos mais flexíveis de organização, uma vez que, pelas características próprias dessa faixa etária, é frequente desrespeitar horários e datas de agendamento; viabilizar a referência para outros serviços, sempre que a unidade de saúde não tiver condições de atender à necessidade apresentada (BRASIL, 2005c).

A participação da população por meio do controle social, e em especial das adolescentes, é fundamental para que na organização dos serviços de saúde suas necessidades sejam atendidas. Esta presença poderá facilitar a adesão e cooperação do grupo de usuários, contribuindo para melhor qualidade da atenção prestada (BRASIL, 2008). Toda oportunidade de envolvimento do adolescente com o serviço de saúde deve ser bem aproveitada. É importante que não se estabeleçam regras rígidas que dificultem ou impossibilitem o acesso do adolescente aos serviços para que não se percam oportunidades de propiciar orientação e apoio nas questões do aleitamento materno (SÃO PAULO, 2006).

Uma abordagem ideal deveria privilegiar as necessidades da adolescente, seu meio social, rede de apoio e aleitamento materno. A amamentação constitui uma das mais importantes medidas vitais para prevenir a ocorrência de diarreias e distúrbios nutricionais, como obesidade e desnutrição. Neste sentido a equipe de saúde, responsável pelo acompanhamento pré-natal das gestantes e clínico das crianças, necessita investir na orientação e valorização da prática do aleitamento materno exclusivo até seis meses, como medida prioritária de prevenção de agravos à saúde dos filhos de adolescentes (COSTA; FORMIGLI, 2001).

*“Na primeira consulta, a gente já aborda é... cuidados do pré-natal, a importância do pré-natal, a amamentação, a alimentação, a vacina, né, procura saber, no caso de adolescente, se... se estuda, se trabalha, com quem que mora, né, porque de repente ela pode estar se sentindo desprotegida, se tem namorado, se não tem e então, nesses casos a gente conversa assim muito com elas pra tentar dar um suporte mesmo”*

*“Caso essa gestante não venha na coleta, a gente faz busca ativa, tá... faz busca ativa ou faz visita pra tá orientando a importância dessas coletas, aí isso é feito também no caso da consulta médica, caso ela não venha na consulta médica, a gente também faz a busca ativa dessas gestantes”*

*“se ela (adolescente) falta nas consultas de pré-natal, a gente faz a busca dessa paciente, quando faz a visita tá abordando, né, a importância do pré-natal, já tá abordando os cuidados, (...) e tá abordando ela toda vez que ela procura a unidade, durante as consultas do pré-natal, a questão da amamentação (...) Então, eu acho que pelo fato de ser uma unidade assim... menor, isso também facilita, né...”*

Considerando o papel protetor do aleitamento materno sobre a morbidade e mortalidade infantis, as iniciativas de promoção da prática devem ser consideradas prioritárias dentro das políticas de saúde pública de cuidado infantil (CALDEIRA; FAGUNDES; AGUIAR, 2008).

A *Rede Amamenta Brasil* é uma iniciativa que se insere na atenção básica, por meio de práticas voltadas para a promoção do aleitamento materno, integrando-se às demais redes, como a *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*, a *Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano* e outras intra e extrasetoriais de apoio e estímulo ao AM, visando a aumentar a resolutividade de suas ações e de forma a consolidar uma rede horizontal, participativa, colaborativa e descentralizada. (BRASIL, 2009a).

Além disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), ao considerar a relevância da assistência à mulher, tem elaborado e atualizado normas e manuais técnicos com o objetivo de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde.

As participantes, ao serem indagadas sobre seu atendimento junto a gestantes e/ou mães adolescentes, referiram que suas atividades concentram-se na solicitação de exames (teste de gravidez e/ou exames de rotina do pré-natal), realização de procedimentos (cadastramento, preenchimento do cartão da gestante), orientações e agendamento de retornos. De acordo com as falas, parece haver uma padronização no atendimento às mulheres.

*“E depois, conforme ela vem pro acompanhamento com o ginecologista no pré-natal, às vezes, elas passam com a gente pra tirar alguma dúvida, ou se ela sente alguma dor, nem procura o médico, procura direto a enfermeira pra falar que está com dor. Aí a gente acompanha, vê o que é, orienta e se precisar fala com o G.O. pra atender”*

*“Se deu positivo, aí a gente começa a fazer os pedidos de exames, cartão de gestante, cadastro ela no sistema, no SIS Pré-Natal, cadastra, faz a carteira de gestante, faz todos os exames, eu explico pra ela porque eu estou pedindo todos os exames, principalmente a parte de sorologia de HIV, porque elas ficam olhando assim, então, HIV, toxoplasmose, hepatite, faz parte da rotina do pré-natal por isso vai estar colhendo, fezes, urina”*

*“o primeiro contato é a partir do teste de gravidez, o Pregnosticon, né... e nessa primeira entrevista se o teste é positivo, a gente já faz a orientação do cuidado com a mama durante a gravidez (...) Quando a criança nasce, que aí é a nossa orientação, também sempre tem um grupo de gestante (...) tem sempre abordado o tema do aleitamento: da importância, dos cuidados com a mama, tudo isso...”*

Para a viabilização da integralidade do cuidado, é necessária a constituição de uma rede qualificada de cuidado nos níveis de atenção à saúde. Característica fundamental desta rede de cuidado é a existência de um sistema de encaminhamentos, referência e



contrarreferência, em que os usuários sejam atendidos em tempo de evitar complicações e na qual a responsabilidade pelo cuidado continuado está nas mãos dos profissionais da saúde (HARZHEIM, 2009).

Pinheiro (2001) refere que a integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades.

Consideramos que a atenção pré-natal deve estar organizada para atender às reais necessidades das adolescentes. Segundo normas do Ministério da Saúde, o pré-natal de adolescentes deve ser iniciado o mais precocemente possível, no início do primeiro trimestre, e as consultas subsequentes devem ocorrer a cada 30 dias até a 36<sup>a</sup> semana e a cada oito dias até o parto, salvo nos casos de gravidez de risco. Entretanto, o número de ingressos tardios e de comparecimentos irregulares ao pré-natal observados no estudo de Costa e Formigli (2001) sugere a necessidade de sensibilização e motivação das gestantes adolescentes pela equipe de saúde.

Ao confirmar a gravidez e determinar a idade gestacional, é importante analisar o que este momento representa para a adolescente e dar apoio necessário para ela enfrentar a situação, ajudando na comunicação com a família e esclarecendo as dúvidas acerca da gestação e seus riscos (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, é importante que o profissional de saúde evite o excesso de tecnicismo, estando atento, também, para os aspectos emocionais comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para escuta acolhedora, em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer (BRASIL, 2006b).

O período durante o qual se dá o estabelecimento da lactação, após a alta, já em casa, é um período crítico porque coloca mãe e filho perante determinados obstáculos que é preciso ultrapassar, para que a prática do aleitamento materno se consolide com sucesso. O período referido como após a alta deve ser encarado como aquele que vai da chegada do binômio em casa até o desmame total (PINTO, 2008).

Lana, Lamounier e César (2004) afirmam que incentivar o AM é muito importante nas consultas puerperais. Muitas crianças que interromperam precocemente a amamentação têm mães que queriam e podiam amamentar. A frustração da mãe que quer amamentar e não consegue é muito grande. Dessa forma, o incentivo ao aleitamento materno sem que se deem condições para que ele se efetive pode causar sentimentos de culpa nas mães, impotentes para remover tantos obstáculos colocados no caminho da amamentação.

Estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de avaliar a implantação de programas e de ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno na rede de saúde (BEZERRA, et al., 2007; DUBEUX et al., 2004; LANA; LAMOUNIER; CÉSAR, 2004).

