

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**NO SEIO DA FAMÍLIA: AMAMENTAÇÃO E PROMOÇÃO DA
SAÚDE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE
PÚBLICA**

AUTOR: DANIEL BECKER

ORIENTADOR: MARGARETH CRISÓSTOMO PORTELA

RIO DE JANEIRO, RJ – BRASIL

MARÇO DE 2001

Para a Equipe do Centro de Promoção da Saúde

***Para Esther, Anna e Ilan: porto, água, embarcação e
horizonte no grande rio da vida.***

"O futuro não é um lugar qualquer para onde estamos indo, mas que estamos construindo. Os caminhos que a ele conduzem não precisam ser encontrados, mas criados, e o ato de criá-los transforma tanto o criador quanto a sua destinação."

John Schaar

Agradecimentos

À Margareth Portela, pela sua paciência, tolerância, apoio, estímulo, e em especial pelo suporte técnico que tornou este trabalho viável. Mas acima de tudo, pelo seu sorriso e simpatia permanentes que amenizaram todos os problemas envolvidos na elaboração de uma tese.

À Superintendente de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Maria Cristina Boaretto, cujo apoio permanente viabilizou não só minha dedicação a esta tese, como outras atividades na área da Promoção da Saúde. À Cristina, seus coordenadores, gerentes e secretárias, e em especial à Ana Maria Monteiro de Castro, obrigado por me ensinarem muito sobre a gestão da saúde coletiva, o trabalho em equipe, a liderança e a construção de relações saudáveis no trabalho.

À Luciana Borges e Vera Pacheco, amigas e companheiras na frente do Programa de Saúde da Família no Rio de Janeiro, minha admiração por sua capacidade de trabalho e sua postura profissional, e meu profundo agradecimento por sua compreensão, apoio e carinho.

À toda equipe do Programa de Saúde da Família de Paquetá, incluindo a diretora da unidade, Iraneide Castro, e em especial à Anamaria D'Andrea Corbo e Eliane Ministro, fontes de inspiração e grandes amigas. É importante perceber o quanto caminhamos nestes 10 anos.

À Antonio Joaquim Werneck de Castro, Subsecretário de Saúde do Rio de Janeiro, pelo apoio decisivo, pelo crédito de confiança que sempre me depositou; e pela visão e capacidade que permitiram muito do que aconteceu de melhor na saúde de nossa cidade.

Aos companheiros do início da existência do Programa de Saúde da Família, que me ensinaram tanto sobre o campo da Atenção Primária, quando ainda éramos os malucos querendo mudar o mundo: Silvia Reis dos Santos – mestra e inspiradora; Magda e Airton Stein, Dr. Carlos Grosman, e Heloísa Machado de Souza – hoje personagem principal do Programa de Saúde da Família no Brasil, e que mesmo nesta posição consegue manter seu sorriso e simpatia irretocáveis.

A Marco Antonio Porto, estrategista de teses e tantos outros planos, e grande amigo. Um destes raros encontros que nos ajudam a compreender e melhorar nossas vidas.

A João Aprígio Guerra de Almeida e Maria Inês Couto de Oliveira, pela grande ajuda na área da amamentação.

Aos gestores e companheiros de Programa de Saúde da Família nas áreas pesquisadas, que muito apoio nos deram: Irmã Monique Bourget em São Paulo, Alfredo em Contagem, Karina Calife, Eliana e Clélia em Mauá, Hérica em Vespasiano, e muito especialmente Iracema Benevides, também de Vespasiano, que com sua doçura e capacidade de reflexão em muito contribuiu para este trabalho.

A Luís Carlos Bernal, por me ajudar a compreender e acreditar.

À equipe e amigos do IPPMG, onde aprendi muito do que sei e do que sou, pela sua compreensão e apoio.

A Barry H. Smith, por acreditar, inspirar e apoiar intensamente meu trabalho nos últimos 10 anos. Sem esse apoio, muito do que consegui realizar não teria sido possível.

Às “meninas” do Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS) – Kátia, Lílian, Socorro, Wanda - companheiras, amigas, de quem me orgulho de ser parceiro, e que representam uma das razões que me permitem trabalhar com prazer.

A meus pais, pelo seu amor.

À minha esposa Esther e meus filhos Anna e Ilan: pela compreensão para com a ausência provocada por este trabalho. E sobretudo, por esse amor que permeia, preenche e justifica cada segundo da minha vida.

Sumário

RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO 1 - Introdução.....	1
CAPÍTULO II - Promoção da Saúde e o Programa de Saúde da Família: uma origem, uma natureza, uma linguagem.....	8
II.1 – Breve Histórico da Promoção da Saúde.....	8
II.2 - O Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reorientação dos Serviços de Saúde.....	13
II.3 - A Prática da Promoção da Saúde no Programa de Saúde da Família.....	19
CAPÍTULO III - Material e Métodos.....	29
III.1 - Alvos do Estudo	29
III.2 - Seleção de Casos.....	31
III.3 – Instrumentos e Coleta de Dados.....	34
III.4 – Análise de Dados.....	36
CAPÍTULO IV – Resultados.....	37
IV.1 – Rio de Janeiro.....	37
IV.2 – São Paulo.....	39
IV.3 – Mauá.....	41
IV.4 – Vespasiano	42
IV.5 – Contagem.....	43
IV.6 - Resultados da Pesquisa.....	44
IV.6.1 – Perfil dos Profissionais.....	44
IV.6.1.1 – Profissionais de Nível Superior.....	44
IV.6.1.2 – Agentes Comunitários de Saúde.....	45

IV.6.2 - Investimento dos Programas na Capacitação Profissional.....	46
IV.6.3 – Grau de Conhecimento dos Profissionais sobre Amamentação.....	49
IV.6.4 – Atividades dos Profissionais em Promoção da Amamentação.....	55
IV.6.5 – Informações coletadas nos questionários aplicados às mães usuárias das unidades do Programa de Saúde da Família.....	56
IV.6.6 – Perfil de Aleitamento Materno na Amostragem Pesquisada.....	67
IV.7-Outros Dados Relevantes Pesquisados.....	69
IV.6 - Resultados da Pesquisa	
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO.....	74
V.1 – Treinamento.....	77
V.2 - Conhecimentos dos Profissionais em Amamentação.....	78
V.3 - Atividades dos Profissionais em Amamentação, em Contraponto com as Impressões de Mães por eles Atendidas.....	79
V.4 – Resultados da Atuação dos Profissionais: Sensação de Apoio Expressa pelas Mães.....	82
V.5 – Situação do aleitamento materno.....	84
CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES.....	86
CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89

BIBLIOGRAFIA.....	91
ANEXOS.....	99
ANEXO I - Questionário Da Pesquisa Para Profissionais De Nível Superior.....	100
ANEXO II - Questionário Para Agentes Comunitários De Saúde.....	107
ANEXO III - Roteiro Da Entrevista Com Mães De Bebês Até Seis Meses De Idade.....	114

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar aspectos da implementação e operacionalização da promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. Para tanto foi utilizada a promoção da amamentação como um traçador da promoção da saúde. Realizou-se uma pesquisa de campo com 156 profissionais das equipes do Programa e com 286 mães de bebês até 6 meses de idade por eles atendidas, descrevendo e contrastando desta forma as diferentes experiências em cinco municípios brasileiros, com características diversas mas apresentando como traço comum o fato de serem consideradas de boa qualidade.

Os resultados mostram que os programas pesquisados preocuparam-se com a capacitação das equipes, que foram treinadas em sua grande maioria. Tanto profissionais de nível superior quanto agentes comunitários de saúde tiveram performances bem acima da média na maioria dos testes de conhecimento aplicados, apesar de seu desempenho deixar um pouco a desejar nas questões relacionadas ao manejo clínico da lactação. Os profissionais das equipes estão envolvidos, em sua grande maioria, nas atividades relevantes da promoção da amamentação. O grau de envolvimento e sua efetividade são, no entanto, variáveis, e não correspondem às impressões das mães entrevistadas em aspectos como a visita domiciliar à puérpera e o momento desta atividade, e a observação da mamada. Não foram detectados erros grosseiros na atuação das equipes, mas esta poderia ser mais abrangente; atingir um número mais significativo de mães; e ter a qualidade de suas intervenções melhorada. A maioria significativa das mães de bebês até seis meses sente-se apoiada pela equipe de saúde para amamentar. O sentimento de apoio para amamentar foi associado significativamente a duas variáveis: a da mãe ter sido ensinada a colocar o bebê para mamar, e a de ter recebido ao menos uma visita domiciliar no puerpério. Esta associação destaca o Programa de Saúde da Família como locus privilegiado da promoção da amamentação. Nossa pesquisa detectou também o que parece ser uma sobrenotificação, pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), dos índices de Aleitamento Materno Exclusivo aos quatro meses. Com base nos achados, são feitas algumas recomendações relativas a promoção da amamentação no contexto do PSF.

Em conclusão, a pesquisa aponta tendências favoráveis com relação à promoção da saúde no contexto do PSF, sugerindo que sua efetividade poderá ser muito ampliada se forem garantidos às equipes tempo, ferramentas metodológicas, treinamento e apoio adequados para esta atuação.

SUMMARY

The objective of this study was to analyze the implementation of Health Promotion in the context of the Family Health Program. With that purpose, promotion of breastfeeding was used as a tracer condition. A field survey was performed, collecting data from 156 professionals and 286 mothers of babies until six months of age in five different municipalities, having in common the fact of being considered successful experiences.

Results have shown that all programs were concerned about capacitating their professionals, and that most teams received an adequate amount of training. Both graduated professionals and community health agents had a performance above the average at the knowledge tests applied, although showing some deficiencies specifically in the area of breastfeeding clinical management. Most professionals are well involved in breastfeeding promotion activities. Their degree of involvement, however, varies, and do not always correspond to the impressions of the interviewed mothers, in aspects such as home visits to the newborn mothers, the timing of those visits, and the observation of the breastfeeding technique. No gross mistakes were detected, but the team's performance could be more encompassing, reach a more significant number of mothers, and have a better quality of intervention. A large majority of the interviewed mothers feel supported by the health team to breastfeed. This feeling of support was significantly associated with two variables: to have been visited at least once during the post-delivery period, and to have been practically taught how to breastfeed. These associations strongly suggest that the Family Health Program is a privileged environment for the promotion of breastfeeding. Our survey has also detected an apparent over-reporting of Exclusive Breastfeeding rates by the age of four months by SIAB (Primary Care Information System). Based on those findings, some recommendations are made, concerning breastfeeding promotion in the Program's context.

In conclusion, the study points towards favorable tendencies concerning the implementation of health promotion in the Family Health Program's context. It's effectiveness could nevertheless be greatly improved if health teams are granted with time, methodological tools, adequate training and support.

Palavras-Chave:

Aleitamento Materno; Saúde da Família; Promoção da Saúde;
Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Key-words:

Breastfeeding; Family Health; Health Promotion; Health Services
Evaluation; Primary Health Care.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família vem sofrendo uma expansão espetacular nos últimos anos. O Ministério da Saúde estabelece o PSF como estratégia privilegiada, inclusive nas novas propostas de financiamento do setor saúde, operacionalizadas a partir da NOB 96. O país já conta com 5.139 Equipes de Saúde da Família, implantadas em 1.933 municípios (Ministério da Saúde, 2000). O discurso oficial dos gestores da saúde nos três níveis de governo (Ministério da Saúde, 1996; Souza, 1999) e os formuladores do programa (Mendes, 1996; Levcovitz e Garrido, 1997; Souza, 1999) apresentam-no como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro, um programa estruturante para o sistema de saúde, que busca a incorporação da promoção da saúde, do trabalho interdisciplinar, do envolvimento comunitário, e de uma lógica de responsabilização, que possa efetivamente contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para a qualidade de vida das comunidades atendidas. O Ministério da Saúde pretende atingir a cobertura de aproximadamente 80 milhões de pessoas, com a implantação de 20 mil equipes de saúde da família até o ano 2002 (Ministério da Saúde, 2000).

Os primeiros resultados atribuíveis ao programa, que chegam ora de maneira informal, ora em artigos (Levcovitz e Garrido, 1996), reportagens (Tunes, 1997; Cunha, 1999), reuniões de trabalho, relatórios ou em apresentações de congressos (Ministério da Saúde, 2000), são extremamente positivos: queda de índices de mortalidade infantil, redução das internações hospitalares por causas evitáveis, aumentos dos índices de acompanhamento de gestantes e de aleitamento materno, melhorias da cobertura vacinal e outros.

Atuando há sete anos no Programa de Saúde da Família, como um profissional de gestão local, é natural que minhas preocupações tenham se voltado para aspectos de âmbito operacional. As reflexões que fiz e dividi com meus companheiros eram voltadas sobretudo para a questão da fidelidade do programa para com seus princípios básicos: responsabilização, adscrição de clientela, trabalho por problemas, integralidade, interdisciplinaridade, ênfase na promoção da saúde (Ministério da Saúde, 1997). Como estas categorias, formuladas teoricamente, nas instâncias oficiais, se articulavam com o mundo real, nos diversos contextos onde o programa estava implantado?

Tive o privilégio de participar da experiência de implantação e supervisão do Programa de Saúde da Família de Paquetá (pequena ilha com 4000 habitantes, situada no município do Rio de Janeiro), cuja equipe sempre garantiu a estes princípios uma posição central no planejamento de suas ações, tendo inclusive testado metodologias diversas de participação comunitária e trabalho por problemas.

No entanto, quando confrontamos o cotidiano do P.S.F. e as dificuldades e demandas de um trabalho prioritariamente dirigido para comunidades de baixa renda, com as recomendações do Ministério da Saúde (quanto, por exemplo, à composição da equipe e à relação equipe / número de famílias), surge imediatamente uma questão: em que medida, e de que maneira, os princípios preconizados estariam sendo efetivamente aplicados? Caberia aqui questionar se os resultados positivos (relacionados especificamente a indicadores de impacto e produção) apresentados pelas diversas experiências do PSF estão relacionados mais com a ampliação de cobertura ou outros fatores (em alguns casos, especificamente com a atuação prévia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde), e menos com uma mudança estrutural nas relações entre o serviço de saúde e a sua clientela e outras características específicas do Programa de Saúde da Família.

Neste caso, pode-se dizer que o Programa de Saúde da Família, independentemente de seus méritos irrefutáveis, estaria reproduzindo as já esgotadas práticas das unidades básicas tradicionais, dirigindo-se para ser mais um “pacote de focalização” para populações de baixa renda, afastando-se da perspectiva da integralidade na atenção à saúde, e da “missão” que lhe é conferida pelos documentos oficiais, de ser uma proposta de “reforma estrutural do modelo assistencial” (Ministério da Saúde, 1997), uma estratégia para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida (Souza, 2000).

Portanto, em que medida se tornam realidade no Programa de Saúde da Família - se é que assim ocorre - a humanização e a integralidade do atendimento, o vínculo de responsabilidade, a interdisciplinaridade, o envolvimento familiar e comunitário, a ênfase na promoção da saúde, o trabalho orientado por problemas, a busca de soluções efetivamente intersetoriais?