Bezerra et al. (2007), ao analisarem o grau de implantação da ação de incentivo ao aleitamento materno nos ambulatorios públicos do Recife (PE), realizada em 84 equipes de saúde da família e em 42 centros de saúde, concluem que o mesmo é insatisfatório, demonstrando a dificuldade de se conseguir romper com as práticas clínico-individualistas e introjetar propostas universais e integrais de promoção à saúde. Dubeux et al. (2004) avaliaram o grau de implantação da ação de incentivo ao AM em 40 equipes de saúde da família do município de Olinda (PE) e concluíram que houve insuficiente adesão das equipes de saúde da família às atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, repercutindo no grau de implantação da ação de incentivo ao aleitamento materno e possivelmente desfavorecendo um aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo e suas modalidades. Lana, Lamounier e César (2004) avaliaram o impacto da implantação de um programa na manutenção da amamentação para além dos dois meses de vida da criança, em um centro de saúde do município de Pampulha, Belo Horizonte. O programa baseou-se fundamentalmente em estratégias de apoio usadas para fazer as informações, orientações e procedimentos chegarem até as mães, impedindo que problemas ocorram e solucionando os problemas que ocorrerem. O programa teve impacto positivo na duração da manutenção do aleitamento materno dos dois aos 12 meses de idade.

Segundo Brasil (2005c), dentre as ações que as Unidades de Saúde desenvolvem está a visita domiciliar que deverá atender às necessidades locais e às especificidades da atenção integral a adolescentes. A realização de visitas domiciliares apresenta vantagens no sentido de conhecer melhor o contexto de vida das adolescentes e a dinâmica de suas famílias. É uma oportunidade para fortalecer vínculos, convidá-las para atividades educativas, identificar situações de risco, além de captar pessoas não aderentes ao tratamento.

Barros et al. (1994) implementaram um programa de apoio ao AM no Rio Grande do Sul, Brasil, a 450 binômios mãe e filho, constituído por três visitas domiciliares: aos 5, 10 e 20 dias após o nascimento. Esse estudo mostrou que as visitas domiciliárias após a alta podem ter um efeito positivo mensurável nos padrões de AM, ao longo dos primeiros meses de vida do bebê, para além de constituírem uma estratégia de baixo custo, principalmente se elas forem realizadas aos binômios que apresentem mais dificuldades no estabelecimento do AM.

Nas falas das participantes, pudemos depreender que as visitas domiciliares se restringem à sua realização mediante a identificação de algum problema, como, por exemplo, a falta à consulta médica ou de enfermagem.

*“Tem as visitas domiciliares também. Por exemplo, se o bebê está perdendo peso, porque assim... a gente marca o retorno e, por exemplo, ela não voltou, ou se ela estava com alguma dificuldade pra amamentar, a gente ensinou, marcou o retorno e ela não voltou e eu não tive esse retorno, aí na visita eu vou atrás, aí ela fala eu não fui porque melhorou, o bebê tá mamando melhor, e por isso elas não voltam....”*

*“às vezes o médico manda por e-mail o nome dessa gestante que não está passando em consulta, daí a gente vai atrás.”*

*“A gente sempre orienta assim, a importância de não faltar na consulta, porque se a gestante faltou, no dia seguinte a gente manda agente comunitária, pergunta se faltou, vem remarcar. A gente sempre vai atrás de gestante. Gestante é prioridade pra gente...”*

Mediante algum problema com o aleitamento materno, a enfermeira tem como rotina a disponibilidade de um dia por semana para realizar visitas domiciliares e, caso exista algum caso “muito complicado”, ela pode sair desta rotina.

*“A visita domiciliária eu acredito que seja um complemento, que não é o essencial, porque é uma vez por semana, então, justo no dia da visita como que eu vou ver uma mãe que me passam por telefone hoje... eu só vou ver na próxima terça-feira porque me passaram na quarta-feira... ou eu tenho que ir na sexta-feira fora do meu dia de viatura, mas que tinha um caso muito complicado...”*

*“... uma menina de quinze anos, com dificuldade na amamentação, que o Floresce me passou, o endereço na favela, eu fui na favela...”*

A visita domiciliar como forma de acompanhamento da gestante e/ou mãe adolescente possibilita que o profissional vivencie e compartilhe de perto a experiência negativa ou positiva dessa mulher com a amamentação e forneça subsídios para que, diante dos problemas apresentados, não haja abandono do AM. Portanto, cabe aos profissionais de saúde, olhar o ato de amamentar sob várias perspectivas e estarem dispostos a refletir e encontrar meios para que a amamentação se torne cada dia mais uma experiência positiva na vida de nutrizes (SEPKA et al., 2007).

Conforme o manual técnico de pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde, o retorno da mulher e do recém-nascido à UBS deve acontecer na primeira semana, após o parto (BRASIL, 2005a).

De acordo com Brasil (2005a), a atenção puerperal não está consolidada nos serviços de saúde. A maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido, como pôde-se observar nas seguintes falas:

*“Aí quando a criança nasce que já vem a primeira vez que vem pro Posto, no teste do pezinho, que a gente já faz uma avaliação da mama (...) vê como é que está sendo a amamentação, de preferência coloca o nenê pra mamar, pra ver como é que tá a pega (...) e uma avaliação geral da mama, se tá ingurgitada, se tá tendo fissura e a orientação de banho de sol, continuar fazendo a ordenha manual e o retorno se necessário. Quando tem ou dificuldade prá mamar ou dificuldade da pega, né, ou a mãe meio resistente, aí a gente “fica mais em cima”, pede retorno mais perto, eu faço a visita domiciliar (...)”*

*“... às vezes, elas não vêm na consulta de enfermagem, porque como a gente já atendeu na coleta do pezinho e na vacina, elas acabam não vindo na consulta com a enfermeira, só que aí nessa primeira consulta de puericultura a gente vai pesar (...). Quando são essas que não estão conseguindo amamentar direito, tudo... o retorno é...é bem mais próximo: a gente marca pra dali dois dias pra pesar de novo, entendeu? Faz um acompanhamento mais de perto.”*

*“Depois o bebê nasce, daí volta comigo de novo já com o bebê para fazer o teste do pezinho. (...) No dia que ela chega aqui pra fazer o teste do pezinho, já leva pra fazer vacina, às vezes dela, às vezes do bebê também. (...) E depois, se ela tem alguma intercorrência (...) ela volta e para na sala do enfermeiro, o primeiro lugar é a sala do enfermeiro. E vai ficando com a gente assim... Tem as visitas domiciliares também... (...) A maioria é agendada, (...) ou quando não é agendada, às vezes, eu até faço sem agendar.”*

Brasil (2005a) informa que esse fato pode indicar que as mulheres não estão suficientemente informadas para compreenderem a importância da consulta puerperal.

Quanto à abordagem do aleitamento materno para as gestantes e/ou mães adolescentes, as falas revelaram que ocorre principalmente em dois momentos: durante o pré-natal e no momento do teste do pezinho.

*“... e a minha abordagem maior é nesse momento do teste do pezinho mesmo que vem, ou então que o hospital avisa que vai dar alta e a gente faz a visita domiciliar (...) e principalmente quando é mãe adolescente, ele já*

*avisa mesmo (...) a abordagem é essa... ou é visita ou é o contato aqui no posto (...) e depois vai pro acompanhamento, daí a gente marca uma consulta com a enfermeira, prá ela tá voltando pra gente ver, depois logo em seguida tem a consulta com o pediatra (...) e aí a gente vem... porque como não são tantas, a gente consegue ver todo mundo, e aí você tem um contato de perguntar como que tá indo a amamentação, se tá mamando bem, já dá prá ter um parâmetro na primeira consulta..."*

*"a gente procura abordar já desde o começo, né, desde a primeira consulta, durante todo o pré-natal, né e... tá assim... tentando fazer um vínculo, quanto maior o vínculo, mais fácil a gente tá trabalhando ela depois se caso venha aparecer alguma intercorrência, né... e eu acho que o que facilita muito isso é a unidade ser pequena e a gente conhecer a mãe, a avó, a tia dessas meninas, né que são nascidas aqui, a maioria, e que a gente conhece a maioria delas..."*

O profissional de saúde deve apoiar e incentivar a mulher ao ato de amamentar, dar suporte psicológico, explicar a fisiologia da amamentação, os benefícios, como cuidar das mamas, o posicionamento dela e do bebê, iniciando as orientações no pré-natal (LEON et al., 2009).

Ao questionarmos se existe alguma consulta específica do puerpério com o enfermeiro, as participantes revelaram uma disparidade na atenção puerperal:

*"Não, na ginecologia... mas, a gente acompanha junto com o ginecologista, as faltas, principalmente as faltas, né, que agenda e não comparece... a gente faz a busca prá tentar ou remarcar ou entender por que que faltou, né, se mudou, se tem um convênio, mas se está realmente fazendo essa consulta..."*

*"... depois que faz o teste, continua conversando com o médico, dificilmente vem com a enfermeira, a gente quase não vê mais essa mãe, essa gestante..."*

*"A criança já sai da maternidade com a agenda com a enfermeira. O primeiro atendimento é da enfermeira."*

*"Não existe uma consulta de enfermagem específica com a puérpera. Pelo menos não tem agenda prá isso e nem sei se na rede tem, né".*

A proposta desenhada para a assistência pré-natal no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabeleceu a presença de consulta puerperal como critério indispensável no conjunto da assistência. Teoricamente, os serviços de saúde reconhecem a consulta puerperal como necessária, mas admitem a ausência de estratégias para a sua realização. É possível afirmar que "sim, as mulheres voltam aos serviços", como atestam os

dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI), mostrando que os recém-nascidos vão aos Postos de Saúde para serem vacinados e geralmente vão com suas mães. De fato, os serviços e profissionais, em geral, consideram o parto o "final" do processo e não valorizam esse retorno. Embora seja evidentemente uma questão de falha no planejamento e na execução da assistência, também é, em primeiro lugar, um viés de gênero na percepção dessa atenção (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Para os profissionais entrevistados, a atenção pré-natal parece revelar o acolhimento de forma sutil, abordando o aleitamento materno, trazendo, muitas vezes, aproximações e distanciamentos da perspectiva da integralidade.

Dentre as aproximações verbalizadas, elas comentaram que o espaço físico da Unidade de Saúde favorece o vínculo e a aproximação com as adolescentes:

*“... como é uma unidade pequena, a gente conhece essas adolescentes de quando elas eram crianças, né, então, esse vínculo acaba sendo favorável...”*

*“... você vai tentar se aproximar ainda mais da adolescente ou de quem tá com ela pra tentar reforçar essas questões da manutenção na amamentação...”*

As enfermeiras revelaram, em suas falas, algumas condutas que podem dificultar a manutenção do vínculo:

*“se a mama tiver ingurgitada, você volta a tarde com a enfermeira... ou você volta no outro dia de manhã comigo. Então, é seguir mais próxima...”*

*“... às vezes, elas não vêm na consulta de enfermagem, porque como a gente já atendeu na coleta do pezinho e na vacina, elas acabam não vindo na consulta com a enfermeira...”*

*“... no primeiro atendimento... demorava muito, aí saiu esse protocolo... então não teve mais problema... eu tenho quatro vagas toda semana... se passa alguma suspeita de gravidez que a doutora pede com urgência pra gente fazer o teste, a gente faz, independente de dia, de horário, né... Tá com sangramento e a doutora suspeita que está grávida aí ela vem falar com a gente e a gente faz na hora... fora do agendado, de resto é agendado mesmo, porque não é nada assim de urgência, né...”*

Existe uma certa impessoalidade no atendimento:

*“... se tiver alguma dificuldade pra tá procurando a gente, nos dias de semana, agora nos finais de semana procurar a UBDS, né, é assim...”*

Revelaram, também, a dificuldade em estabelecer o vínculo com a adolescente em decorrência do seu turno de trabalho:

*“... Mas, a gente não vê um seguimento, né, pelo horário que eu trabalhava...”*

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2005a).

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na Unidade de Saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, especialmente se ela for adolescente (BRASIL, 2005a).

As participantes do estudo revelaram como realizam o acolhimento à adolescente:

*“... A gente sempre procura fazer um atendimento agendado para que a gente possa ter tempo disponível para a pessoa... então, a gente faz naturalmente o acolhimento dessa gestante... faço o teste de pregnosticon. Eu vou perguntando data da última menstruação, se tem parceiro fixo, se faz uso de algum método... para tentar se aproximar dessa gestante. A gente aborda a questão do aleitamento materno pra ela já começar a se cuidar... já marca a primeira consulta com o ginecologista e, posteriormente, a gente se coloca a disposição dessa adolescente.”*

*“toda menina que procura a Unidade com queixa de atraso menstrual, a gente, às vezes, nem agenda a consulta... de pronto-atendimento. Só quando a coisa está muito tumultuada é que a gente fala assim: não, agenda e volta amanhã, senão não.”*

Os profissionais tendem a reproduzir uma certa forma de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade (BRASIL, 2009d).

*“A gente procura acolher, já faz o primeiro atendimento que é o pregnosticon, caso dê positivo, a gente já faz as solicitações dos primeiros exames (...) os exames são agendados de um dia para o outro, só não vai ser de um dia pro outro caso seja no final de semana, mas do contrário ela vai*

*vir... ela é agendada pra colher no próximo dia útil. Aí ela vem, a gente faz a coleta né...”*

*“É a aproximação, acolhimento, a própria consulta com exame físico, a abordagem educativa, e se colocar à disposição no caso de ter alguma intercorrência.”*

*“A gente, na medida do possível, faz o acolhimento... orienta a mãe, explica como é que faz a ordenha, massagear e pede até pra ela fazer, a gente faz um pouco, pede para ela fazer também, né.”*

No serviço parece haver uma rotina imposta para a coleta dos exames, não levando em consideração a disponibilidade e/ou o desejo da adolescente.

Segundo Pinheiro (2002), a integralidade é um ideal que se articula com conceitos tais como: acolhimento, responsabilização e vínculo.

Silva Júnior e Mascarenhas (2005) definem acolhimento como uma relação humanizada e acolhedora, numa postura de escuta e resolubilidade das ações, encaminhando os casos, ofertando opções tecnológicas e (re)construindo uma relação terapêutica individualizada dentro de um contexto coletivo, anulando completamente a relação “fria” que normalmente se estabelece nos serviços de saúde. É uma mudança de atitudes dos profissionais que nega a autovalorização prescritiva do modelo clínico e resgata a escuta e o tratamento humanizado dos serviços. Assim, é uma troca de saberes na construção de respostas para o sofrimento e as necessidades do outro. A acessibilidade complementa o conceito de acolhimento garantindo a viabilização do cuidado que se encontra ligado às características de oferta e disponibilidade do serviço.

Franco, Bueno e Merhy (1999) defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção de responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização.

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária, devendo ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde (BRASIL, 2006b).

Oliveira, Camacho e Souza (2005) chamam a atenção para a urgência de se assegurar que a rede básica de saúde se constitua em um espaço onde a mulher seja vista na sua integralidade e efetivamente apoiada para amamentar. É necessário tanto o domínio de técnicas de manejo da amamentação pelos profissionais de saúde quanto a construção de uma



postura de diálogo, no lugar da atual conduta basicamente prescritiva, para que essa rede possa atuar de forma efetiva na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Atualmente, existe o desafio de reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham para a busca do atendimento integral (CAMPOS, 2003).

### **Relação profissional de saúde e gestante e/ou mãe adolescente**

Uma das diferenças mais marcantes da consulta do adolescente em relação à consulta da criança é que, na primeira, o modelo até então estabelecido profissional/mãe ou responsável passa a ser substituído pela relação direta profissional de saúde-adolescente, representando uma possibilidade concreta de estímulo para que o adolescente assuma progressivamente a responsabilidade pelo seu autocuidado (SÃO PAULO, 2006).

Também não deve ser esquecido que cada adolescente é único, e o respeito a essa individualidade deve permear toda a relação. O profissional que atende adolescentes deve se respaldar por valores de saúde e ter uma postura receptiva (SÃO PAULO, 2006).

A atenção humanizada e com qualidade está fundamentada no estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo privacidade e autonomia e compartilhando com a adolescente e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005a).