Devido às claras limitações impostas por um trabalho de pesquisa no nível do Mestrado, escolhi apenas uma área, sobre a qual estarei dirigindo o foco de minha investigação: **a promoção da saúde no Programa de Saúde da Família.**

Nos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, a promoção da saúde aparece sempre em destaque, como parte da lista de elementos e princípios definidores do programa. Com efeito, se a lógica do PSF é a da responsabilização pela saúde de uma determinada população, o serviço deve necessariamente extrapolar as preocupações unicamente curativas do modelo tradicional para buscar a promoção da saúde e da qualidade de vida de sua clientela.

Vamos procurar demonstrar, neste trabalho, que o Programa de Saúde da Família pode ser compreendido justamente como produto do desenvolvimento dos conceitos e práticas da promoção da saúde nos últimos 20 anos. Essa concepção

define a promoção da saúde como o resultado de ações eminentemente intersetoriais, agindo nos determinantes gerais da saúde e da qualidade de vida (Buss et al., 1998; Ferraz, 1996). Cada setor (aqui incluem-se educação, geração de trabalho e renda, habitação, lazer e cultura, transportes, meio ambiente, assistência social, etc.) deverá ter suas estratégias de atuação, coordenadas pelas chamadas “políticas saudáveis” (WHO, 1986; Ministério da Saúde, 1995). No que diz respeito aos serviços de saúde, uma das estratégias propostas para a reorientação dos mesmos na direção dos novos paradigmas da saúde pública (Carvalho, 1996; Silva Jr., 1996) é o Programa de Saúde da Família (Mendes, 1996).

Portanto, a questão principal deste trabalho será: **como está se dando a promoção de saúde no PSF?** A preocupação com este aspecto se manifesta no dia a dia do trabalho? Que ênfase, que prioridade está recebendo? Como a equipe se articula para sua implementação? Os profissionais são capacitados para realizá-la? Que estratégias e ferramentas são utilizadas? Trata-se de uma questão fundamental para todos aqueles que trabalham no universo do Programa de Saúde da Família. Os resultados de análises desta natureza serão importantes para definir se as suas ações apresentam uma coerência mínima com suas bases teóricas, reorientando os rumos futuros do programa.

Nosso objetivo é portanto analisar aspectos da implementação e operacionalização da promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. Mas de que maneira avaliar um conceito tão amplo como a Promoção da Saúde, que permite inúmeros olhares e interpretações?

Não seria possível esgotar todas dimensões da promoção da saúde. Por isso, fizemos a opção metodológica de trabalhar com uma aproximação do conceito de **condição traçadora, ou traçador** (tracer) (Kessner et al., 1973; Travassos, 1985). Escolhendo uma atividade típica da promoção da saúde que preencha os critérios requisitados para caracterizá-la como condição traçadora, poderíamos obter informações que indiquem em que direção caminha o Programa

de Saúde da Família no que se refere à promoção da saúde. Não trabalharemos, no entanto, com o conceito no seu sentido mais estrito, já que isto implicaria na consideração de muitos outros elementos. Mas a utilização de uma aproximação conceitual em muito poderá auxiliar na discussão das questões aqui tratadas.

Para analisar a promoção da saúde no Programa de Saúde da Família, optei por utilizar a **promoção da amamentação**. Trata-se de um dos aspectos mais básicos da promoção da saúde materno-infantil. A promoção, proteção e apoio à amamentação são reconhecidas unanimemente na literatura como atividades essenciais para a saúde da mulher e da criança, além de trazerem benefícios consideráveis para a família e para o Estado (Guerra, 1998). A relevância da promoção da amamentação, especialmente em nosso meio, é indiscutível. As intervenções de serviços de saúde comunitários (como o Programa de Saúde da Família) seriam muito oportunas na promoção da amamentação, já tendo sua eficácia sido comprovada por diversos estudos (WHO,1998).

Para analisar a promoção da amamentação no contexto do PSF foram selecionados 5 municípios: Rio de Janeiro (RJ); São Paulo e Mauá (SP); Vespasiano e Contagem (MG). Eles representam experiências diversas do Programa de Saúde da Família em sua história, disponibilidade de recursos, abrangência, situação demográfica e geográfica, mas todos são considerados programas de boa estrutura e que vem apresentando bons resultados. Nestes locais foram entrevistados um total de 175 profissionais de saúde (53 médicos e enfermeiros, e 122 agentes comunitários de saúde) e de 286 mães de bebês até seis meses de idade. Os questionários foram baseados naqueles utilizados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), da OMS-UNICEF, e adaptados para o contexto da atenção básica. Um banco de dados em DBF foi construído utilizando-se o programa Epi-Info 6.0, e os dados coletados foram analisados no pacote estatístico SAS for Windows.

A pesquisa visou analisar o conhecimento e as práticas dos profissionais do Programa de Saúde da Família relacionadas à amamentação. O questionário com mães, clientes das unidades atendidas por estes profissionais visava conferir a percepção materna destas atividades e avaliar os resultados da promoção da amamentação realizada pela equipe.

Analisar a promoção da saúde num programa como o PSF utilizando apenas a promoção da amamentação, mesmo de forma aproximada, como condição traçadora, implica em evidentes limitações. O termo “promoção da saúde” envolve muitos outros aspectos e dimensões do trabalho em saúde (Buss et al., 1998). A constatação de uma promoção da amamentação bem realizada e efetiva em municípios com certa representatividade no nível da estrutura e da diversidade, não permitirá conclusões definitivas acerca de outros importantes aspectos da promoção da saúde no Programa de Saúde da Família - apenas apontará tendências. A constatação inversa, no entanto, quando relativa a um aspecto tão básico da promoção da saúde, e em programas bem estruturados poderia representar uma sinalização de que correções importantes de rumo devem ser feitas para que se possa falar em promoção da saúde no programa.

Este trabalho se propõe a revelar alguns indícios sobre a questão, e servir, numa primeira abordagem, a três propósitos principais: avaliar alguns aspectos do trabalho de promoção da amamentação realizado pelo Programa de Saúde da Família; mobilizar profissionais e estruturas envolvidas no PSF para uma reflexão sobre a situação da promoção da saúde na sua prática; e provocar igualmente uma reflexão, agora no campo da promoção da amamentação, sobre a utilização do grande potencial representado por programas como o PSF e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) para esta atividade.

Finalmente, buscar respostas para questões relativas à observância de princípios básicos do Programa de Saúde da Família é uma tarefa que importa para sua própria continuidade. Se desejamos preservá-lo em sua proposta original e relevante de contribuir para a reforma do modelo assistencial, há que se analisar

aspectos de sua prática que demonstrem a operacionalização minimamente efetiva destes elementos definidores, e não apenas aspectos de sua produção ou impacto, segundo métodos ortodoxos de avaliação. É preciso que se comece a questionar se o Programa de Saúde da Família está somente assistindo melhor ao doente, ou efetivamente contribuindo para que as comunidades atendidas possam ter acesso a uma vida mais saudável e de melhor qualidade.

CAPÍTULO II - PROMOÇÃO DA SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ORIGEM, UMA NATUREZA, UMA LINGUAGEM

II.1 – BREVE HISTÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Programa de Saúde da Família, enquanto alternativa de reorganização da atenção à saúde, nasce do contexto histórico e conceitual da moderna promoção da saúde, e tem plena identidade com seus princípios definidores.

Nos últimos 20 anos, temos assistido a um crescimento excepcional do campo de promoção da saúde, que vem impactando profundamente as concepções e práticas de Saúde Pública na atualidade. Este movimento origina ou fortalece conceitos fundamentais do moderno campo sanitário, tais como as Cidades Saudáveis, os ambientes favoráveis à saúde, a articulação intersetorial pela saúde, vigilância à saúde e diversas práticas de reorientação de serviços (Buss et al., 1998; Ferraz, 1996; Mendes, 1996).

Um dos primeiros autores a utilizar a expressão "promoção da saúde" foi Sigerist (1946), ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. É interessante notar que, ao listar os principais pontos de um programa nacional de saúde, Sigerist destacou a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho, oportunidades para descanso e recreação como as três mais importantes, deixando a atenção médica na quarta posição.

Leavell e Clark (1965), ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção, incluem a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluiriam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação

pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde.

A associação da promoção da saúde com a atuação sobre determinantes do meio ambiente e dos estilos de vida veio, segundo Terris (1992), com a “segunda revolução epidemiológica”: o movimento de prevenção das doenças crônicas.

Melhorias na nutrição e no saneamento, e modificações nas condutas da reprodução humana (com menos número de filhos por família), há muito tempo são reconhecidas como os principais fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales no século XIX e início do século XX. As intervenções médicas, como as vacinações e o advento da antibioticoterapia tiveram influência mais tardia e menos importante (MacKeown, 1976).

Já em 1943, a Medicina Social inglesa se preocupava com a epidemiologia das doenças crônicas prevalentes, como a úlcera péptica, as doenças cardiovasculares, o câncer e os traumas acidentais. Considerando suas correlações com as condições sociais e ocupacionais, afirmava que elas deveriam ser, em maior ou menor grau, preveníveis. (Terris 1992).

A influência da Medicina Social inglesa se fez sentir profundamente no Canadá, refletindo-se na consagração dos princípios de universalização de assistência médica e na centralidade da prevenção e da promoção da saúde no sistema de saúde canadense. A constatação do papel fundamental dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, que vem a qualificar a moderna promoção de saúde, deve muito à atuação da saúde pública canadense, e à sua posterior influência internacional (Ferraz, 1994).

O Informe Lalonde (Lalonde, 1974), marco inicial da moderna Promoção da Saúde no Canadá, é considerado por Terris (1992: 4) “a primeira declaração teórica abrangente na Saúde Pública como resultado dos desconhecimentos de

epidemiologia de doenças não infecciosas”. Utilizando o modelo do “Campo de Saúde”, proposto por Laframboise em 1973 (Carvalho, 1996), o documento afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias:

- Biologia Humana, que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- Ambiente – agrupa os fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle;
- Estilos de vida – o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere por exemplo a suas atividades de lazer e alimentação, estando portanto parcialmente sob seu controle.
- Organização da Atenção à Saúde – disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde: (Ferraz, 1994; Carvalho, 1996)

Lalonde (1974) afirmava que, até aquele momento, a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos em saúde, se concentraram na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam as causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

A título de ilustração, mencionamos o clássico estudo de Dever, publicado dois anos após o Informe Lalonde (apud Carvalho, 1996), que utilizando as categorias do Campo da Saúde, estabeleceu a contribuição de cada uma delas para a mortalidade nos Estados Unidos. Estilos de vida e meio ambiente contribuíam respectivamente com 43% e 19%, mas receberam apenas 1,2% e 1,7% dos recursos federais investidos em saúde; sendo que 91% ficaram com os serviços de saúde.

Ao longo dos anos 70 e 80, as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional se acumularam (Mendes, 1996 e Terris, 1992). Dessa forma foram criadas as condições para a organização da I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, em 1996, em Ottawa no Canadá, patrocinada pela OMS, Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, um marco fundamental na história da Saúde Pública, reconheceu como “pré requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, e conservação dos recursos naturais e a equidade” (WHO, 1986). A promoção da saúde foi conceituada como “o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Segundo Buss et al. (1998: 11), a Carta de Ottawa “assume que a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, cujas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população, e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável”. Para Carvalho (1996: 117), o conceito de promoção da saúde passa a ser a espinha dorsal da nova saúde pública e é definido pela primeira vez em termos de políticas e estratégias, representando “um avanço em relação à retórica genérica da Conferência de Alma-Ata (1977), que estabeleceu a consigna ‘saúde para todos até o ano 2000’, através da expansão da atenção primária”.

Para Ferraz (1994: 11), a Carta de Ottawa “significou a ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Houve um reconhecimento de que a promoção de saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde, mas ao contrário, ela se constitui numa atividade essencialmente intersetorial “.

As estratégias de ação propostas pela Carta foram: 1) estabelecimento de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais; 5) reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, como comprovam documentos oriundos das diversas conferências internacionais sobre o tema que se seguiram (Adelaide – 1988; Sundsvall – 1991; e Jakarta - 1997), e de conferências regionais, como a de Santafé de Bogotá, em 1992 (Buss et al., 1998; Ministério da Saúde, 1995). Em Adelaide, o tema central foram as políticas públicas saudáveis; em Sundsvall, a ênfase foi dada à criação de ambientes favoráveis à saúde, com nítida influência de temas ligados à saúde ambiental e às questões ecológicas, muito em voga naquele momento. Em Jakarta, são destacados o reforço da ação comunitária e o surgimento de novos atores e novos determinantes da saúde, como os fatores transnacionais (globalização da economia e suas conseqüências, papel dos meios de comunicação e outros). Entre as conclusões desta última conferência, destacam-se a percepção de que os métodos de promoção da saúde baseados na combinação das cinco estratégias preconizadas pela Carta de Ottawa são mais eficazes que aqueles centrados em um só campo; e a de que diversos cenários – cidades, comunidades locais, escolas, locais de trabalho – oferecem oportunidades para a execução de estratégias integrais. (Buss et al., 1998).

A declaração de Santafé de Bogotá, assinada em 1993 por representantes de 21 países do continente americano e intitulada “Promoção e Igualdade”, afirma que a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua de determinação entre saúde e desenvolvimento, e destacando a necessidade de solidariedade e equidade para seu alcance (Ferraz, 1994).

A partir destas conferências, a promoção da saúde passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de diversos países. Na América Latina, a OPAS colocou-a como prioridade programática, definindo-a como “a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de

outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva” (Mendes, 1996: 246-247).

Com a evolução do movimento da promoção de saúde na América do Norte surge o Movimento Cidades Saudáveis, citado aqui por sua importância na compreensão do alcance e do significado da nova formulação dos conceitos de promoção de saúde. O movimento surgiu em 1984, em Toronto, no Canadá, e foi encampado pela OMS a partir de 1986. A OMS considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida, de acordo com a proposta de promoção da saúde desenvolvida na Carta de Ottawa. O movimento se difundiu em inúmeras cidades de todo o mundo, formando redes regionais e globais, e tornou-se o mais difundido projeto estruturante da moderna promoção de saúde, tendo sido também incorporado como estratégia pelo movimento de municipalização da saúde no Brasil (Mendes, 1996; Ferraz, 1993 e 1994; Buss et al., 1998). O tema não faz, no entanto, parte do escopo deste trabalho.

II.2 - O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os conceitos trabalhados na discussão anterior deixam claro que a promoção da saúde é um campo de grande amplitude e cujas características o situam no domínio da ação intersetorial. Dentre os setores que devem participar desta ação integrada, situam-se os serviços de saúde. Diferentes concepções de modelos tecno-assistenciais em saúde apresentam propostas diversas para o papel que estes serviços devem assumir no desenvolvimento do processo (Silva Jr, 1996).