Pudemos depreender, das falas das participantes, que a relação com a adolescente se concretiza nos encontros por meio da comunicação verbal e não verbal. Para isso, incorpora saberes e uma prática assimétrica, na medida em que proporciona abertura para a gestante e/ou mãe adolescente expressar sua vontade, mas que, por outro lado, deixa-se levar por prejulgamentos.

#### ***“Eu tento nivelar a relação”***

Esta subcategoria revela a preocupação das enfermeiras em construir uma relação de confiança, disponibilizando-se para a escuta.

*“... elas acham que nós somos mais experientes então, eu tento nivelar essa relação nesse contato. Dizer que eu não estou julgando, que eu não quero saber, né... porque que ela fez, com quem ela fez, como ela fez, mas é nesse sentido de nivelar a relação e dizer que eu estou disponível para ajudá-la naquele momento né”*

*“esclarecer as dúvidas dela que a gente não sabe exatamente qual vai ser, de modo que a gente pode ajudar, né? A gente conversa, tendo problema, qual o problema e a gente pode tentar ajudar.”*

*“o que eu acho importante assim é ela perceber... ela sentir que ela tem uma retaguarda para ela, pra atender essas necessidades dela naquele momento. E a gente conversa assim...”*

Entre mães adolescentes, a falta de suporte social, o medo de enfrentar dificuldades ou dor, a pouca confiança em si e o desconhecimento sobre amamentação são fatores associados à curta duração do aleitamento materno. Brown, Raynor e Lee (2009) apontam que mães adolescentes frequentemente referem não encontrar apoio por parte dos profissionais de saúde em sua decisão sobre amamentar ou não amamentar. De acordo com Silva et al. (2009), mães adolescentes relatam dificuldade de adaptação à maternidade, às rotinas e às demandas que a maternidade acarreta. A inexperiência e a pouca idade desencadeiam medo de assumir o cuidado do bebê e insegurança quanto à amamentação.

Nesse sentido, o profissional deve demonstrar competência e firmeza sem, no entanto, parecer autoritário. Também, deve escutar mais do que falar e não julgar. O profissional deve mostrar respeito e consideração pela adolescente e sua família. Condições relevantes para o atendimento a adolescentes incluem saber ouvir e interpretar, sem julgamentos (SÃO PAULO, 2006).

As participantes da pesquisa revelaram respeito pela decisão da gestante e/ou mãe adolescente em relação à amamentação e necessidade de explicar e conversar mais com as adolescentes, durante o processo de amamentação:

*“... eu acho que não tem uma prática pra adolescente... então a gente acaba trabalhando né, de igual mesmo, a gente conversa muito com as adolescentes no sentido de falar da importância (do aleitamento materno).”*

*“vamos lá, vamos tentar, vamos pegar, vamos colocar o bico, vamos... sabe... a gente tenta de todas as maneiras e quando a gente percebe que não é a questão que o bico é ruim, que é ela que não quer, mas se esconde atrás do bico que é ruim, aí a gente acha que tem que respeitar, né...”*

*“Ela tem que querer amamentar, ela tem que desejar isso porque isso já é outra coisa importante, porque não adianta nada ele querer, a mãe querer, eu querer, e se ela não quiser...”*

Silva (2000) afirma que é comum o questionamento dos profissionais quanto às contradições observadas entre o discurso e o desejo materno expresso de amamentar o filho e as ações das mulheres, em relação ao amamentar, que resultam no desmame, na maioria das vezes, precoce.

Brown, Raynor e Lee (2009) investigaram os fatores associados ao início e duração do aleitamento materno entre adolescentes na Inglaterra e encontraram que todas as 138 participantes do estudo referiram ter sofrido críticas e interferências de terceiros durante o processo de amamentação, incluindo os profissionais de saúde. Um fator positivo associado à maior duração do aleitamento materno foi participar de atividades educativas em serviços de saúde, tanto no período da gestação quanto no pós-parto.

Assim, os profissionais de saúde que trabalham com gestantes e/ou mães adolescentes devem ser encorajados a oferecer apoio nas decisões positivas de amamentar como uma estratégia para reduzir o desmame precoce e fortalecer o vínculo profissional de saúde e usuário do serviço de saúde.

Nesse sentido, revelaram a importância do papel do enfermeiro na conscientização e na educação em saúde para favorecer a escolha da adolescente:

*“Eu acho que é uma escolha da mãe. A gente orienta que é uma coisa importante, o leite materno, tudo, tudo... a gente explica tudo direitinho, mas obrigar a mãe a amamentar isso eu já não faço mais... eu acho que é escolha dela...”*

*“Se você começa a ficar insistindo, insistindo muito, ela muda de médico, né, ou ela não vem mais. Hoje em dia a gente tem que ter uma cabeça aberta, não ter aquela coisa: “você tem que amamentar, você tem que amamentar”, que isso aí não dá resultado não. Eu acho que se a mãe for conscientizada da importância, né, ela que escolhe.”*

*“... eu não posso obrigar ninguém amamentar, eu falo que é uma opção dela, apesar de ser uma coisa importantíssima pra criança, ninguém pode obrigar ninguém a amamentar, isso pra mim é muito claro, (...) só que eu acho que a pessoa tem que querer, porque se ela não quer amamentar, você vai criar mais um problema pra ela...”*

A amamentação é uma vivência biopsicossocial do ciclo gravídico-puerperal, e a decisão de amamentar da mulher está integrada a sua história de vida e ao sentido que atribui

a este ato. Assim, essa opção pessoal da nutriz passa por diversas questões socioculturais, biológicas, psicológicas e emocionais (PAMPLONA, 2002).

As ações de incentivo ao aleitamento materno desenvolvidas pelo profissional de saúde devem estar embasadas na noção de direitos reprodutivos, direcionando-as na perspectiva de resgatar a visibilidade da mulher enquanto sujeito principal da prática da amamentação (MOREIRA; NAKANO, 2002).

É durante a gravidez que a maior parte das mulheres formula os padrões de alimentação infantil (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002), fato que confere ao pré-natal ótima oportunidade para orientar e incentivar as mães a amamentarem seus filhos. Entretanto, não se deve considerar apenas o espaço (pré-natal) em que a ação se desenvolve (decisão de amamentar). O profissional de saúde deve colocar-se na perspectiva do sujeito (mãe) que vivencia a amamentação (fenômeno histórico e social), em um contexto temporal dinâmico (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006).

Ao se orientar a adolescente para o aleitamento materno, torna-se necessário o uso de diferentes abordagens que contemplem os vários aspectos do amamentar, como as questões físicas e emocionais, a necessidade individual da mulher; considerando sua singularidade, sua história de vida e, principalmente, sua vontade (SILVA; MARCOLINO, 2009).

As habilidades do aconselhamento em amamentação devem ser atentamente usadas na consulta, com ênfase na empatia: aceitar o que a mãe diz, não julgá-la, não “cobrar” dela posturas e atitudes frente à amamentação, elogiar, informar e sugerir para que a mãe possa decidir o que é melhor para o seu filho (BUENO; TERUYA, 2004).

Segundo Barreto, Silva e Christoffel (2009), os profissionais de saúde que mantêm contato com gestantes e puérperas precisam estar atentos às oportunidades que surgem. Uma delas é que podem exercer o papel de agentes multiplicadores de informação e apoiar, de forma concreta, a prática do aleitamento materno. Mesmo quando esta mulher, consciente e informada, opta por não amamentar, deve-se procurar compreender, respeitar e apoiar sua decisão. Essa ideia foi revelada nas falas das participantes deste estudo.

### ***Influência do julgamento pessoal sobre a prática em aleitamento materno***

A integralidade, quando centrada nos sujeitos, em suas necessidades e expectativas, dá destaque às relações entre os envolvidos no cuidado e, por conseguinte, abre o cenário dos

serviços e das práticas para o diálogo entre diferentes saberes - biomédicos e não biomédicos (FAVORETO, 2008).

A ênfase que o modelo de saúde vigente confere aos aspectos biológicos, a sua perspectiva fragmentada e a hierarquização implícita nos saberes são questões que se opõem às ideias de cuidado e da integralidade (FAVORETO, 2008).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c) estabeleceu princípios fundamentais para a atenção aos adolescentes que são ética, privacidade, confidencialidade e sigilo. Estes princípios reconhecem os adolescentes como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses princípios contribui para uma melhor relação usuário-profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas.

As falas das participantes ressaltaram uma tendência à incorporação ao cotidiano do trabalho de questões relacionadas ao social ou à subjetividade das gestantes e/ou mães adolescentes. No entanto, desvencilhar dos conceitos pessoais e de julgamentos parece ser uma questão delicada.

*“Por que que engravidou tão cedo? Ah, engravidou porque não veio, porque não usou preservativo ou porque furou ou porque queria... tem umas que querem mesmo. Então, depois... você vai querer seguido um nenê? você é muito nova, tem que estudar, trabalhar...”*

*“Agora a adolescente... muitas querem ter a mesma vida, de sair, de não ter tanto compromisso assim, né. Então, é aquela coisa, quanto mais jovem mais complicado é”.*

No modelo tradicional, o profissional de saúde estabelece uma relação vertical com o usuário, outorgando-lhe o direito de ditar normas de conduta, acreditando que, assim fazendo, proporciona ao adolescente uma qualidade melhor de vida (BRASIL, 2008).

É preciso vencer preconceitos e ao profissional cabe a compreensão de todo o processo da adolescência. Não cabe ao profissional emitir julgamentos sobre a conduta dos usuários do serviço de saúde. Tal conduta pode criar distanciamentos e barreiras que prejudicariam o contato entre o enfermeiro e a gestante e/ou mãe adolescente (BRASIL, 2000).

As falas abaixo revelam uma prática descontextualizada da vida da adolescente, com uma visão biologicista, não considerando o contexto de vida da adolescente.

*“Em relação às mães adolescentes, é... eu penso que é mais difícil, logicamente elas não estão preparadas (...) então, eu acho que já é difícil a amamentação pras outras mulheres adultas, que queriam ter filhos, não tem todos os outros complicadores... mas pra elas é mais difícil ainda porque as complicações mamárias são maiores, tudo é difícil, elas não conseguem nem segurar o bebê, elas não sabem... não conseguem ordenhar, não sabe lidar com tanta situação nova, assusta a amamentação, às vezes, né.”*

*“só que a gente reforça e fica mais atenta pedindo prá ela devolver a técnica perguntando se entendeu, né... assim... porque às vezes elas não estão com a cabecinha muito amadurecidas naquilo que tá acontecendo no momento.”*

A concepção pedagógica tradicional, na qual a maioria dos profissionais de saúde é formada, pode resultar numa prática fragmentada e descontextualizada, pois não favorece o desenvolvimento de competências para que estes profissionais extrapolem o olhar biologicista e verticalizado do processo da amamentação (BRASIL, 2009a).

As competências esperadas do profissional de saúde que atua junto à mulher que amamenta, sua família e comunidade são as relacionadas ao conhecimento dos aspectos históricos, sociais, culturais e biológicos da amamentação. Além disso, ele deve ter habilidade científica, técnica, política e de relacionamento para assistir, além desta mulher, também seu companheiro, filhos, família e comunidade (BRASIL, 2009a).

As participantes revelaram que se sentem despreparadas para lidar com os aspectos da amamentação de gestantes e/ou mães adolescentes:

*“eu acho que adolescente é muito difícil (...) eu não fui treinada pra lidar com adolescente amamentando, com todas as dificuldades, acho que o serviço não está preparado, acho que nós não estamos preparadas pra lidar, nem com a prevenção, nem com a... uma gravidez indesejada... muito menos com as complicações, porque cada mãe sente muita dificuldade”*

*“eu acho que esse é que é o nosso desafio: cuidar e ao mesmo tempo estimular o cuidado (...) algumas são mais cuidadosas, mais afetuosas, estão mais abertas pra vida do que as mulheres mais velhas, às vezes. Tem muita tranquilidade, não sei se é porque elas não têm noção do perigo, sabe...”*

De acordo com Moreira e Fabbro (2005), o profissional deve, além de ter conhecimentos e habilidades em aleitamento materno, estar sensibilizado para incorporá-los em sua prática.

Estudo de Ciconi, Venancio e Escuder (2004), acerca do conhecimento de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o aleitamento materno, apontou que os profissionais

entrevistados estão sensibilizados e reconhecem a importância do aleitamento materno para a saúde tanto do bebê quanto da mãe e procuram informar as mães das áreas adscritas sobre as vantagens do aleitamento materno. Entretanto, faltam conhecimentos sobre o manejo clínico da amamentação para dar melhor orientação e apoio às mães.

De acordo com Smith, Dunstone e Elliot-Rudder (2009), a efetiva promoção da amamentação não será obtida se o conhecimento dos profissionais da saúde for deficiente.

As demandas atuais em saúde implicam em desafios para a formação de recursos humanos que ultrapassem os limites da educação formal. Para superar essa questão, ganha relevância a educação permanente em saúde que, segundo o Ministério da Saúde, parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe a transformação das práticas profissionais, baseada em uma reflexão crítica sobre as práticas reais, com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde em direção à integralidade (BRASIL, 2009a).

Os pressupostos da educação crítico-reflexiva e da educação permanente em saúde se constituem em fundamentos para a construção de um novo olhar sobre o ensino de questões relativas à saúde, tais como o aleitamento materno. Este é um olhar integral, contextualizado, condizente com a realidade, que respeita o conhecimento prévio dos profissionais e os considera como corresponsáveis na construção do seu próprio conhecimento (BRASIL, 2009a).

Para superar o paradigma atual, é indispensável que se construa um novo olhar, que não se contente com o estabelecido, extrapolando a maneira hegemônica de ensinar e aprender o aleitamento materno que valoriza o conhecimento científico em detrimento de tantos outros como o histórico, o social, o cultural, o econômico e o vivencial (BRASIL, 2009a).

Como se pode perceber, pelos depoimentos das enfermeiras, as gestantes e/ou mães adolescentes são rotuladas de imaturas e resistentes ao aleitamento materno:

*“Quando nasce, ela já tem uma orientação na maternidade, só que elas já chegam prá gente com o mamilo todo escoriado, porque deixa sugar muito tempo, fica lá... e não tá pegando direito, então (...) aí já chega mais complicado. E elas já são mais difíceis pelo fato de serem adolescentes, porque a mama é uma coisa que não é fácil, dói...”*

*“agora a adolescente, ela tem mais disponibilidade né... porque geralmente ela não trabalha, né... às vezes só estuda e tem mais disponibilidade assim, para amamentar... Só que tem uma resistência maior também, né, em contra-partida, às vezes, pela falta de maturidade mesmo...”*

*“... porque a menina era mais nova que o meu filho... aí você fica... aí sei lá, você sente dó, você sente... mas a gente vai orientando... e deixar a menina à vontade, geralmente elas são tão crianças, tão crianças, tão imaturas...”*

Para Silva et al. (2009), as adolescentes têm sua capacidade subestimada para o cuidado com o filho. Os autores destacam que a adolescente fica como expectadora e em segundo plano, e seu filho entregue aos cuidados de outra pessoa, a salvo de sua incompetência. O preconceito de ser incapaz de assumir responsabilidades maternas é fruto de uma sociedade que cobra e, ao mesmo tempo, impede que essas assumam verdadeiramente seus filhos e que se sintam responsáveis por eles (SCAVONE, 2004).

Por outro lado, estudos têm apontado a maternidade na adolescência como um evento almejado pelas jovens, sendo um projeto de vida, o que é um indicativo de mudança nos padrões de reprodução, resultante do desejo das mulheres e de suas famílias de iniciarem mais cedo sua vida reprodutiva (SOUZA, 1999).

O profissional precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (BRASIL, 2009b).

Silva et al. (2009) mostram que as adolescentes, ao se sentirem seguras e apoiadas para prestar cuidados aos filhos, têm fortalecido o vínculo com o bebê e demonstram maior amadurecimento e responsabilidade. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família (BRASIL, 2005a).