É certo, no entanto que o modelo assistencial flexneriano não dá conta desta concepção ampliada de saúde (Mendes, 1996; Silva Jr, 1996). A evolução das reformas no setor saúde na última década mostra um movimento na direção

da busca de alternativas de modelo de prestação de serviços, que foi claramente influenciada pelos conceitos advindos da promoção da saúde, os quais serão provavelmente “um dos eixos das futuras reformas” (Viana e Dalpoz, 1998: 08).

Em relação à reorientação dos serviços de saúde - sua quinta proposta de estratégias de ação - a carta de Ottawa afirmava que “o papel do setor saúde deve mover-se gradativamente no sentido da promoção da saúde, além de suas responsabilidades de prover serviços clínicos... e apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais”. Finalizando, afirma que este esforço “deve levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é” (Ministério da Saúde, 1995: 16).

Mendes (1996), em sua discussão sobre a vigilância e a produção social da saúde, utiliza os conceitos derivados do campo da promoção da saúde para afirmar que “saúde, como expressão da qualidade de vida, resulta da ação sobre os determinantes, sobre o estado de saúde e sobre suas conseqüências. Portanto, os serviços de saúde, ainda que importantes, são apenas um dos componentes da saúde. Assim, a construção social da prática da vigilância da saúde exige uma ação concomitante e coerente nesses dois projetos estruturantes. Ao tempo que, pela ação intersetorial do projeto da cidade saudável, vai procurar-se instituir uma cidade produtora social da saúde, pelo fazer setorial há de se mudar, medularmente, a forma como são tradicionalmente prestados os serviços de saúde flexnerianos” (Mendes, 1996: 258).

No campo dos serviços de saúde, o autor concebe como projeto estruturante o distrito sanitário, que constitui-se num território-processo de reorganização e mudança das práticas sanitárias, apoiando-se na articulação de duas estratégias básicas: o Programa de Saúde da Família, na organização da atenção primária, e o Consórcio Intermunicipal, na organização da atenção secundária e terciária.

A necessidade da mudança “medular” mencionada por Mendes se impõe em função da crise de um modelo. A crise do setor saúde, em nosso meio, vai, na verdade muito além da questão dos serviços de saúde. Na sua dimensão social, revela profundas injustiças em um setor que deveria ter, como razão de existir, a diminuição das desigualdades e a busca de melhoria de condições de vida. Porém o tema da reorientação dos serviços de saúde em nosso país vem ocupando há muito um espaço considerável na discussão da reforma setorial da saúde.

No caso do Brasil, as raízes da crise no setor de serviços de saúde se relacionam diretamente com a definição do modelo de assistência à saúde que predomina no país desde o início do século, marcado pelo paradigma flexneriano, pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado prioritariamente nas ações curativas, com uma visão quase estritamente fisiopatológica, biologicista do processo saúde-doença (Silva Jr., 1996). Os problemas de saúde são vistos de forma fragmentada, sob uma ótica individual ou mesmo sub-individual, passíveis de intervenção cada vez mais especializada. A consequência disso é o abuso da especialização, o uso cada vez maior – e mais inadequado - de procedimentos de alta densidade tecnológica e o correspondente encarecimento do sistema.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, sistematizou as diretrizes e o ideário do novo sistema de saúde: um sistema único, baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular. Em seu relatório final, a Conferência utiliza as definições abrangentes de saúde expressas na Carta de Ottawa, publicada na mesma época: *“A saúde não é um conceito abstrato... devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”* (Ministério da Saúde, 1986) .

Após a promulgação da Constituição de 1988, houve uma notável ampliação da assistência médica à sociedade brasileira, evoluindo de um serviço prestado aos contribuintes da previdência para um direito da cidadania. Entretanto, tal processo fez-se, em parte, às custas da progressiva degradação do sistema público de saúde. Dentre as várias distorções ocorridas, importa destacar a prioridade conferida à construção e aparelhamento de hospitais que, além de possuir um apelo promocional e um espaço na mídia sempre valorizados pela maioria dos administradores, são os locais privilegiados para a centralização das irresistíveis pressões da indústria de equipamentos, muito embora produzam baixo impacto na vida da população como um todo (Mendes, 1995; Becker, 1997; Ministério da Saúde, s/data) .

A implementação de políticas de saúde desprovidas de qualquer amparo epidemiológico, no seu limite, originou uma ênfase desmesurada nos serviços de emergência que, além de problemas técnicos diversos - filas imensas, falta de continuidade, baixa resolutividade, iatrogenia, aumento nos custos, desgaste das equipes com o atendimento de um alto percentual de não urgências - produziu uma grave deformação na cultura sanitária da população, que passou a ver na consulta ambulatorial uma forma mais demorada e menos efetiva de assistência. Neste turbilhão de equívocos, os serviços ambulatoriais, desafiados a competir com a "produtividade" dos prontos-socorros, optaram por mais uma solução "criativa": o pronto-atendimento, verdadeiro amálgama dos problemas existentes nos serviços ambulatoriais e emergenciais, e que compromete decisivamente a qualidade do cuidado com a saúde (Cordeiro, 1996; Becker, 1997).

No Brasil, a montagem de uma rede extra-hospitalar de atenção à saúde nunca foi priorizada. Muito ao contrário, os postos de saúde têm sido objeto de imemorial desconfiança, não apenas pela população mas pelos próprios profissionais, provocando profundas distorções na demanda dos demais setores de atendimento. Tal descompasso relaciona-se com o fato de que a tentativa de mero "transplante" da cultura hospitalar - organicista, intervencionista,

tecnologicamente sofisticada - para a rede de atenção primária, é simplesmente "rejeitada", como verdadeiro corpo estranho (Cordeiro, 1996; Becker, 1997).

Este modelo de assistência à saúde gera ineficácia, exclusão, iniquidade e insatisfação. Sentida pela população usuária dos serviços, profissionais de saúde, instituições prestadoras e governo como uma unanimidade, a crise do setor se configura como um imperativo para mudanças (Ministério da Saúde, 1997).

Até o momento da formulação do PSF, não existia nenhuma proposta concreta de assistência básica para o SUS (Viana e Dalpoz, 1998). As propostas de distritos sanitários e os sistemas locais de saúde não se impunham como suficientemente fortes para provocar mudanças perceptíveis na estrutura dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 1977). Segundo Viana e Dalpoz (1998), o PSF *"foi formulado em um período de vazio programático... A política de saúde seguia numa inércia, repetindo modelos de atendimento antigos e se expandindo em cima de concepções superadas para a área de saúde, e sem interlocução, inclusive, com outros setores da área social"* (p.19).

O Ministério da Saúde apresenta então o Programa de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 1994), explicitamente como estratégia de mudança do modelo assistencial, e como um projeto estruturante do Sistema de Saúde, visando essencialmente a organização de sua área básica, norteada por uma série de princípios e estratégias constantes nos documentos ministeriais a partir de então. Entre eles destacam-se: a definição de um território de atuação, a integralidade, a ênfase nas ações de promoção da saúde, a responsabilização para com a saúde da população adscrita, o planejamento local por problemas, a atuação intersetorial e a humanização do atendimento. Este modelo de atenção reconheceria a saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida. Do ponto de vista das equipes e unidades do programa, isto significava a prestação de serviços mais resolutivos e humanizados, e que servissem como instrumentos de estímulo à organização comunitária (Ministério da Saúde, 1997).

A reforma do modelo assistencial pretende que o acesso aos serviços de saúde deixe de ser centrado na existência de doença, de um diagnóstico de lesão orgânica, do atendimento hospitalar, da demanda espontânea aos serviços, para usar mais racionalmente os cuidados em unidades básicas e na rede ambulatorial. Trata-se, pois, da substituição de uma prática caríssima, simplista, limitada e sem continuidade de cuidados, por uma visão racionalizada do trabalho, amparada por uma melhor capacidade de resolver problemas e que busca antecipar-se à doença, tanto pela educação quanto pela promoção de saúde, tornando-a, portanto, mais econômica e efetiva.

A proposta de organização das práticas de saúde centradas na família e na comunidade, pressupõe a restituição da biografia aos indivíduos, valorizando seus vínculos culturais e sociais, num movimento dialético que, enquanto os reafirma como sujeitos do processo saúde-doença, valoriza seus vínculos como membros de grupos que vão da família à sociedade. Além disso, os próprios profissionais de saúde devem se situar numa posição diferente: não mais um conjunto de individualidades encerradas em seu próprio saber e, segundo este, hierarquizadas; mas uma equipe interdisciplinar solidária e disposta ao intercâmbio de conteúdos e tarefas (Ministério da Saúde, 1997; Becker, 1997).

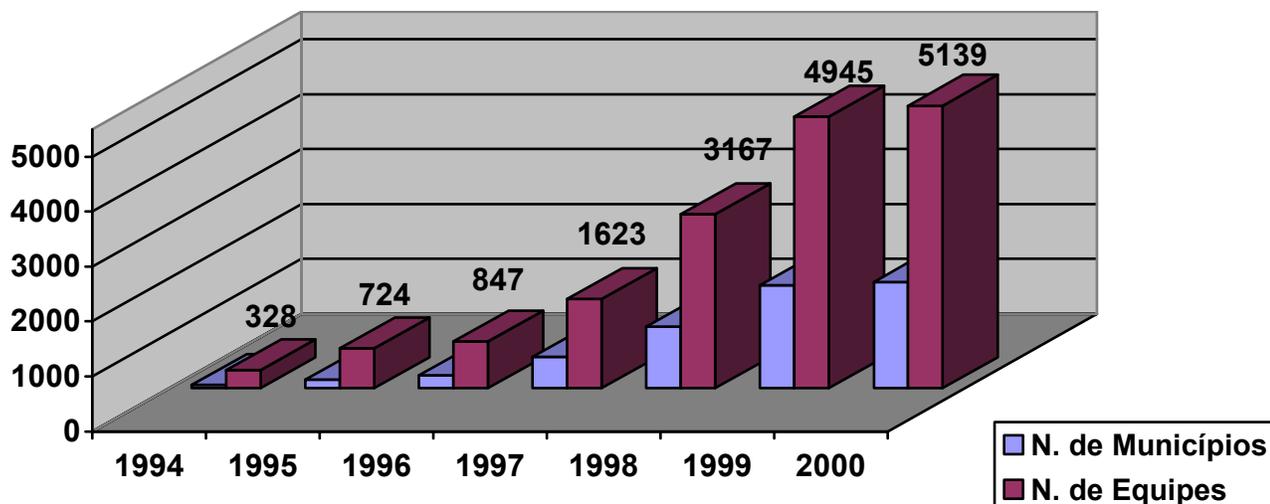
II.3 - A PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família é, portanto, colocado objetivamente pelo Ministério da Saúde como uma proposta de reforma do modelo assistencial, de caráter substitutivo, baseada em uma série de princípios e estratégias bem enunciadas nos documentos ministeriais publicados a partir de 1994 (Souza, 1999; Souza, 1999). Transforma-se progressivamente, de uma tímida proposta alternativa, na estratégia hegemônica do Ministério da Saúde para a atenção básica no país (Serra, 2000).

Como exposto anteriormente, o PSF vem sofrendo uma notável expansão nos últimos anos. O país já conta com 5.139 Equipes de Saúde da Família, implantadas em 1.933 municípios (Ministério da Saúde, 2000) (v. gráfico 1), e almeja chegar a 20.000 equipes até 2002, o que representaria a cobertura de metade da população brasileira (Souza, 2000). A implementação da NOB-96 favoreceu a expansão do programa, na medida em que cria fórmulas claras de financiamento e cooperação para a operacionalização da política, que envolve todos os níveis de governo com papéis bem definidos. O financiamento para o Programa de Saúde da Família passou de R\$ 218 milhões em 1998 para R\$ 680 milhões em 2000 (Souza, 2000, p. 9). Além disso, a criação dos pólos de capacitação de pessoal em Saúde da Família inicia a aproximação com o aparelho formador, permitindo a formação de recursos humanos melhor preparados para atuar no programa. Os resultados atribuídos ao programa são extremamente positivos (Levcovitz e Garrido, 1996; Tunes, 1997; Viana e Dalpoz, 1998; Cunha, 1999; Serra, 2000): queda de índices de mortalidade infantil, redução das internações hospitalares, melhorias da cobertura vacinal, da captação e cobertura de pré-natal, dos índices de aleitamento exclusivo e muitos outros. Para autores como Viana e Dalpoz (1998), o PSF se configura num instrumento de reestruturação do sistema público de saúde e mesmo do reforço da organização popular para o controle social deste sistema, em função de suas características de gestão e mecanismos de operacionalização.

Gráfico 1

Programa de Saúde da Família – Evolução da Implantação



Fonte: DAB/SPS/MS

No entanto, no trabalho no dia a dia do programa, na rotina das unidades, na administração das atividades das equipes, algumas preocupações e problemas vão surgindo, e nem sempre aparecem de forma evidente. Uma das questões mais presentes é a da fidelidade do programa para com seus princípios básicos, entre eles, o da promoção da saúde.

Entre os principais desafios enfrentados pela equipe do Programa de Saúde da Família está a busca do equilíbrio entre as pressões da demanda espontânea e da produção de procedimentos, e das necessidades impostas pelo princípio da responsabilização. A experiência do cotidiano do Programa e o conhecimento das grandes dificuldades e demandas de um trabalho prioritariamente dirigido para comunidades empobrecidas - com todas as suas típicas mazelas (entre elas, os índices de violência muito altos quando em áreas urbanas) - confrontado com algumas das recomendações do Ministério da Saúde para o programa, invoca inevitavelmente uma reflexão. A relação profissional de nível superior / número de famílias (um médico e um enfermeiro para 2500 a 4000 pessoas) gerando uma

volumosa demanda espontânea, a exigência de um número mínimo de procedimentos curativos para atender esta população, a complexidade psicossocial de inúmeros casos que se apresentam à equipe, as dificuldades em conseguir referir pacientes aos níveis mais complexos de atenção, e a própria dificuldade dos profissionais em lidar com um universo de problemas para os quais não foram adequadamente treinados, são alguns exemplos que nos permitem questionar em que medida, e de que maneira os princípios preconizados estariam sendo efetivamente aplicados. De que maneira estas categorias, formuladas teoricamente, nas agências oficiais, se articulam com o mundo real, nos diversos contextos onde o programa está implantado? Não seriam as pressões da demanda muito intensas, colocando em risco as atividades de educação e promoção da saúde, e outras consideradas definidoras da essência do Programa, como o planejamento local por problemas feito pela equipe interdisciplinar, a captação dos grupos de risco e a atuação comunitária numa perspectiva intersetorial? (Becker, 1997).