A amamentação é influenciada por fatores sociais, culturais e históricos. Atualmente a mulher opta pela amamentação e decide por quanto tempo vai ou pode amamentar. Muitas vezes, as preferências - não amamentar ou amamentar por um curto período - entram em conflito com as expectativas alheias (BRASIL, 2009b). Neste contexto, não basta apenas a adolescente conhecer as vantagens do aleitamento materno e optar por sua prática. É necessário o apoio de profissionais competentes para ajudá-la, os quais devem estar conscientes dos benefícios do aleitamento materno e capacitados para que possam atuar em diversas frentes (BECKER, 2001).

Assim, no universo dos encontros entre o profissional de saúde e a mulher, a sabedoria prática, envolvida no cuidado, buscaria integrar, às suas práticas, segundo Favoreto (2008) elementos como: a escuta capaz de contextualizar as “histórias” de vida das pessoas; o silêncio receptivo capaz de traduzir a acolhida sem preconceitos com aqueles que buscam atenção; o toque, que oferece materialidade e humanidade à relação que se estabelece entre duas pessoas; as posturas corporais e um discurso que incorpore a ética por meio de uma relação mais equidistante entre aquele que cuida e quem é cuidado.



## ***6 Considerações Finais***

---

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa pudemos conhecer as práticas dos enfermeiros acerca da promoção do aleitamento materno para adolescentes no ciclo gravídico-puerperal. É necessário fazermos uma reflexão sobre os aspectos que envolvem a integralidade do cuidado à gestante e/ou mãe adolescente, desde o primeiro contato no serviço de saúde, configurado nesta fase pelo pré-natal, passando pelo estabelecimento da amamentação, introdução de alimentação complementar e desmame.

Promover o aleitamento materno para a gestante e/ou mãe adolescente significa capacitá-la para a tomada de decisões conscientes e participação ativa no processo de amamentar. Isto implica em uma atuação de corresponsabilização com o meio social e com a rede de apoio da adolescente, por meio da construção de vínculo e do acolhimento visando a garantir uma atenção integral.

O enfermeiro exerce papel importante na promoção do aleitamento materno por meio da educação e apoio contínuo à adolescente. No presente estudo, encontramos que a prática deste profissional está pautada no modelo biologicista, voltada para as condições das mamas, com valorização da dimensão técnica e do manejo clínico do aleitamento materno, em detrimento das questões subjetivas que envolvem a gestante e/ou mãe adolescente.

As participantes demonstraram seguir protocolos instituídos pelo serviço de saúde, o que por um lado consideramos ser um facilitador da atuação do profissional, por nortear as ações em aleitamento materno, tornando-as objetivas. Por outro lado, desconsidera a individualidade da adolescente, resultando em uma prática fragmentada. Também foi apontada nos discursos uma dualidade entre as práticas recomendadas e não recomendadas.

As ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros acerca do aleitamento materno para as adolescentes estão voltadas para o modelo tradicional de educação em saúde, depositando informações de acordo com temas preestabelecidos, limitando a abordagem educativa. Para favorecer o alcance da integralidade nas práticas de educação em saúde, é necessário que o profissional permita a participação das adolescentes na construção do seu conhecimento em aleitamento materno.

Nesse contexto, é evidente a necessidade de capacitação e educação permanente em aleitamento materno, visando à sensibilização do enfermeiro para o atendimento das necessidades mais amplas das adolescentes.

Um ponto crítico do atendimento refere-se à comunicação entre os profissionais. No cotidiano dos serviços de saúde, embora as enfermeiras busquem outros profissionais para complementarem suas ações, as relações de trabalho, em especial a comunicação entre os integrantes da equipe nas Unidades de Saúde parecem fragilizadas, interferindo na forma como a assistência é oferecida. Existe a necessidade do desenvolvimento de estratégias de comunicação eficazes para melhorar a comunicação entre os profissionais com experiências e formações distintas.

O serviço de saúde está organizado para atender a adolescente durante o ciclo gravídico-puerperal. O acolhimento foi revelado de forma sutil, e o espaço físico da Unidade de Saúde parece aproximar o profissional da adolescente e favorecer o vínculo entre ambos. Dentre as dificuldades no estabelecimento do vínculo com a mulher, o atendimento impessoal, o turno de trabalho da enfermeira e a preocupação desta com a produção de procedimentos e atividades corroboram com uma prática que se distancia da integralidade. A restrição quanto ao número e à frequência das visitas domiciliares foi identificada como um fator desarticulador, pois compreendemos que seja necessário que o profissional acompanhe de perto a experiência da amamentação das adolescentes.

As enfermeiras, na relação com a adolescente, mostraram-se preocupadas em acompanhar e respeitar o ritmo e as decisões da adolescente no que concerne à amamentação. Porém, a relação está permeada por prejulgamentos, no sentido de ver as gestantes ou mães adolescentes como pouco capazes e pouco responsáveis para exercerem o papel da maternidade. Consideramos que o atendimento integral à adolescente deve oferecer apoio à amamentação, privacidade durante as consultas, sem a emissão de julgamentos.

O modelo assistencial de saúde vigente no Brasil busca contemplar a assistência integral à saúde. Tal modelo requer um novo perfil de trabalhadores da saúde. Desta forma, ao profissional cabe refletir criticamente sobre sua prática, buscando adequações e capacitação, com vistas à promoção da saúde.

## *Referências*

---

**REFERÊNCIAS<sup>2</sup>**

AKRÉ, J. **Alimentação infantil**: bases fisiológicas. 2. ed. São Paulo: IBFAN, 1997.

ALMEIDA, G. G.; SPIRI, W. C.; JULIANI, C. M. C. M.; PAIVA, B. S. R. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 487-494, mar./abr. 2008.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set./fev. 2005.

ARANTES, C. L. S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 195-202, 1995.

ARAÚJO, M. F. M. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1-10.

ARAÚJO, M. F. M.; DEL FIACO, A.; WERNER, E. H.; SCHIMITZ, B. A. S. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do projeto amigo da amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 195-204, 2003.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-438, 2007.

ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.

---

<sup>2</sup>Este trabalho foi realizado segundo as normas:

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico ou impresso Parte I (ABNT). São Paulo: SIBi/USP, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-182.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1979. 229p.

BARRETO, C. A.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Aleitamento materno: a visão das puérperas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 605-611, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a18.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2010.

BARROS, F. C.; HALPERN, R.; VICTORA, C. G.; TEIXEIRA, A. M. B.; BÉRIA, J. U. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 277-283, 1994.

BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no programa de saúde da família. 2001. 117p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BEZERRA, L. C. A.; FRIAS, P. G.; VIDAL, S. A.; MACEDO, V. C.; VANDERLEI, L. C. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1309-1317, set./out. 2007.

BRACCO, N. H.; TADDEI, J. A. A. C. Mudança de conhecimento de gestantes em aleitamento materno através de atividade educacional. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-14, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. **Rede amamenta Brasil**: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_tutores\\_rede\\_amamenta.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_tutores_rede_amamenta.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 112p. (Série A – Normas e Manuais Técnicos – Cadernos de Atenção Básica, 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 108p. (Série C – Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. 44p. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56p. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 163p. (Série A – Normas e Manuais Técnicos – Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 158p. (Série A – Normas e Manuais Técnicos – Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 60p. (Série A – Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 44p. (Série A – Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 22p. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 50p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. 196p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 24p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BROWN, A.; RAYNOR, P.; LEE, M. Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. **Midwifery**, Edinburgh, p. 1-7, nov. 2009.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 165-169, mar./abr. 2004.

BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S126-S130, nov. 2004. Suplemento.

CALDEIRA, A. P.; AGUIAR, G. N.; MAGALHÃES, W. A. C.; FAGUNDES, G. C. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1965-1970, 2007.

CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C.; AGUIAR, G. N. Intervenção educacional em equipes do programa de saúde da família para promoção da amamentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1027-1033, 2008.

CALLEN, J.; PINELLI, J. Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: a literature review. **Birth**, Boston, v. 31, n. 4, p. 285-292, 2004.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.



CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p. 1080-1082.

CIAMPO, L. A. D.; JUNQUEIRA, M. J. G.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; FERRAZ, I. S.; JÚNIOR, C. E. M. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 391-396, out./dez. 2006.

CICONI, R. C. V.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do programa de saúde da família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 193-202, abr./jun. 2004.

COSTA, M. C. O.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 177-184, abr. 2001.

DUBEUX, L. S.; FRIAS, P. G.; VIDAL, S. A.; SANTOS, D. M. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 399-404, out./dez. 2004.

DYSON, L.; RENFREW, M. J.; McFADDEN, A.; McCORMICK, F.; HERBERT, G.; THOMAS, J. Policy and public health recommendations to promote the initiation and duration of breast-feeding in developed country settings. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 13, n. 1, p. 137-144, 2009.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 100-108, 2008.

FRANÇA, G. V. A.; BRUNKEN, G. S.; SILVA, S. M.; ESCUDER, M. M.; VENANCIO, S. I. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 711-718, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 79p.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 147-154, 2004. Suplemento 5.

GIUGLIANI, E. R. J. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

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

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GOMES, P. T. T. **Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação nos postos de saúde fixos da cidade de Guarapuava-PR, em 2004**. 2005. 126f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M. T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, Finland, v. 17, n. 9, p. 1132-1143, 2008.

HARZHEIM, E. **Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde**: desafios do SUS. Brasília: OPAS, 2009. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/ciclo\\_debates\\_texto\\_referencial.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/ciclo_debates_texto_referencial.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2010.

JAVORSKI, M.; SCOCHI, C. G. S.; LIMA, R. A. G. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 35, n. 1/2, p. 30-36, jan./fev. 1999.

LANA, A. P. B.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 235-240, maio/jun. 2004.

LEAL, A. C.; WALL, M. L. Percepções da gravidez para adolescentes e perspectivas de vida diante da realidade vivenciada. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 3, p. 44-52, set./dez. 2005.

LEITE, A. M.; SILVA, I. A.; SCOCHI, C. G. S. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 258-264, mar./abr. 2004.

LEON, C. G. R. M. P.; FUNGHETTO, S. S.; RODRIGUES, J. C. T.; SOUZA, R. G. Vivência da amamentação por mães-adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 540-546, jul./set. 2009.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAIA, F. F. R.; RIBEIRO, J. G. L. Aspectos médico-sociais da gravidez na adolescência nos últimos 20 anos: uma revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 34-39, 2001.

MAIA, M. G. M.; TAVARES-NETO, J.; RÊGO, R. C. F.; MUNIZ, P. T. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade, na cidade de Rio Branco (Acre). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 129-140, 2006.

MANÉ, N. B.; SIMONDON, K. B.; DIALLO, A.; MARRA, A. M.; SIMONDON, F. Early breastfeeding cessation in rural Senegal: causes, modes, and consequences. **American Journal of Public Health**, New York, v. 96, n. 1, p. 139-144, Jan. 2006.

MARQUES, E. S. M.; COTTA, R. M. M.; MAGALHÃES, K. A.; SANT'ANA, L. F. R.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2356](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2356)> Acesso em: 11 jan. 2010.

MASCARENHAS, M. L. W.; ALBERNAZ, E. P.; SILVA, M. B.; SILVEIRA, R. B. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 289-294, jul./ago. 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MELO, M. C. P. **Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade**. 2007. 99f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 19-92.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MISHIMA, S. M. **Modelos assistenciais, formação de recursos humanos e qualidade da assistência**. Uberaba: Semana de Enfermagem de Uberaba. Uberaba, 15 maio 1994.

MOREIRA, K. F. A.; NAKANO, A. M. S. Aleitamento materno: instintivo? natural? o paradigma biológico x os direitos reprodutivos em discussão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 685-690, nov./dez. 2002.

MOREIRA, P. L.; FABBRO, M. R. C. Utilizando técnicas de ensino participativas como instrumento de aprendizagem e sensibilização do manejo da lactação para profissionais de enfermagem de uma maternidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n.3, p. 320-325, jul./set. 2005.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Brasília: Cortez Unesco, 2002.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, nov./dez. 2002.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 355-363, 2003. Suplemento 2.

NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras; movimento de acomodação resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69-76, jul. 1999.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, nov./dez. 2004.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 41-51, abr. 2002.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; SOUZA, I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, nov.-dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. São Paulo: IBFAN Brasil, 2005. 31p. Disponível em: <[http://www.ibfan.org.br/documentos/pub\\_ibfan.php](http://www.ibfan.org.br/documentos/pub_ibfan.php)>. Acesso em: 05 jan. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel essencial dos serviços materno-infantis**. Genebra, 1989. 32p. Declaração conjunta OMS/UNICEF.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza**. Genebra, 1995. 120p.

PAMPLONA, V. Aspectos psicológicos na lactação. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 96-105.

PEREIRA, M. J. B.; REIS, M. C. G.; NAKANO, A. M. S.; SANTOS, B. N.; VILLELA, M. R. G. B. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 36-43, mar. 2004.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean region: a success story? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 119-127, 2003. Suplemento.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. 15p.

PINTO, T. V. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na comunidade: revisão das estratégias no período pré-natal e após a alta. **Arquivos de Medicina**, Porto, v. 22, n. 2-3, p. 57-68, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 37-45, 2003. Suplemento.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 61-70, 2008.

REIS, M. C. G. **Prevalência de anemia em crianças de 3 a 12 meses de vida em relação ao aleitamento materno, num serviço de saúde em Ribeirão Preto-SP**. 2007. 116p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

REZENDE, M. A.; SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R.; CHIESA, A. M.; BERTOLOZZI, M. R. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 234-238, mar./abr. 2002.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde, 2010 – 2013**. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: < <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16principal.php?pagina=/ssaude/vigilancia/i16indice.htm>>. Acesso em: 27 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. **Projeto amamentação e municípios:** práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16principal.asp?pagina=/ssaude/principal/amamentacao/XVIISman01a07agosto-09.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2009.

\_\_\_\_\_. **Floresce uma vida:** busca ativa de recém-nascidos de risco. 2005a. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/floresce/i16floresce.htm>> Acesso em: 29 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto, 2005 – 2008.** Ribeirão Preto, 2005b. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16principal.php?pagina=/ssaude/vigilancia/i16indice.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. **Projeto amamentação e municípios:** práticas alimentares no 1º ano de vida em dias nacionais de vacinação. Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/aleita/palma.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2010.

RUZANY, M. H.; SZWARCOWALD, C. L. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo piloto. **Adolescência Latinoamericana**, Buenos Aires, v. 2, n. 1, p. 26-35, jun. 2000.

SALES, C. M.; SEIXAS, S. C. Causas de desmame precoce no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 443-447, jul./set. 2008.

SANTIAGO, L. B.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; GUTTIERREZ, M. R. P.; CIAMPO, L. A. D. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 504-512, nov./dez. 2003.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Anuário estatístico do Estado de São Paulo, 2005.** São Paulo: Fundação SEADE, 2005. Disponível em <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 17 set. 2007.

SÃO PAULO (Município). Secretaria da Saúde. Coordenação de desenvolvimento de programas e políticas de saúde (CODEPPS). **Manual de atenção à saúde do adolescente.** São Paulo: SMS, 2006. 328p.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida:** feminismo e ciências sociais. São Paulo: UNESP, 2004. 205p.

SEGRE, C. A. M.; SANTORO JÚNIOR, M. **Pediatria**: diretrizes básicas para organização de serviços. São Paulo: Sarvier, 2001.

SEPKA, G. C.; GASPARELO, L.; SILVA, A. B. F. S.; MASCARENHAS, T. T. Promoção do aleitamento materno com mães adolescentes: acompanhando e avaliando essa prática. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 313-322, jul./set. 2007.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O. Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

SILVA, I. A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 362-369, dez. 2000.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. 320p.

SILVA, L. A.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, jan.-mar. 2009.

SILVA, R. M. R.; MARCOLINO, C. The experience of the breastfeeding/early weaning process by women orientated to breastfeeding: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 8, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/2019>>. Acesso em: 31 jan. 2010.