Estes “princípios da vigilância à saúde” – conforme denominação do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 1997:11) - que formam a base do PSF, são em sua maioria encontrados nas cartas das conferências internacionais e demais trabalhos sobre a promoção da saúde tal qual ela é hoje concebida, como relatado anteriormente. Entre eles, a prioridade a ser conferida às atividades de promoção da saúde, que se destaca em diversos trechos do documento citado (Ministério da Saúde, 1997) e que permeia de forma explícita as declarações de gestores e os textos mais recentes sobre o programa (Ministério da Saúde, 2000). A linguagem destes documentos encontra plena identificação no discurso da promoção da saúde. Citando o próprio ministro, “ *a saúde, que é sinal de alerta das desigualdades sociais, se transforma nestas localidades (onde o PSF está implantado) no setor no qual se dá a torção em direção à qualidade de vida*” (Serra, 2000).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS), num documento recente sobre saúde no Brasil menciona o Programa de Saúde da Família como o primeiro

item do capítulo de promoção da saúde (OPAS, 1998). De fato, se concordamos que o PSF é uma tentativa de reforma do modelo assistencial, as atividades ligadas à promoção da saúde são essenciais para a caracterização desta proposta. Numa lógica de responsabilização pelo status de saúde de uma determinada população, o serviço deve necessariamente ultrapassar a atenção à demanda e as preocupações unicamente curativas do modelo tradicional, para ir à comunidade e promover da saúde de sua clientela. A detecção da efetiva promoção da saúde no dia a dia do trabalho poderia portanto traduzir a presença, além da responsabilização, de outros princípios, como o planejamento local, o trabalho por problemas, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade. De fato, pode se dizer que a detecção da promoção da saúde nas atividades do PSF seria decisiva para podermos afirmar que o modelo em questão está ou não sendo implementado. Por estes motivos, tentativas de análise das práticas de promoção da saúde no Programa de Saúde da Família seriam de grande relevância na avaliação do Programa como um todo.

A promoção da saúde, como visto na discussão anterior, é um conceito muito amplo. É preciso, para analisá-la no contexto do Programa de Saúde da Família, utilizar procedimentos metodológicos que permitam uma focalização sobre alguns de seus aspectos - um melhor recorte temático. Uma possibilidade seria escolher uma categoria que iluminasse certos aspectos do funcionamento rotineiro do serviço ligados à promoção da saúde, e como estes se relacionam. A preocupação, o preparo e a organização da equipe para com esta categoria; e a atenção, cuidado ou atividades a ela dirigidas, podem fornecer informações importantes para a avaliação global da promoção da saúde no PSF.

Esta é exatamente a definição de condição traçadora, quando utilizada em avaliação de serviços de saúde, conforme a proposição de Kessner et al. em seu clássico artigo de 1973. Segundo os autores, o traçador é um conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde. Neste caso, o pressuposto é que a forma como uma equipe de profissionais de saúde administra sua intervenção

sobre uma determinada condição (chamada traçadora por reunir certas características), será um indicador da qualidade geral do cuidado e do sistema que fornece aquele cuidado. O método leva em consideração aspectos referentes tanto à avaliação de processo como de resultados.

Para este estudo foi feita uma aproximação conceitual. Não escolhemos uma doença ou condição clínica, já que nossa preocupação é com a promoção da saúde. Foi preciso escolher uma condição que refletisse da melhor maneira a preocupação do Programa de Saúde da Família com a promoção da saúde. Por isso, optamos por trabalhar com a **promoção da amamentação**, uma atividade típica deste campo e que preenche todos os critérios necessários para ser utilizável como condição traçadora (Kessner et al., 1973; Travassos, 1985).

Segundo estes autores, a condição traçadora deve ter as seguintes características:

1. ser bem definida e delimitada: a amamentação é uma categoria bem delimitada e muito estudada; deve ser realizada exclusivamente – e portanto promovida – por 6 meses e a seguir fazer parte de uma alimentação adequada até os 2 anos (WHO, 1997).
2. ter considerável relevância e causar impacto significativo na saúde: a promoção, proteção e apoio à amamentação são reconhecidas unanimemente na literatura como atividades essenciais para a saúde da mulher e da criança, além de trazerem benefícios consideráveis para a família e para o Estado (Guerra, 1998; Souza, 1998; WHO, 1997). A relevância da promoção da amamentação nos serviços de atenção primária e nas maternidades, especialmente em nosso meio, é indiscutível. As intervenções de serviços de saúde comunitários (como o Programa de Saúde da Família) seriam muito oportunas na promoção da amamentação, já tendo sua eficácia sido comprovada por diversos estudos (WHO, 1998; Becker, 1999).
3. a prevalência da condição deve ser elevada, de modo a permitir uma coleta de dados adequada de uma amostra limitada da população: a amamentação deve ser exclusiva para todos os bebês até 6 meses de idade, e sua promoção deve

ser realizada por qualquer unidade de saúde que lide com a população materno-infantil. Por outro lado, as taxas de amamentação exclusiva ainda são muito baixas em todas as regiões brasileiras, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSS) do INAN/IBGE (Grupo Origem, 1999; Kitoko et al., 2000). Dados do Rio de Janeiro mostram que cerca de 75% dos lactentes deixam de receber aleitamento exclusivo ao seio no primeiro mês de vida (Brasil et al., 1999).

4. a história natural da condição deve variar com a intervenção dos serviços de saúde e com a qualidade desta intervenção: está bem demonstrado que intervenções em diversos momentos do processo de promoção da amamentação podem obter resultados positivos, como o aumento da prevalência e/ou da duração da amamentação. Outros estudos demonstram que abordagens integradas, envolvendo mais de uma etapa do processo (por exemplo: educação pré-natal, alojamento conjunto e apoio no puerpério) são mais efetivas que abordagens isoladas; ou que intervenções realizadas sem um adequado treinamento dos recursos humanos envolvidos não obtém bons resultados (WHO, 1998).
5. as técnicas de intervenção sobre a condição devem ser bem definidas ao menos para um dos seguintes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação: apesar de ser um campo em permanente transformação e onde novos estudos surgem freqüentemente, o manuseio clínico da amamentação tem técnicas bastante bem definidas. Do mesmo modo, a promoção da amamentação também apresenta procedimentos relativamente bem estabelecidos, principalmente a partir do estabelecimento dos “Dez Passos

para o Sucesso da Amamentação”¹, código de conduta comprometido pelo Brasil na “Declaração de Innocenti”, em 1º de agosto de 1990, na Itália, durante encontro que reuniu formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das Nações Unidas. Os “Dez Passos” formam a base da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, um programa conjunto de promoção da amamentação da OMS e do UNICEF iniciado em 1992 (WHO, 1998). A lista dos “Dez Passos” é dirigida essencialmente para serviços de maternidade, porém os passos 4 (pré-natal) e 10 (apoio à puérpera) envolvem atividades típicas de serviços de Atenção Primária como o PSF. Outras iniciativas vem buscando estabelecer listas semelhantes para unidades básicas de saúde e centros de saúde (a questão encontrava-se em discussão pelo Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / PAISMCA, que produziu uma lista de “Dez Passos para uma Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação, em julho de 1998) (Carvalho, 1998).

6. os efeitos de fatores não médicos na condição traçadora. devem ser compreendidos: o estudo de Almeida (1998) é um excelente exemplo da busca da compreensão das diversas dimensões da amamentação e sua

1

* *Os Dez passos para o Sucesso na Amamentação:*

1. *Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.*
2. *Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.*
3. *Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.*
4. *Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.*
5. *Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.*
6. *Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.*
7. *Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.*
8. *Encorajar o aleitamento sob livre demanda.*
9. *Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.*
10. *Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório (WHO, 1989).*

promoção. Para o autor, a amamentação, “além de biologicamente determinada, é sócio-culturalmente condicionada, tratando-se portanto de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas da vida” (p.1). Os profissionais que atuam em amamentação devem ter em mente os inúmeros fatores que a influenciam. Diversos estudos nos últimos anos vem abordando a questão da amamentação de pontos de vista variados - antropológicos, culturais, econômicos e outros (Almeida, 1998; Souza, 1998).

Além de preencher adequadamente os critérios estabelecidos por Kessner, a amamentação apresenta outras características que a configuram como um bom traçador para a promoção da saúde. Segundo um estudo de revisão da OMS ainda não publicado (Becker, 1999), a promoção da amamentação “*se adequa bem ao conceito ampliado de promoção da saúde. A Carta de Ottawa reforçou a importância das áreas de políticas saudáveis, ambientes de apoio, participação comunitária, habilidades pessoais e reorientação de serviços de saúde; todas são importantes na promoção e apoio da amamentação*” (p.1).

Em função de sua complexidade, a promoção da amamentação exige que o programa se organize como um todo para sua execução. Implica na atuação de diversos profissionais, em diversas frentes: pré-natal, captação da puérpera, visitas domiciliares, grupos e consultas de puericultura e até atividades intersetoriais. Trata-se portanto de uma ação integrada de todo um serviço, e não da tarefa de um especialista. Envolve a participação dos médicos e enfermeiros da equipe, e não apenas dos agentes comunitários de saúde (que muitos advogam serem os responsáveis por ações de promoção da saúde na equipe de Saúde da Família). Uma tarefa que mobiliza toda a equipe em diversos momentos e diferentes etapas do seu trabalho, e que portanto pode ser traçadora da existência de estratégias em promoção da saúde.

Além de ser uma atividade de grande relevância em qualquer unidade básica de saúde em nosso país, no meio rural ou urbano, em todas as regiões, a

promoção da amamentação é realizada no Brasil desde a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, em 1981 (Souza, 1998), e faz parte das ações básicas em saúde materno-infantil. Sua importância e o lugar que deve ocupar na agenda dos profissionais de saúde são conhecidos de longa data, apesar de grandes mudanças nas estratégias a serem utilizadas. No caso específico do Programa de Saúde da Família, a equipe deve trabalhar inicialmente o diagnóstico de saúde do seu território, estabelecendo a seguir as suas prioridades e o planejamento do trabalho, adaptando os programas verticais à realidade local. Considerando os argumentos expostos, dificilmente a promoção da amamentação poderia estar fora do planejamento de trabalho do programa. Afinal, atualmente em nosso país, mães e bebês dificilmente deixam de ser prioridade. O aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de idade é um dos indicadores do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – principal forma de avaliação e controle do Programa de Saúde da Família, e vem sendo um dos mais utilizados quando se deseja demonstrar resultados e impacto do programa (Cunha, 1999, p.29).

Conforme citação anterior (Brasil et al., 1999), uma grande parte do processo de desmame ocorre nas primeiras semanas de vida do bebê. Portanto, medidas precoces, que atuem nos primeiros dias do puerpério, são fundamentais para evitar o desmame. Neste momento, as intervenções de serviços de saúde comunitários (como o Programa de Saúde da Família) seriam muito oportunas na promoção da amamentação, já tendo sua eficácia sido comprovada por diversos estudos (WHO, 1998). Além disso, o Programa de Saúde da Família permitiria, por suas características, intervenções integradas, atuando em diversos momentos, como no pré-natal, nas visitas domiciliares, buscando o envolvimento do parceiro e da família, a mobilização da comunidade, etc. Este tipo de intervenção é comprovadamente, como mencionado, o mais bem sucedido (WHO, 1998; Becker, 1999).

Dados recentes da Pesquisa de Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde

(Ministério da Saúde, 2000, p.46) informam que a oferta de consultas de enfermagem a puérperas aumentou até seis vezes (de 14,1% para 85,6%) e de consultas médicas, até 3 vezes (30,9% para 90,7%), nas áreas onde o Programa de Saúde da Família foi implantado. Resultados de vários municípios reportam um aumento dos índices de amamentação (Cunha, 1999). Indicadores do SIAB demonstram o crescimento do aleitamento exclusivo aos quatro meses em todas as regiões brasileiras onde o PSF está implantado (DATASUS, 2000 - v. capítulo IV). Mas como se dá a promoção da amamentação na prática, do dia a dia das equipes? Quão preparados para realizá-la estão estes profissionais? Como as mães usuárias percebem este serviço, e quais os resultados obtidos por este trabalho junto às suas clientes? De que forma este trabalho reflete a disposição e o preparo da equipe para a promoção da saúde? Resultados positivos poderiam ser gerados apenas por um aumento de cobertura, sem que houvesse uma efetiva mudança de modelo?

Analisando a promoção da amamentação em cinco municípios de experiências diversas e consolidadas, obtivemos alguns indícios de respostas a estas perguntas. Os vários aspectos deste campo, analisados neste estudo e detalhados nos capítulos que se seguem, apontam na mesma direção: apesar de diversas dificuldades e deficiências e de uma capacitação que ainda deixa a desejar, a maioria das equipes do Programa de Saúde da Família analisadas consegue, em medidas variáveis, atuar na promoção da amamentação de forma razoavelmente efetiva. A pesquisa representou também uma oportunidade de conhecer a grande riqueza de atividades em promoção da saúde que estão sendo realizadas pelas equipes do programa em diversos municípios do país..

CAPÍTULO III

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa de campo deste trabalho pode ser traduzida como uma **análise exploratória das práticas de promoção da amamentação no Programa de Saúde da Família**. Procurou descrever e contrastar diferentes experiências desta atividade no Programa de Saúde da Família em cinco municípios brasileiros, com características históricas, geográficas, operacionais e gerenciais diversas.

Resumidamente, foram selecionados municípios por critérios diversos; definidas categorias do trabalho das equipes de Saúde da Família em promoção da amamentação, no contexto do Programa; e elaborados instrumentos que permitissem estabelecer medidas das categorias definidas. Estes instrumentos procuraram avaliar a formação e capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família para realizar a promoção da amamentação; analisar as atividades realizadas no campo pelas equipes; e levantar as impressões da sua clientela direta (mães de bebês até seis meses de idade) e os resultados de seu trabalho entre elas.

III.1 - ALVOS DO ESTUDO

Foram os profissionais de saúde e suas práticas, e a população atendida pelo programa. Todos os profissionais da unidade de saúde devem estar envolvidos na promoção da amamentação. Dividimos esta categoria em dois grupos: os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e os agentes comunitários de saúde. Ambas as categorias foram avaliadas separadamente. As duas primeiras tem um papel tradicionalmente importante nas consultas à grávidas e puérperas – consultas médicas e de enfermagem, individuais ou em grupo, e nos trabalhos educativos dentro das unidade. Os agentes comunitários de saúde são geralmente responsáveis pelas visitas domiciliares, ocasião em que é

realizado parte muito importante do trabalho de promoção da saúde e promoção da amamentação em especial.

Selecionadas um certo número de unidades da localidade a ser pesquisada, distribuimos os questionários a todos os profissionais das equipes (uma unidade do Programa de Saúde da Família pode conter uma ou mais equipes). A seleção foi feita em acordo com o gestor, que determinava quais e quantas unidades e equipes seriam pesquisadas, em função de nossa solicitação - a de pesquisar as equipes implantadas há mais tempo, melhor estruturadas e com os melhores resultados. Nosso 'n' variou de 5 (Paquetá) até 15, em Mauá, com uma média de 10,6 profissionais de nível superior por local pesquisado; e de 3 (Paquetá) até 58 (Vespasiano), com uma média de 24,4 agentes comunitários de saúde por local pesquisado.