SMITH, J.; DUNSTONE, M.; ELLIOT-RUDDER, M. Health professional knowledge of breastfeeding: are the health risks of infant formula feeding accurately conveyed by the titles and abstracts of journal articles? **Journal of Human Lactation**, Australia, v. 25, n. 3, p. 350-358, 2009.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, jan./abr. 2007.

SOUSA, L. A. **Promoção – apoio ao aleitamento materno**: binômio ou antítese? uma caracterização das práticas do profissional de saúde na perspectiva da mulher que no processo do aleitamento materno. 2006. 174f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.



SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.

SOUZA, M. M. C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: um retrato da realidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 93-105, mar./abr. 1999.

SOUZA, T. O.; BISPO, T. C. Aleitamento materno exclusivo e o programa saúde da família da Chapada, município de Aporá (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 38-51, jan./jun. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C.; MACIEL, M.; BENJAMIM, A. C. W.; MACHADO, D. B.; BARCARO, M.; DRAGHETTI, V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 5, p. 368-376, set./out. 1998.

TEIXEIRA, C. **SUS e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

URBANO, L. A. A. **Privatização da saúde e a implantação do SUS: cenários de uma cidade**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2006.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P.; REA, M. F.; MONTEIRO, C. A. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 313-318, jun. 2002.

VIANNA, H. M. **Pesquisa em educação**: a observação. Brasília: Plano Editora, 2003. (Série Pesquisa em Educação, 5).

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, G. O.; GLISSER, M.; ARAÚJO, S. P. T.; SALES, A. N. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 1, p. 11-16, jan./fev. 1998.

VIEIRA, M. L. F.; SILVA, J. L. C. P.; BARROS FILHO, A. A. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 317-324, jul./ago. 2003.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child nutrition**. Geneva: WHO, 2002.

## *Apêndices*

---

**APÊNDICES****APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Meu nome é Caroline Cândido Garcia Leal, sou enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, na Área de Concentração Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, sob orientação da Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **“Práticas dos enfermeiros da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto (SP) em relação à promoção do aleitamento materno para mães adolescentes”**, pois pretendo conhecer como o enfermeiro aborda o aleitamento materno para mães adolescentes a fim de melhorarmos a assistência prestada a estas mães.

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da minha pesquisa. Assim, pedimos que responda a algumas perguntas sobre esse assunto e que autorize a gravação da entrevista. Esclareço que será mantido o seu anonimato em todos os momentos da pesquisa e também que você está livre para desistir de participar a qualquer momento, sem ônus para nenhuma das partes.

Enfatizo que a sua aceitação em participar da pesquisa será importante para que possamos contribuir para uma reflexão sobre as práticas dos profissionais de saúde acerca da promoção do aleitamento materno para mães adolescentes.

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que forem necessários. Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo.

Mestranda: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar da pesquisa e autorizo a utilização dos dados para este estudo que poderá ser publicado e apresentado em eventos científicos.

Caroline Cândido Garcia Leal - Endereço: Avenida Engenheiro José Hebert Faleiros, 85, casa 21 – Núcleo São Luís – Ribeirão Preto-SP. CEP: 14098-780 - Tel: (16) 3512-8633, (16) 9245-6089 – e-mail: carolcandido@usp.br

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para acompanhamento  
das ações dos profissionais junto à mulher adolescente**

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Meu nome é Caroline Cândido Garcia Leal, sou enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, na Área de Concentração Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, sob orientação da Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **“Práticas dos enfermeiros da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto (SP) em relação à promoção do aleitamento materno para mães adolescentes”** que tem por objetivo identificar e descrever as práticas dos enfermeiros que atuam na rede municipal de saúde do município de Ribeirão Preto (SP) sobre a promoção do aleitamento materno para mães adolescentes.

Solicito a permissão para observar as atividades junto à gestante e/ou mãe adolescente. Sua participação consistirá em desenvolver suas atribuições de rotina. Sua participação na pesquisa não é obrigatória, mas se você quiser participar será de grande utilidade.

Não será publicado o seu nome, nem qualquer dado que possa lhe identificar. A qualquer momento você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como retirar este consentimento, o que não acarretará nenhum prejuízo para você.

Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Mestranda: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar da pesquisa e autorizo a utilização dos dados para este estudo que poderá ser publicado e apresentado em eventos científicos.

Caroline Cândido Garcia Leal - Endereço: Avenida Engenheiro José Hebert Faleiros, 85, casa 21 – Núcleo São Luís – Ribeirão Preto-SP. CEP: 14098-780 - Tel: (16) 3512-8633, (16) 9245-6089 – e-mail: carolcandido@usp.br

**APÊNDICE C – Formulário de coleta de dados**

1. Idade (anos completos)
2. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
3. Titulação: ( ) graduação ( ) especialização ( ) mestrado ( ) doutorado
4. Se especialização, mestrado ou doutorado, em qual área?
5. Tempo de formação na graduação:
6. Tempo de formação na pós-graduação:
7. Tempo que trabalha/atua como enfermeiro(a):
8. Tempo de atuação na Unidade de Saúde:
9. Você trabalha em quais setores da Unidade de Saúde?
10. Você já recebeu ou participou de algum treinamento específico sobre aleitamento materno? Quantas vezes? Há quanto tempo foi o último treinamento?

**QUESTÕES NORTEADORAS:**

11. Fale-me um pouco sobre seu atendimento junto a gestantes e/ou mães adolescentes.  
Como é sua prática? O que você prioriza no contato com elas?
12. Como você aborda mães adolescentes em relação ao aleitamento materno?

*Anexos*

---

## ANEXOS

**ANEXO A - Folha de aprovação da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto****Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo  
Secretaria da Saúde  
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

**OF. 2904/09 - GS**  
**RAS/ras**

Ribeirão Preto, 24 de junho de 2009.

Senhora Orientadora,

Em atenção à solicitação de autorização para a realização do projeto de pesquisa intitulado “**Práticas dos enfermeiros da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto (SP) em relação à promoção do aleitamento materno para mães adolescentes**”, informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto, tendo em vista o tema ser relevante e pertinente à nossa realidade de saúde pública.

Solicitamos que os resultados da pesquisa sejam repassados a Divisão de Enfermagem desta Secretaria.

Cordialmente,

  
**DRA. CARLA PALHARES QUEIROZ**  
Secretária Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA  
**PROFª FLÁVIA AZEVEDO GOMES**  
ORIENTADORA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE  
PÚBLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP  
NESTA



**ANEXO B - Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo  
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para  
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 152/2009

Ribeirão Preto, 18 de junho de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 18 de junho de 2009.

**Protocolo:** nº 0983/2009

**Projeto:** PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO (SP) EM RELAÇÃO À PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO PARA MÃES ADOLESCENTES.

**Pesquisadores:** Flávia Azevedo Gomes  
Caroline Cândido Garcia Leal

***Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.***

Atenciosamente,

**Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Profª Drª Flávia Azevedo Gomes**

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

PARECER

**Processo nº:** 0983/2009

**Título do Projeto:** “Práticas dos enfermeiros da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto (SP) em relação à promoção do aleitamento materno para mães adolescentes”.

**Pesquisador Responsável:** Flávia Azevedo Gomes (orientadora) e Caroline Cândido Garcia Leal (Mestranda).

As autoras do projeto realizaram alterações no título, objetivos e referencial metodológico atendendo à solicitação da banca examinadora do exame de qualificação da aluna Caroline C. G. Leal realizada em 02/04/2009. Foi apresentado projeto com as modificações indicadas pelas autoras. O título do projeto original era “TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO BREASTFEEDING AND ADOLESCENT MOTHERS.” Este título foi modificado para: “Práticas dos enfermeiros da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto (SP) em relação à promoção do aleitamento materno para mães adolescentes”. Os procedimentos éticos que serão adotados no projeto modificado atendem a determinação da Resolução 196/96. Assim sendo, recomendo a emissão de parecer favorável à aprovação deste projeto.

Ribeirão Preto, 18 de Junho de 2009.



18 06 2009