Apesar da proposta deste estudo dirigir-se primariamente à avaliação da distância entre "intenção e gesto" - isto é, em que medida as formulações e as normas relativas a um princípio básico do programa encontra-se implantadas no cotidiano da prática - isto só foi possível averiguar-se quando se obteve o contraponto da visão dos profissionais de saúde com o depoimento das mães. Foram selecionadas mães de bebês até seis meses de idade que freqüentavam as unidades onde os profissionais foram pesquisados. Os dados colhidos junto às mães enriqueceram em muito a pesquisa e permitiram confirmar - ou não - diversas afirmações dos profissionais. Trabalhamos com uma média de 5,3 mães para cada profissionais de nível superior (de 4,2 a 10,0). A seleção das mães foi feita aleatoriamente, seja na unidade de atendimento, seja por sorteio de domicílios para visita. Apesar do programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança trabalhar com universos de 15 mães, nossa amostragem mínima foi de 21, em Paquetá, até 75, em Mauá, com média de 57 mães por local pesquisado (total de 286 mães). Mesmo não se tratando de amostra estatisticamente significativa, é porém certamente representativa para os fins deste trabalho.

III.2 - SELEÇÃO DE CASOS

Diante da impossibilidade técnica de realizar uma amostragem significativa a partir dos mais de 2000 municípios onde o Programa de Saúde da Família está em funcionamento, optou-se por uma escolha que obedeceu critérios de lógica e de conveniência. Por um lado, buscamos selecionar locais que representassem experiências bem estruturadas, consideradas dentre as melhores do país no Programa de Saúde da Família. Buscamos também obter uma certa diversidade nas experiências, mas que fossem representativas do que ocorre no restante do país: regiões tipicamente metropolitanas e regiões de características mais interioranas; áreas de implantação gradual e estudada, e áreas de implantação “de assalto”; áreas onde existe um grande aporte de recursos, outras onde a experiência se dá com recursos limitados. Por outro, alguns critérios de conveniência, tais como proximidade geográfica, também foram utilizados.

Trabalhando com experiências consolidadas, e por outro lado, com um mínimo de diversidade, espera-se obter uma representatividade no que se refere a tendências do que estaria ocorrendo em outros programas. Isto é, se as áreas escolhidas demonstrassem estarem realizando a promoção da amamentação de forma efetiva, esta poderia ser uma tendência nacional; e vice versa, isto é, se nem estas áreas apresentam bons resultados, não se poderia esperar melhor de municípios com circunstâncias menos favoráveis.

Em cada município, as unidades visitadas foram as apontadas pelos gestores locais como entre as melhores em performance. Em cada uma delas foram distribuídos questionários para todos os profissionais, mas apenas parte foram devolvidos. Os profissionais que não devolveram o questionário e sua proporção variaram muito de local para local. As mães de bebês até 6 meses foram sempre entrevistadas na unidade de saúde, e escolhidas aleatoriamente.

Os municípios selecionados para o estudo foram (descrições mais detalhadas de cada programa serão feitas no próximo capítulo):

Rio de Janeiro (RJ): os critérios para seleção foram a proximidade geográfica, a intimidade do pesquisador com o trabalho, pela participação na implementação do programa desde sua idealização, e o fato de ser um programa bem estruturado, com 5 anos de duração, onde houve uma preocupação com a observância de princípios básicos do PSF. Na época da pesquisa ainda dispunha-se apenas do módulo da Ilha de Paquetá, cujo maior inconveniente é sua pequena estrutura, com apenas 3 médicos e 3 agentes comunitários de saúde, além de enfermeiro, assistente social e nutricionista. O município foi utilizado para realização da pesquisa piloto, e seus resultados ficaram prejudicados em função de mudanças posteriores nos questionários. Responderam ao questionário todos os profissionais do programa - 3 médicos, uma enfermeira, uma assistente social e uma nutricionista, além de três agentes comunitários de saúde (a equipe de PSF em Paquetá difere das propostas do Ministério da Saúde por razões históricas, detalhadas adiante). Foram entrevistadas 21 mães de bebês até seis meses de idade.

São Paulo (SP): Projeto Qualis - uma sigla para "Qualidade Integral em Saúde" - é o "nome de fantasia" do Programa de Saúde da Família no estado de São Paulo. Implantado em 1996 pelo hospital filantrópico Santa Marcelina, vem se constituindo numa estratégia hegemônica do setor saúde naquela cidade, e criando perspectivas de alianças entre diferentes níveis de governo. O governo estadual previu sua expansão para cobrir dois milhões de pessoas até o final do termo atual. O projeto Qualis trabalha com a estrutura básica da equipe preconizada pelo Ministério da Saúde, e é considerada uma experiência de excelência no programa. Dispõe de ambulatórios de especialidades próprios e de uma Casa de Parto. Sua cobertura atual gira em torno de 300 equipes, que atendem a cerca de 1,5 milhão de pessoas. Por indicação da coordenação do programa, trabalhamos nas Unidades Básicas de Saúde Jardim Silva Telles e Parque Santa Rita. Responderam ao questionário profissionais de duas unidades do programa: sete médicos, sete enfermeiras, e 21 agentes comunitários de saúde. Foram entrevistadas 60 mães de bebês até seis meses de idade.

Mauá (SP): selecionada por tratar-se de experiência reconhecida por premiação nacional e representar região de periferia metropolitana, Mauá é município da área metropolitana da capital com população estimada de 375.055 habitantes, em região de grande pobreza, cerca de 40% dos quais cobertos pelo programa. A experiência de Mauá foi uma das vencedoras da premiação Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família. Mauá teve uma redução de aproximadamente 40% na taxa de mortalidade infantil e outros indicadores de sucesso (Cunha, 1999; Calife et al., 1999). Por indicação da coordenação do programa, trabalhamos nas Unidades Básicas de Saúde Jardim Oratório, Paranavaí e Feital. Responderam ao questionário profissionais de três unidades do programa: seis médicos, nove enfermeiras, e 24 agentes comunitários de saúde. Foram entrevistadas 75 mães de bebês até seis meses de idade.

Vespasiano (MG): selecionado por ser um município de pequeno a médio porte e menos tipicamente metropolitano, apesar de certa proximidade da capital mineira, e por representar uma experiência de estilo de implantação mais gradual, com recursos limitados. O município tem aproximadamente 65.000 habitantes, e dista 30 km de Belo Horizonte. A cidade tem pouco mais de meio século. Inicialmente a economia era primária, baseada na agricultura e pecuária. Na década de 70 houve uma grande expansão de indústrias, invertendo o modelo para terciário, trazendo novos habitantes, crescimento do comércio local, e mais tarde um processo de empobrecimento e favelização. O Programa de Saúde da Família foi implantado em 1997, dispõe de nove equipes, cobrindo 48% da população da cidade. Responderam ao questionário: sete médicos, cinco enfermeiras, e 58 agentes comunitários de saúde. Foram entrevistadas 60 mães de bebês até seis meses de idade.

Contagem (MG): município industrial da Região Metropolitana de Belo Horizonte, com aproximadamente 600.000 pessoas. Escolhido por representar uma experiência de implantação massiva e rápida, cobrindo totalmente grandes

áreas da cidade em regime substitutivo. A área pesquisada foi o distrito de Nova Contagem, com cerca de 60.000 habitantes, o mais pobre do município e a primeira a ser totalmente coberta com o PSF. A experiência foi destacada em publicação do Ministério da Saúde (Cunha, 1999). Responderam ao questionário profissionais de três unidades de Nova Contagem: dois médicos, cinco enfermeiras, e 16 agentes comunitários de saúde. Foram entrevistadas 70 mães de bebês até seis meses de idade desta mesma região.

III.3 – INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

As categorias utilizadas neste estudo foram definidas a partir de consultas a especialistas e à literatura referente à promoção e ao manejo clínico da amamentação (Almeida, 1998; Carvalho, 1998; Grupo Origem, 1999; Lawrence, 1980; Ministério da Saúde, s/ data; Souza, 1998; Valdés et al., 1996; WHO, 1998). Visavam a identificação do perfil dos profissionais dos programas; a aferição do grau de conhecimento técnico dos profissionais e sua relação com treinamentos realizados pelos programas; e as atividades relacionadas com promoção da amamentação que realizavam no dia a dia do trabalho. Com relação às mães, procurou-se obter informações sobre o uso da unidade do Programa de Saúde da Família, a situação do bebê com relação ao aleitamento, e a impressão que tinham do trabalho realizado pelos profissionais do Programa de Saúde da Família. Várias perguntas tinham por objetivo checar o mesmo aspecto do trabalho dos dois pontos de vista.

Algumas das categorias utilizadas foram:

- treinamento em promoção da amamentação – existência, duração, frequência;
- promoção da amamentação no pré-natal (consultas individuais e grupos de gestantes): informar às gestantes sobre as vantagens da amamentação, e noções essenciais da fisiologia da lactação;
- identificação das mães com risco de não amamentarem.
- realização do exame de mamas em gestantes; .

- capacitação prática das gestantes em técnicas de amamentação;
- captação precoce da puérpera (existência de mecanismos de busca ativa);
- promoção da amamentação na consulta de puerpério; nas consultas e grupos de puericultura; nas visitas domiciliares;
- aspectos do manejo clínico da lactação: orientação quanto à técnica de amamentação e ordenha; prevenção de ingurgitamentos e traumas mamilares; indicar a amamentação em livre demanda, diuturna
- orientação às mães para não dar a seus bebês nenhum outro líquido ou alimento além do leite materno, nem oferecer bicos artificiais ou chupetas ao bebê.
- orientação às mães quanto ao desmame adequado;
- encaminhamento a grupos de apoio à amamentação;

Os questionários, na sua maior parte fechados, foram elaborados com base na literatura acima mencionada, estabelecendo para cada uma das categorias selecionadas variáveis de mensuração. A principal referência utilizada na sua elaboração, foram os questionários da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC) da UNICEF / OMS, para auto-avaliação dos hospitais (Ministério da Saúde, s/data; WHO,1998), adaptados para a rotina e atividades de uma Unidade de Atenção Primária, em função das categorias definidas. Baseada nos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” (v. Capítulo II), a IHAC é um conjunto de ações de promoção da amamentação dirigida para serviços de maternidade (Souza, 1998), porém envolvendo atividades típicas de serviços de Atenção Primária como o PSF. As categorias e os questionários aqui utilizados baseiam-se na IHAC e em trabalhos que buscam adaptá-la para unidades básicas de saúde e centros de saúde (“Dez Passos para uma Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação”) (Carvalho, 1998).

No que se refere à avaliação de conhecimentos dos profissionais, foram utilizados: um teste com 10 perguntas fechadas do tipo verdadeiro / falso; e três questões abertas: uma solicitando mencionar três vantagens da amamentação para a mãe e/ou para o bebê; a segunda, perguntava três aspectos a serem

verificados na mamada; e a terceira, solicitava três sugestões para mães com problemas nos seios.

Três questionários diferentes foram elaborados (v. anexos): para médicos e enfermeiros (profissionais de nível superior); para agentes comunitários de saúde e para mães de bebês até seis meses de idade. Para cada um destes foi realizado um teste piloto, no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados primários foi realizada “in loco” em cada município. Os questionários para profissionais de saúde foram auto aplicados, enquanto o de mães foi feito em forma de entrevista. Foram contratados profissionais de saúde em cada município para a realização das entrevistas com as mães e para coleta dos questionários de profissionais preenchidos.

Além da distribuição dos questionários, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com o gestor principal do programa ou com membros das coordenações de programa. Sempre que possível, realizamos também entrevistas informais com profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde nas unidades pesquisadas. A coleta de dados secundários foi realizada através da análise de documentação de diversos tipos (relatórios, projetos, brochuras, anais de congressos e mostras, revistas e correspondência) sobre cada programa.

Em cada um dos municípios foi feita uma coleta de documentação histórica sobre a implantação do Programa de Saúde da Família, além de dados atuais de produção, resultados e impacto, com ênfase nas informações sobre atividades e/ou resultados em promoção da saúde e promoção da amamentação.

III.4 – ANÁLISE DE DADOS

O processamento dos dados primários (questionários) foi feita pelo programa EPI-INFO, versão 6.0. Construí-se uma base de dados em DBF, que a seguir foi analisada no pacote estatístico SAS for Windows, visando a descrição das variáveis e de algumas relações entre elas.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

Num primeiro momento, faremos descrições de cada município, no que tange a dados gerais. Iniciamos com um breve histórico e um panorama da situação atual do programa. A seguir, fazemos uma descrição das atividades de promoção da saúde, como detectadas nas entrevistas com os gestores e na documentação obtida. Num segundo momento, detalhamos os resultados de nossa pesquisa buscando oferecer um panorama geral do universo pesquisado, comparando os dados obtidos nos diversos municípios. Estaremos examinando o perfil dos profissionais, as principais informações que podem ser extraídas dos questionários de conhecimentos e práticas, e as impressões do trabalho de promoção da amamentação junto às mães.

IV.1 – RIO DE JANEIRO

IV.1.1 – Histórico e Descrição do Programa

O Programa de Saúde da Família no Rio de Janeiro apresenta certas peculiaridades. Foi criado no último trimestre de 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde decidiu implantar o Programa de Saúde da Família na Unidade Integrada de Saúde Manoel Arthur Villaboim, pequeno (e único) hospital na Ilha de Paquetá, local que conta, regularmente, com cerca de 4.000 moradores. A implantação se deu através de convênio firmado com a organização não governamental CEDAPS (Centro de Promoção da Saúde), instituição que possuía experiência no campo da saúde comunitária, tendo desenvolvido, com financiamento próprio, projetos de saúde da família bem sucedidos, nas comunidades de Vila Canoas (São Conrado) e Parque da Cidade (Gávea). Estes projetos embasaram as estratégias utilizadas em Paquetá, e por isso o modelo adotado diferia um pouco da proposta do Ministério da Saúde: uma equipe que valorizava mais a interdisciplinaridade, com a presença de assistente social e

nutricionista, uma relação mais generosa de médicos por população (um médico para cerca de 400 famílias) e apenas um agente de saúde por médico.

Após os primeiros dois anos de atividades, o PSF apresentava resultados bastante favoráveis, tais como:

- completa reorganização da unidade com melhor integração e hierarquização entre os seus diversos setores;
- revitalização do setor de ambulatório com aumento importante da produção;
- equipe interdisciplinar trabalhando de forma integrada, com profissionais comprometidos e motivados;
- instalação plena dos programas de saúde da mulher, criança, adolescente e idoso;
- redução do abandono nos programas de hipertensão e diabetes, com redução de 60% nas crises hipertensivas;
- aumento de quatro vezes na captação de gestantes, com 70% no primeiro trimestre, cobertura de exames preventivos na faixa etária considerada prioritária pelo Ministério da Saúde de 84,9%, adesão de 96% no grupo de contracepção;
- 100% de cobertura vacinal até um ano de idade;
- diversos programas educativos e atividades comunitárias;
- resolutividade em torno de 95% das consultas;

Apesar de excelentes resultados, houve muita resistência de algumas estruturas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na expansão do programa. Esta só começou a ser efetivada em 1999, com a abertura de mais quatro unidades, já em acordo com o modelo típico do Ministério da Saúde. Em 2000 estão sendo abertas várias novas unidades, estimando-se a cobertura ao final do ano em cerca de 300 mil pessoas, sempre em áreas faveladas e de baixa disponibilidade de serviços.

A equipe do Programa de Saúde da Família em Paquetá fez um grande esforço inicial na captação de gestantes, puérperas e bebês, que tradicionalmente não procuravam a unidade. Após este momento, estabeleceu-se uma relação de confiança com a população feminina da Ilha, e a adesão aos programas é bastante satisfatória. A grande maioria das gestantes realiza seu pré-natal no PSF, e os bebês são também acompanhados pela equipe (Corbo e Ministro, 1999).

Paquetá foi o local da realização do piloto dos questionários. Seus resultados sofreram com algumas adaptações realizadas posteriormente, além de só contar com três agentes de saúde, o que limita em muito as conclusões acerca deste grupo de profissionais.

De acordo com a supervisora do programa, e com os relatórios anuais de 1997, 1998 e 1999, várias atividades de promoção da saúde foram realizados em Paquetá. Fóruns comunitários, seminários de resolução de problemas, ações intersetoriais relativas a problemas de transporte, fornecimento de água, atividades culturais e recreativas, realização de documentários em vídeo sobre problemas da comunidade, um intenso trabalho com hipertensos, promoção da saúde do adolescente nas escolas, e muitas outras atividades vem acontecendo ao longo dos últimos 4 anos. Uma das mais bem sucedidas é a Farmácia Viva, grupo de idosos que trabalham o plantio, preparação e distribuição de ervas medicinais para a comunidade. A unidade conta com um Conselho Gestor, parceiro da equipe do PSF na relação com a comunidade.

IV.2 – SÃO PAULO

IV.2.1 - Histórico e Descrição do Programa

O “Projeto Qualis”, como é denominado o Programa de Saúde da Família em São Paulo, foi iniciado em 1996, na Zona Leste (uma das mais pobres) da capital. A particularidade deste programa é sua relação direta não com o governo

municipal – que optou pela implantação do PAS, estratégia de cunho assistencialista e privatista – mas com o governo estadual. A Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo desenvolveu uma parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, uma entidade filantrópica que geria um grande hospital na região, e que foi muito bem sucedida na implantação do Programa. Dados de impacto e uma pesquisa de satisfação do usuário muito positiva (Governo do Estado de São Paulo, 1999) favoreceram a adoção do programa pelo governo estadual, como sua principal proposta de assistência básica. Em 1998 a Fundação Zerbini foi integrada à parceria, com a abertura de 19 novas equipes na Zona Norte e 21 equipes na Zona Sudeste, dois ambulatórios de especialidades e uma casa de parto. Com a expansão para outros municípios, o Qualis/PSF contava em final de 1999 com 300 equipes de saúde da família, cobrindo cerca de 1.500 mil pessoas.

As equipes seguem o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, com um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e seis agentes de saúde. As unidades, que abrigam várias equipes, contam com assistentes sociais, administrativos e outros profissionais.

Segundo a coordenação do Programa, inúmeras atividades de promoção da saúde são realizadas pelas equipes. Desde projetos voltados para os grupos de risco tradicionais, com gestantes, puérperas e bebês, hipertensos e diabéticos, até propostas mais inovadoras de atuação intersetorial. As unidades contam com uma assistente social voltada para a promoção de atividades intersetoriais. Alguns exemplos são os grupos de terceira idade, aulas de capoeira, artes plásticas e trabalhos manuais, salas de alfabetização de adultos, programas de auto emprego (as equipes estimulam a formação de cooperativas, em parceria com a Secretaria de Trabalho), articulação com a SABESP para canalização de córregos e outros. Todas as unidades dispõem de conselhos gestores que se reúnem para discutir as relações das equipes com a comunidade.

IV.3 – MAUÁ

IV.3.1 - Histórico e Descrição do Programa

O Município de Mauá está localizado na região do ABC Paulista, a aproximadamente 40 km da capital - São Paulo. A população estimada é de 375.055 habitantes. Mauá está habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A renda per capita é de 1,3 salários mínimos. A mortalidade infantil no Município de Mauá é de 22,76/1.000 nascidos vivos. Possui vinte unidades básicas de saúde, sendo sete Unidades de Saúde da Família. No final de 1999 o PSF cobria aproximadamente 20% da população com 16 equipes e 72 agentes comunitários de saúde e sua meta era alcançar 50% da população (200.000 habitantes) com 40 equipes e 160 ACS até maio de 2000. O programa foi implementado em convênio com uma Organização não Governamental – CES (Centro de Educação para a Saúde) (Calife et al, 1999).

O impacto do Programa de Saúde da Família em Mauá foi expresso por indicadores bastante marcantes. Três Pronto-Atendimentos foram fechados; houve uma redução de aproximadamente 40% na taxa de mortalidade infantil; e redução de encaminhamento de pacientes ao Hospital. Mauá foi dos primeiros municípios a inserir a saúde bucal no Programa de Saúde da Família. O programa foi modelo para a implantação do PSF em vários outros municípios do Estado (Calife et al, 1999).

A área inicialmente escolhida para implantação do Programa foi o bairro do Jardim Oratório, com a população aproximada de 28.000 habitantes, priorizada por ser muito precariamente servida de bens e serviços. A implantação do PSF se deu no contexto de um verdadeiro “mutirão” intersetorial, com implantação de 6 km de esgoto, asfaltamento das principais ruas, inserção de linha de ônibus, e inauguração de uma creche.

As coordenadoras de unidades de Saúde da Família de Mauá reportam várias atividades de promoção da saúde realizadas pelas equipes: classes de

alfabetização para adultos, ações intersetoriais de promoção da saúde ambiental, reuniões regulares com as associações de moradores para discutir questões ligadas à saúde, conselhos gestores comunitários em todas as unidades, ações de promoção da saúde bucal e trabalhos educativos com adolescentes nas escolas. Há uma ênfase no aspecto lúdico nestas atividades. Várias delas são realizadas sob a forma de teatros, shows, caminhadas, feiras de saúde, com participação de moradores, médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde e outros membros das equipes do PSF. As puérperas e crianças ao nascer são encaminhadas à “Quarta Feira Feliz”, onde participam de grupos de orientação, vacinação e de consulta médica e/ou enfermagem.

IV.4 – VESPASIANO

IV.4.1 - Histórico e Descrição do Programa

O município de Vespasiano possui parte de seu território integrado ao aglomerado metropolitano de Belo Horizonte e sofre as pressões decorrentes do processo de conurbação no eixo estruturado pela via expressa norte, via rápida que serve de ligação ao Aeroporto Internacional de Confins e aos municípios da porção norte da região metropolitana.

O município tem aproximadamente 65.000 hab, e dista 30 Km de Belo Horizonte na direção norte. A cidade tem pouco mais de meio século. Inicialmente a economia era primária, baseada na agricultura e pecuária. O município ingressou na era industrial após 1970, com a implantação de seu Distrito Industrial em 1976. A rápida industrialização provocou um forte esvaziamento no setor agropecuário. Devido à proximidade tanto com o campo como com Belo Horizonte, houve um afluxo de imigrantes rurais e urbanos em busca de melhores oportunidades, fazendo com que a cidade crescesse de forma desorganizada ao longo da estrada que liga à capital, num processo de favelização das habitações

O Programa de Saúde da Família foi implantado em 1997, no início da gestão municipal, inicialmente na região limite com Belo Horizonte. Conta atualmente com nove equipes, cobrindo 48% da população. A coordenação do programa reporta uma diminuição da mortalidade infantil e da internação por causas evitáveis, um melhor acompanhamento das crianças (pela metodologia do AIDPI), melhor acompanhamento de portadores de doenças crônico-degenerativas e de Tuberculose e Hanseníase.

Como atividades intersetoriais, a coordenação menciona a implantação do PEAS (Programa de Educação Afetivo Sexual), uma parceria com as Secretarias Estaduais de Educação e Saúde e duas fundações privadas; as equipes buscam estimular a organização comunitária com reuniões sistemáticas com as associações; são organizados mutirões de limpeza e coleta de lixo, hortas comunitárias, trabalhos de promoção da saúde bucal nas escolas e outros.

IV.5 – CONTAGEM

IV.5.1 - Histórico e Descrição do Programa

O município de Contagem é o maior pólo industrial do estado e localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, a 20 Km da capital. Sua população está estimada em 530.000 habitantes. Encontra-se habilitado em gestão plena e dispõe de 85 unidades básicas de saúde, sendo 70 do Programa de Saúde da Família. A Secretaria Municipal de Saúde de Contagem optou por uma implantação substitutiva e maciça, cobrindo 100% das áreas dos distritos sanitários selecionados por indicadores sociais. Em 1999 foram implantadas 55 equipes, cobrindo cerca de 180.000 pessoas em dois distritos sanitários. Em 2000 mais 29 equipes iniciaram suas atividades em três distritos, cobrindo ao todo 55% da população do município (Sampaio, 2000).

O desenvolvimento do Programa de Saúde da Família passou por diversos problemas, gerados em grande parte pela estratégia de implantação maciça.

Profissionais pouco preparados e atendendo em condições precárias, resistência de profissionais de nível superior, pressão excessiva de demanda gerando insatisfação dos usuários e das equipes foram alguns deles. Com a evolução do programa estes problemas vem sendo gradualmente resolvidos (Sampaio, 2000), o que se registra com a crescente satisfação dos usuários – 74% deles avaliaram o PSF com ótimo ou bom em 1999, e 78% em 2000 (Anônimo, 2000).

As entrevistas com os coordenadores do programa, as reportagens em revista do Ministério da Saúde (Cunha, 1999) e os resumos de trabalhos da 1ª Mostra de Saúde da Família de Contagem (Prefeitura Municipal de Contagem, 2000) demonstram uma grande riqueza de trabalhos em promoção da saúde, inclusive com diversas iniciativas intersetoriais. Parcerias com rádios comunitárias e igrejas, prevenção de AIDS, grupos de caminhada, intervenções ambientais, promoção da amamentação na comunidade, criação – em conjunto com a Secretaria de Transportes - de uma linha de ônibus ligando unidades de saúde da família com unidades de referência, reciclagem de lixo e outras. Quatro trabalhos da Mostra tem relação com a promoção da amamentação, sendo um deles a proposta de transformar uma unidade em “Unidade de Saúde Amiga da Criança”.

IV.6 - RESULTADOS DA PESQUISA

IV.6.1 – Perfil dos Profissionais

IV.6.1.1 – Profissionais de Nível Superior

Preencheram questionários 54 profissionais de nível superior, sendo 27 enfermeiros e 25 médicos, além de uma assistente social e uma nutricionista, no piloto em Paquetá. Dos médicos, seis eram médicos de família ou generalistas; dez eram clínicos gerais; quatro informaram pediatria como especialidade de origem; além de dois gineco-obstetras e três de outras especialidades.

A distribuição por sexo mostrou uma predominância nítida do sexo feminino, o que está de acordo com recente pesquisa de âmbito nacional

(Machado, 2000): 75% dos profissionais e nível superior são do sexo feminino. A tabela 1 mostra algumas características dos profissionais por programa pesquisado:

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de nível superior por programa, considerando idade média, tempo de equipe, percentual com filhos e percentual de filhos amamentados

PROGRAMA	N	Idade em anos (média)	Tempo de Equipe Em meses (média)	Percentual com Filhos	Percentual de filhos amamentados
CONTAGEM	7	40,5	11,8	71,4	100
MAUÁ	15	35,5	10,5	60	89
VESPASIANO	12	29,3	17,1	16,7	100
SÃO PAULO	14	34,4	18,7	50	100
PAQUETÁ	6	38,1	42,7	66,7	100
TOTAL	54	34,7	19,5	50	97

A equipe de Paquetá é sem dúvida a mais antiga, e mostra pouca rotatividade. Os programas de Mauá e Contagem, mesmo mais jovens, mostram uma rotatividade mais alta. Um dado interessante é o fato de que 50% dos profissionais de nível superior tem filhos e destes a quase totalidade passou pela experiência da amamentação.

IV.6.1.2 – Agentes Comunitários de Saúde

Preencheram questionários 122 agentes comunitários de saúde. A distribuição por sexo mostrou uma predominância nítida do sexo feminino, que constituiu 91,6% dos agentes comunitários de saúde. A tabela 2 mostra algumas características dos profissionais por programa pesquisado.

Tabela 2 - Distribuição dos agentes comunitários de saúde por programa considerando idade média, tempo de equipe, percentual com filhos e percentual de filhos amamentados

PROGRAMA	N	Idade em anos (média)	Tempo de Equipe em meses (média)	Percentual com Filhos	Percentual de filhos amamentados
CONTAGEM	16	29,7	5,8	68,7	88,9
MAUÁ	24	28,4	15,8	75	88,9
VESPASIANO	58	29,4	16,3	56,9	87,8
SÃO PAULO	21	33,4	25,6	61,9	92,3
PAQUETÁ	3	32,6	31,6	100	100
TOTAL	122	30,5	16,8	63,9	89,5

A equipe de Contagem parece mostrar uma maior rotatividade, mesmo considerando o fato do município ter o programa mais jovem dentre os pesquisados. Mais uma vez, temos uma proporção de quase dois terços dos profissionais com filhos, a grande maioria tendo passado pela experiência da amamentação.

IV.6.2 - Investimento dos Programas na Capacitação Profissional

Esta variável busca analisar o número e a duração dos treinamentos relacionados com a amamentação dos quais participaram os profissionais pesquisados. Recente trabalho de revisão da OMS mostra que treinamentos específicos na área de promoção da amamentação são fundamentais para uma prática correta e efetiva (Becker, 1999). A Iniciativa Hospital Amigo da Criança reforça esta importância e coloca como primeiro passo para o sucesso do aleitamento materno a “existência de uma norma escrita sobre amamentação, rotineiramente transmitida aos profissionais de saúde”; e como segundo passo o “treinamento de toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma” (Souza, 1998). A tabela 3 mostra como os profissionais dos programas referiram o número de treinamentos em amamentação de que participaram.

Tabela 3 – Distribuição do Número de Treinamentos em Amamentação Realizados por Categoria Profissional e por Programa

PROGRAMA	Número de Treinamentos					
	Nunca		Uma Vez		Duas ou Mais Vezez	
	N	%	N	%	N	%
CONTAGEM						
Profissionais de nível superior	0	0	2	28,6	5	71,4
Agentes de saúde	0	0	4	25,0	12	75,0
MAUÁ						
Profissionais de nível superior	4	26,7	3	20,0	8	53,3
Agentes de saúde	0	0	1	4,2	23	95,8
VESPASIANO						
Profissionais de nível superior	4	33,3	2	16,7	6	50,0
Agentes de saúde	13	24,1	15	27,8	26	48,1
SÃO PAULO						
Profissionais de nível superior	0	0	6	42,9	8	57,1
Agentes de saúde	4	19,0	7	33,3	10	47,7
PAQUETÁ						
Profissionais de nível superior	0	0	1	20,0	4	80,0
Agentes de saúde	0	0	3	100,0	0	0
TOTAL						
Profissionais de nível superior	8	15,1	14	26,4	31	58,5
Agentes de saúde	17	14,4	30	25,4	71	60,2

Percebe-se que a grande maioria dos profissionais de ambas as categorias (cerca de 85%) realizou ao menos um treinamento em amamentação.

A duração mínima do treinamento preconizada pela IHAC (Souza, 1998) é de 18 horas. Pesquisamos a duração média do maior treinamento, como referida na tabela 4 pelas duas categorias profissionais:

Tabela 4 – Duração Média do Maior Treinamento em Amamentação, por Categoria Profissional e por Programa

PROGRAMA	Média do maior treinamento (em número de horas)	
	Profissionais de nível superior	Agentes de saúde
CONTAGEM	9,1	5,0
MAUÁ	19,5	19,5
VESPASIANO	15,7	13,0
SÃO PAULO	9,69	3,93
PAQUETÁ	30,6	8,0
TOTAL	13,8	10,2

A média geral de tempo do maior treinamento ficou abaixo do mínimo preconizado.

Os resultados dos treinamentos, entre outros fatores, fazem-se refletir na auto-avaliação dos profissionais quanto a sua capacidade de orientar para a amamentação. É o que mostra a tabela 5.

Tabela 5 – Auto-Avaliação quanto à capacidade de orientar para a amamentação, por Categoria Profissional e por Programa

PROGRAMA	Auto-Avaliação Positiva (sente-se capacitado para orientar a amamentação)			
	Profissionais de nível superior		Agentes de saúde	
	n	%	n	%
CONTAGEM	6	100	16	100
MAUÁ	13	86,7	22	91,7
VESPASIANO	12	100	50	86,2
SÃO PAULO	14	100	19	90,5
PAQUETÁ	-	-	-	-
TOTAL	45	95,8	107	90,6

A quase totalidade de ambas as categorias profissionais sente-se apta a orientar as mães com relação à amamentação. Esta convicção, no entanto, não se reflete plenamente no teste de conhecimentos e condutas proposto pela pesquisa.

IV.6.3 – Grau de Conhecimento dos Profissionais sobre Amamentação:

Na teste de conhecimento de 10 questões do tipo verdadeiro ou falso, aplicados aos profissionais de ambas as categorias (v. anexos), os resultados foram os seguintes:

Tabela 6 – Média de acertos no teste de conhecimento sobre amamentação entre profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e agentes comunitários de saúde por Programa

PROGRAMA	Profissionais de Nível Superior		Agentes de Saúde	
	N	Média	N	Média
Contagem	7	7,4	16	7,5
Mauá	15	7,9	24	7,4
Vespasiano	12	7,3	58	6,6
São Paulo	14	9,0	21	7,9
Paquetá	6	8,0	3	7,0

A média geral foi de 8,0 para os profissionais de nível superior e de 7,1 para os agentes comunitários de saúde, uma performance razoável para ambos. Chama atenção a pequena diferença entre as duas categorias.

No questionário foram selecionadas quatro questões mais importantes para a promoção da amamentação, examinando-se mais em detalhe a performance dos profissionais nestas questões. A primeira é se “em caso de ingurgitamento, é importante massagear o seio antes da mamada, e fazer compressas geladas após”. A afirmação é correta, e exige do profissional uma certa atualização de seus conhecimentos, já que há uma crença que devem ser prescritas compressas mornas ou quentes (Valdés et ali, 1996; Almeida, 1998). As respostas dos profissionais distribuíram-se como mostra a tabela 7:

Tabela 7 – Conduta em caso de ingurgitamento entre profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e agentes comunitários de saúde por Programa

PROGRAMA	Profissionais de Nível Superior			Agentes de Saúde		
	Entrevistados	Resposta Correta	%	Entrevistados	Resposta Correta	%
Contagem	7	3	42,9	16	2	12,5
Mauá	15	5	33,3	24	10	41,7
Vespasiano	12	9	75,0	58	40	69,0
São Paulo	14	9	64,3	21	4	19,0
Paquetá	6	5	83,3	3	1	33,3
Total	54	38	70,3	122	57	46,7

Percebe-se que os profissionais de nível superior tiveram um melhor desempenho nesta questão que os agentes comunitários de saúde, que com exceção dos de Vespasiano, erraram a resposta em sua maioria. Apesar de uma participação maior em treinamentos sobre amamentação, os profissionais de nível superior de Mauá e Contagem tiveram o pior desempenho.

A segunda afirmação destacada foi “Se não houver apoiadura até 3 dias após o parto, é necessário iniciar complementação”. A demora da apoiadura implica em medidas de apoio, mas não de complementação (sobretudo ainda no terceiro dia de puerpério) (Valdés et ali, 1996). Vejamos o que dizem os profissionais:

Tabela 8 – Conduta em caso de apojadura até três dias após o parto entre profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e agentes comunitários de saúde por Programa e total

PROGRAMA	Profissionais de Nível Superior			Agentes de Saúde		
	Entrevistados	Resposta Correta	%	Entrevistados	Resposta Correta	%
Contagem	7	3	42,9	16	5	31,2
Mauá	15	10	66,7	24	18	75,0
Vespasiano	12	7	58,3	58	40	69,0
São Paulo	14	9	64,3	21	19	90,5
Paquetá	6	6	100,0	3	1	33,3
Total	54	35	64,8	122	83	68,0

Ambas as categorias se encontram em torno de dois terços de respostas corretas. Contagem destaca-se do grupo negativamente, com menos da metade de ambos as categorias fornecendo a resposta certa.

A terceira questão destacada é “Se houver diminuição da produção de leite, e o bebê der mostras de que está com fome, deve-se começar imediatamente a complementação”. Esta pode ser considerada uma pergunta mais fácil do que as anteriores, já que é uma norma clássica da promoção da amamentação - não iniciar complementação a não ser em indicações muito específicas (Valdés et ali, 1996; Lawrence, 1980).

Tabela 9 – Conduta em caso de diminuição do leite entre profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e agentes comunitários de saúde por Programa

PROGRAMA	Profissionais de Nível Superior			Agentes de Saúde		
	Entrevistados	Resposta Correta	%	Entrevistados	Resposta Correta	%
Contagem	7	6	85,7	16	11	68,7
Mauá	15	14	93,3	24	20	83,3
Vespasiano	12	12	100,0	58	51	87,9
São Paulo	14	14	100,0	21	20	95,2
Paquetá	6	6	100,0	3	1	33,3
Total	54	52	96,2	122	102	83,6

Efetivamente, tanto profissionais de nível superior como agentes comunitários de saúde apresentam ótimos percentuais de acerto.

A quarta e última questão que merece destaque é “O bebê deve ser amamentado com regularidade: de 2 em 2 horas na primeira semana e de 3 em 3 horas daí em diante”. A conduta consagrada é permitir a alimentação do bebê em livre demanda, deixando que o binômio mãe-bebê encontre gradualmente a regularidade no horário das mamadas (Valdés et ali, 1996; Lawrence, 1980). O resultado geral se mostrou razoavelmente positivo, com 70,4% de acertos entre os profissionais de nível superior e 65,6% de acertos entre os agentes comunitários de saúde, sem variações significativas entre os diversos municípios.

O questionário de conhecimentos apresentava também três perguntas abertas. A primeira solicitava mencionar três vantagens da amamentação. Esta pergunta obteve, como era de se esperar pela sua simplicidade, índices de mais de 80% de três acertos em quase todas os programas, nas duas categorias. Detalharemos a seguir o resultado das duas outras questões.

A primeira solicitava a listagem de “três aspectos importantes a serem verificados na mamada (posicionamento do bebê e da mãe, pega, etc.) para uma boa amamentação”.

Tabela 10 – Acertos na questão relativa aos aspectos técnicos da mamada entre profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e agentes comunitários de saúde por Programa

PROGRAMA	Profissionais de Nível Superior					Agentes de Saúde				
	Acertos				Média	Acertos				Média
	0	1	2	3		0	1	2	3	
Contagem	0	1	1	5	2,6	1	6	5	4	1,7
Mauá	3	4	2	6	1,7	5	3	7	9	1,8
Vespasiano	0	1	4	7	2,5	12	17	16	13	1,5
São Paulo	1	5	3	5	1,9	0	8	7	6	1,9
Paquetá	1	2	2	1	1,5	1	0	1	1	1,6

A média ponderada nesta questão foi de 2,0 para os profissionais de nível superior e de 1,7 para os agentes comunitários de saúde (correspondendo respectivamente a 6,5 e 5,6 em 10).

A segunda solicitava que o profissional listasse “duas sugestões que você faria para uma mãe com seios ingurgitados ou com fissuras no bico”.

Tabela 11 – Acertos nas sugestões para problemas nos seios durante a amamentação entre profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e agentes comunitários de saúde por Programa

PROGRAMA	Profissionais de Nível Superior					Agentes de Saúde				
	Acertos				Média	Acertos				Média
	0	1	2	3		0	1	2	3	
Contagem	0	2	5	0	1,7	3	4	9	0	1,4
Mauá	1	9	5	0	1,3	0	7	15	2	1,8
Vespasiano	3	7	2	0	0,9	13	12	32	1	1,4
São Paulo	0	5	9	0	1,6	5	8	8	0	1,1
Paquetá	1	1	4	0	1,5	1	0	2	0	1,3

A média geral nesta questão foi de 1,3 para os profissionais de nível superior e de 1,4 para os agentes comunitários de saúde (correspondendo respectivamente a 6,5 e 7,0 em 10).

IV.6.4 – Atividades dos Profissionais em Promoção da Amamentação

A captação de puérperas é realizada das mais diferentes maneiras. Todos os agentes comunitários de saúde estão envolvidos nesta atividade. As estratégias incluem contatos com as maternidades da área, solicitação às famílias que informem a chegada da maternidade, encontro com a mãe no momento do “teste do pezinho”, quando esta vem para o curativo relacionado ao parto, ou para buscar material para o curativo do coto umbilical do bebê. O que se nota nos diferentes programas é uma preocupação clara com o contato precoce. Os profissionais de maneira geral tem consciência da captação precoce para o sucesso da promoção da amamentação. Mas isso nem sempre se reflete numa prática adequada, como se percebe, por exemplo, ao analisarmos os dados relativos à idade do bebê na primeira visita domiciliar por um profissional do programa (v. tabela 14).

92,6% dos profissionais de nível superior e 100% dos agentes comunitários de saúde realizam visitas domiciliares à puérperas. Todos os profissionais referem falar sobre os benefícios e a importância da amamentação para gestantes e puérperas na grande maioria dos encontros (consultas individuais, visitas domiciliares e atividades de grupo).

100% dos profissionais de nível superior e 95,1% dos agentes comunitários de saúde afirmam que, em seus encontros com mães de crianças até seis meses, perguntam “como anda a mamada”. Do mesmo modo, 98,2% dos profissionais de nível superior e 91,2% dos agentes comunitários de saúde afirmam que nestas

ocasiões verificam a mamada, ao menos às vezes; e 33,9% e 65,5% respectivamente o fazem na maioria das vezes.

Apenas 9,2% dos profissionais de nível superior e 24,5% dos agentes comunitários de saúde tem algum tipo de contato com grupos comunitários de apoio à amamentação. Os grupos de apoio à amamentação são um dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” (*Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório*); e um dos Dez Passos para uma Unidade Básica de Saúde (*Tornar acessíveis a todas as mães grupos de apoio à amamentação, propiciando a troca de experiências entre elas, promovendo sua auto-confiança e orientando-as sobre como conciliar amamentação e trabalho*); e para um Centro de Saúde Amigos da Amamentação (*Fomentar a criação de grupos de apoio à amamentação e trabalhar em conjunto com eles dentro e fora do Centro de Saúde. Oferecer alternativas, quando estes grupos não existirem*) (WHO, 1998; Carvalho, 1998). São considerados como um dos meios mais efetivos de promover a amamentação (Becker, 1999).

As demais informações relativas a atividades dos profissionais na promoção da amamentação serão vistas em contraponto com as informações fornecidas pelas mães entrevistadas pela pesquisa.

IV.6.5 – Informações coletadas nos questionários aplicados às mães usuárias das unidades do Programa de Saúde da Família

A grande maioria das mães realizou seu pré-natal na unidade do PSF onde realizavam o acompanhamento de seus filhos. A exceção é o município de Contagem, onde uma das possíveis causas é o fato de muitas mães terem sido entrevistadas em áreas de implantação recente do Programa de Saúde da Família.

Tabela 12 – Mães que realizaram pré-natal na unidade de saúde por Programa

PROGRAMA	N	%
Contagem	5	7,1
Mauá	56	74,7
Vespasiano	59	98,3
São Paulo	43	71,7
Paquetá	15	71,4

A grande maioria das mães declarou que algum profissional na unidade já havia conversado com ela sobre amamentação.

Tabela 13 – Mães que declararam ter sido abordadas sobre amamentação por programa

PROGRAMA	N	%
Contagem	64	91,4
Mauá	56	74,7
Vespasiano	60	100,0
São Paulo	55	91,7
Paquetá	13	61,9
Total	248	87,0

Um número significativamente menor de mães referiu ter sido perguntada pelos profissionais da unidade sobre a ocorrência de problemas na amamentação.

Tabela 14 – Mães que declararam ter sido questionadas sobre a ocorrência de problemas na amamentação por programa

PROGRAMA	N	%
Contagem	19	27,1
Mauá	22	29,3
Vespasiano	25	41,7
São Paulo	42	70,0
Paquetá	10	47,6
Total	118	41,4

É interessante contrastar este dado com a afirmação de 95% dos agentes comunitários de saúde e 100% dos profissionais de nível superior de perguntarem como anda a amamentação em seus encontros com mães de crianças até 6 meses.

Por outro lado, as equipes do Programa de Saúde da Família abordadas nesta pesquisa definitivamente não cometeram o “pecado” mais grave no que se refere a promoção da amamentação, isto é, a recomendação inadequada de outros alimentos, em especial para crianças até três meses de idade (Lennon & Lewis, 1987). Como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 15 – Mães de crianças de menos de três meses que declararam ter recebido orientação para dar outro alimento ao bebê por programa

PROGRAMA	N	%
Contagem	0	0,0
Mauá	3	5,4
Vespasiano	1	2,9
São Paulo	0	0,0
Paquetá	1	7,7
Total	5	1,8

Aqui começamos a comparar mais diretamente os resultados obtidos no questionário junto aos profissionais de saúde aos das mães entrevistadas, por eles atendidas nas unidades do Programa de Saúde da Família. Como dito anteriormente, os dados colhidos junto às mães enriqueceram em muito a pesquisa e permitiram confirmar – ou não – diversas afirmações dos profissionais.

A primeira informação cruzada referente à idade do bebê na primeira visita domiciliar após a volta da maternidade. Este é um dos aspectos mais fundamentais da promoção da amamentação, pois sabe-se que o desmame precoce é muito importante em nosso país (Brasil et ali, 1999; Grupo Origem,

1999). Além disto, este dado nos interessa sobremaneira, pela relação que guarda com a especificidade do Programa de Saúde da Família neste contexto: com a atuação dos agentes comunitários de saúde, responsáveis por grupos de determinado número de famílias, e com a facilidade da visita domiciliar, seria em princípio possível intervir positivamente no binômio mãe-bebê e na amamentação muito precocemente.

Segundo Brasil et al. (1999), “ *a efetividade de nossas ações não estará garantida se estas não ocorrerem dentro do primeiro mês. E mais do que a captação, requer o acolhimento de mães e bebês nos primeiros dias de vida para avaliação da pega, para a escuta de dúvidas e aflições tão comuns neste período*” (p. 25).

Vejamos portanto como se dá a comparação entre a idade do bebê na primeira visita domiciliar segundo o relato de profissionais e mães, em cada município pesquisado.

TABELA 16– Idade do bebê na primeira visita domiciliar da equipe de saúde segundo informação fornecida pelas mães, agentes comunitários de saúde e profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) por Programa

PROGRAMA	≤ 7 dias						8-15 dias						16-30 dias						> 1 mês					
	Mães		Ags. de Saúde		Prof. Nível Sup.		Mães		Ags. de Saúde		Prof. Nível Sup.		Mães		Ags. de Saúde		Prof. Nível Sup.		Mães		Ags. de Saúde		Prof. Nível Sup.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Contagem	6	8,6	15	93,8	3	42,8	27	38,6	1	6,2	2	28,6	11	15,7	0	0,0	1	14,3	3	4,3	0	0,0	0	0,0
Mauá	15	20,0	21	87,5	11	73,3	20	26,7	3	12,5	4	26,7	4	5,3	0	0,0	0	0,0	4	5,3	0	0,0	0	0,0
Vespasiano	8	13,3	45	77,6	5	41,7	13	21,7	12	20,7	6	50,0	7	11,7	0	0,0	0	0,0	5	8,3	0	0,0	0	0,0
São Paulo	33	55,0	20	95,2	11	78,6	13	21,7	1	4,8	2	14,3	7	11,7	0	0,0	0	0,0	3	5,0	0	0,0	0	0,0
Paquetá	5	23,8	3	100,0	0	0,0	3	14,3	0	0,0	2	33,3	2	9,5	0	0,0	0	0,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0

Mães que declararam não ter recebido visita depois que o bebê nasceu: Contagem, 23 (32,9%); Mauá, 32 (42,7%); Vespasiano, 27 (45,0%); São Paulo, 4 (6,7%); e Paquetá, 7 (33,3%).

No Programa de Vespasiano uma (1,7%) agente de saúde não declarou a idade do bebê na primeira visita domiciliar.

Profissionais de nível superior que declararam nunca realizar visitas domiciliares a puérperas: Contagem, 1 (14,3%); Mauá, 0 (0,0%); Vespasiano, 1 (8,3%); São Paulo 1 (7,1%); e Paquetá, 1 (16,7%). Além disso, no Programa de Paquetá, 3 (50,0%) dos profissionais de nível superior não declararam a idade do bebê na primeira visita.

O primeiro dado que chama a atenção é o número significativo de mães que declararam não terem sido visitadas no puerpério, chegando a quase metade daquelas entrevistadas nos programas de Mauá e Vespasiano, e a um terço em Contagem e Paquetá. Das mães visitadas, 25,8% afirmam que o encontro ocorreu após 15 dias, enquanto que apenas 2,1% dos profissionais de nível superior e nenhum agente refere visitas neste período. A discordância entre agentes comunitários de saúde e mães é bem evidente. Enquanto 85,9% do total de entrevistados desta categoria refere visitar a mãe antes de uma semana de vida do bebê, apenas 34,8% das mães confirmam esta afirmação.

São Paulo é o município de melhor performance de acordo com os dados recolhidos das mães: 76,7% referem a visita até 15 dias de vida do bebê; contrastando com Vespasiano, com apenas 34% das visitas referidas no período. Em Contagem 93,8% dos agentes comunitários de saúde referem a visita na primeira semana, enquanto apenas 8,3% das mães o fazem.

Das mães que foram visitadas no puerpério imediato, uma pequena proporção declarou não ter recebido orientação sobre amamentação nesta ocasião.

Tabela 17 – Mães que declararam ter recebido orientação sobre amamentação na primeira visita domiciliar da equipe de saúde após o nascimento do bebê por programa

PROGRAMA	N	%
Contagem	45	97,8
Mauá	39	88,6
Vespasiano	31	93,9
São Paulo	52	92,9
Paquetá	4	30,8
Total	171	88,6

Note-se que estes dados foram calculados dentro do universo das mães visitadas (67,4% do total, isto é, quase um terço das mães declararam não ter recebido visitas no puerpério imediato).

A seguir, compara-se a versão de mães e profissionais no que se refere a atividades de intervenção dos profissionais na amamentação. A primeira tabela aborda a questão da correção da mamada, fundamental na promoção da amamentação:

Tabela 18 – Contraponto, por Programa, entre a informação de agentes comunitários de saúde e profissionais de nível superior de verificação da mamada na maioria dos encontros com mães de crianças até seis meses e a informação da mãe quanto ao recebimento de orientação no posto de saúde de como colocar o bebê para mamar

PROGRAMA	Declararam verificar mamada na maioria dos encontros com mães de crianças até seis meses				Declararam ter recebido orientação de como colocar o bebê para mamar	
	Agentes de Saúde		Prof. Nível Superior		(Mães)	
	N	%	N	%	N	%
Contagem	10	62,5	3	42,9	19	27,1
Mauá	12	50,0	3	20,0	10	13,3
Vespasiano	36	62,1	6	50,0	47	78,3
São Paulo	10	47,6	4	28,6	45	75,0
Paquetá	2	66,7	2	33,3	13	61,9
Total	80	65,5	18	33,9	134	47,0

A simples verificação da mamada é fundamental para qualquer intervenção de orientação e correção de eventuais erros de postura, pega, posição do bebê, etc. A tabela mostra que esta é predominantemente uma atividade dos agentes

comunitários de saúde. Menos da metade das mães declara ter sido orientada neste sentido. As mães de Contagem e Mauá declaram ter sido orientadas em proporções muito baixas, em contraste com as de São Paulo e Vespasiano.

Tabela 19 – Contraponto, por Programa, entre a informação de agentes comunitários de saúde e profissionais de nível superior de ensinar como prevenir/tratar fissuras e ingurgitamento na maioria dos encontros com mães de crianças até seis meses e as informações da mãe quanto ao recebimento de orientação no posto de saúde de como colocar o bebê para mamar e de ter sido perguntada sobre problemas na amamentação

PROGRAMA	Declararam ensinar como prevenir/tratar fissuras, dores e ingurgitamento na maioria dos encontros com mães de crianças até seis meses				Declararam ter recebido orientação de como colocar o bebê para mamar		Declararam ter sido questionadas sobre a ocorrência de problemas na amamentação	
	Agentes de Saúde		Prof. Nível Superior		Mães		Mães	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Contagem	13	81,3	5	71,4	19	27,1	19	27,1
Mauá	20	83,3	11	73,3	10	13,3	22	29,3
Vespasiano	44	75,9	10	83,3	47	78,3	25	41,7
São Paulo	20	95,2	11	78,6	45	75,0	42	70,0
Paquetá	2	66,7	5	83,3	13	61,9	10	47,6
Total	99	81,1	41	77,3	134	47,0	118	41,4

Cerca de 80% de ambas as categorias profissionais declararam realizar este tipo de orientação, com pequena vantagem para os agentes comunitários de saúde. Para qualquer uma das duas informações fornecidas pelas mães, nota-se uma discrepância importante em relação à percepção de ambas as categorias profissionais: menos da metade das mães declara ter recebido orientação de como colocar o bebê para mamar ou ter sido perguntada sobre problemas na amamentação. A discrepância é menor para o município de São Paulo.

A sensação de apoio em relação à amamentação é considerada hoje uma determinante fundamental do sucesso na amamentação. Verronen (1982) demonstra esta importância ao focar as crises lactacionais transitórias, quando há diminuição temporária da produção de leite. As lactantes necessitam então de estruturas de apoio e orientação, e a ausência destas predispõe ao desmame. Segundo Becker (1999), num artigo de revisão sobre apoio e orientação na amamentação, *“o conhecimento puro e simples, como aquele transmitido através de leituras e palestras, parece insuficiente para mudar o comportamento. O apoio pode ser decisivo na construção de confiança e competência em amamentar, ajudando a superar dificuldades”* (p. 26, nossa tradução).

Vejamos como foi referida a questão do apoio pelas mães usuárias do Programa de Saúde da Família nos municípios pesquisados.

83,1% das mães sentem-se apoiadas pelas equipes de saúde para amamentar. O sentimento de apoio distribui-se da seguinte maneira pelos diferentes programas:

Tabela 20 – Mães que declararam sentirem-se apoiadas pela unidade de saúde para amamentar, por programa e total

Programa	Apoiada		Não Apoiada	
	N	%	N	%
Contagem	47	67,1	22	31,4
Mauá	51	67,1	19	25,0
Vespasiano	58	96,7	1	1,6
São Paulo	57	95,0	2	3,3
Paquetá	18	85,7	3	14,3
Total	231	83,1	47	16,9

Obs: Não responderam: 1 mãe em Contagem, Vespasiano e São Paulo, e 6 mães em Mauá.

O sentimento de apoio é especialmente prevalente em São Paulo e Vespasiano, mas em todas as unidades ele pode ser considerado bastante elevado (em Mauá e Contagem, programas que apresentam os menores valores, dois terços das mães se sentem apoiadas).

A análise dos dados buscou a seguir determinar quais eram os elementos que levavam a mãe a sentir-se apoiada pela unidade de saúde para amamentar. Foram testadas diversas associações, e duas se mostraram significativas. Na primeira o sentimento de apoio foi relacionado com o relato da mãe de ter sido ensinada a colocar o bebê para mamar.

Tabela 21– Relato da mãe de ter sido ensinada a colocar o bebê para mamar por sentimento de apoio à amamentação

PROGRAMA	RELATO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO				Fisher's Exact Test (p)
	Apoiada		Não Apojada		
	N	%	N	%	
CONTAGEM					0,0003
Ensinada	18	38,3	0	0,0	
Não ensinada	29	61,7	22	100,0	
MAUÁ					0,0522
Ensinada	10	19,6	0	0,0	
Não ensinada	41	80,4	19	100,0	
VESPASIANO					0,2203
Ensinada	46	79,3	0	0,0	
Não ensinada	12	20,7	1	100,0	
SÃO PAULO					0,0532
Ensinada	45	79,0	0	0,0	
Não ensinada	12	21,0	2	100,0	
PAQUETÁ					0,0421
Ensinada	13	72,2	0	0,0	
Não ensinada	5	27,8	3	100,0	
TOTAL					< 0,0001
Ensinada	132	57,1	0	0,0	
Não ensinada	99	42,9	47	100,0	

Obs: Esta tabela inclui somente as mães que responderam as duas questões cruzadas (n=278)

47,8% (132) das mães referem ter sido ensinadas a como colocar o bebê para mamar. Destas, 100% se sentem apoiadas. Das que não foram ensinadas, 68,1% se sentiram apoiadas. Nenhuma das mães do grupo que não se sentiu apoiado foi ensinada a amamentar. Há uma relação estatisticamente significativa entre o fato de ter sido ensinada com a sensação de apoio ($p < 0,0001$).

Uma outra relação significativa ocorreu entre a visita do profissional à casa da puerpera e a sensação de apoio.

Tabela 22– Relato da Mãe de Visita de Profissional de Saúde Após o Nascimento do Bebê por Sentimento de Apoio à Amamentação

PROGRAMA	RELATO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO				Fisher's Exact Test (p)
	Apoiada		Não Apoiada		
	N	%	N	%	
CONTAGEM					<0.0001
Visitada	43	91,5	3	13,6	
Não visitada	4	8,5	19	86,4	
MAUÁ					0,1775
Visitada	33	66,0	9	47,4	
Não visitada	17	34,0	10	52,6	
VESPASIANO					0,4737
Visitada	30	53,6	0	0,0	
Não visitada	26	46,4	1	100,0	
SÃO PAULO					0,1016
Visitada	54	96,4	1	50,0	
Não visitada	2	3,6	1	50,0	
PAQUETÁ					1,0000
Visitada	12	66,7	2	66,7	
Não visitada	6	33,3	1	33,3	
TOTAL					<0.0001
Visitada	172	75,8	15	31,9	
Não visitada	55	24,2	32	68,1	

Obs: Esta tabela inclui somente as mães que responderam as duas questões cruzadas.

75,8% das mães visitadas se sentem apoiadas, contra apenas 24,2% das que não foram visitadas em seu domicílio. Há portanto uma associação estatisticamente significativa entre o fato de ter sido visitada e a sensação de apoio ($p < 0,0001$).

IV.6.6 – Perfil de Aleitamento Materno na Amostragem Pesquisada

Finalmente, apresentamos os resultados referentes ao tipo de amamentação entre as mães entrevistadas nos diferentes programas.

As categorias utilizadas são definidas da seguinte maneira, de acordo com a norma da maioria dos estudos sobre amamentação (Brasil et alii, 1999; Becker, 1999; WHO, 1997) :

- Aleitamento Materno Exclusivo: crianças que recebem apenas leite materno, sem qualquer outro alimento;
- Aleitamento Materno Predominante: crianças que recebem leite materno e água, chás ou sucos;
- Aleitamento Materno Complementado: crianças que recebem leite de vaca ou outros complementos nutricionais, além do leite materno.
- Aleitamento Materno: soma das três categorias.

Tabela 23 - Distribuição do Tipo de Aleitamento por Faixa Etária do Bebê nos Programas Estudados, segundo Relato das Mães

PROGRAMA	Faixa Etária					
	0-3 Meses		4-6 Meses		Total	
	N	%	N	%	N	%
CONTAGEM						
Aleitamento Exclusivo	25	69,5	10	30,3	35	50,7
Aleitamento Predominante	8	22,2	13	39,4	21	30,5
Aleitamento Complementado	1	2,8	7	21,2	8	11,5
Não amamenta	2	5,5	3	9,1	5	7,3
MAUÁ						
Aleitamento Exclusivo	33	58,8	2	10,5	35	46,7
Aleitamento Predominante	9	16,5	2	10,5	11	14,7
Aleitamento Complementado	8	14,2	9	47,4	17	22,6
Não amamenta	6	10,5	6	31,6	12	16
VESPASIANO						
Aleitamento Exclusivo	12	35,6	4	15,4	16	26,7
Aleitamento Predominante	3	8,9	1	3,9	4	6,7
Aleitamento Complementado	18	52,6	10	38,4	28	46,6
Não amamenta	1	2,9	11	42,3	12	20
SÃO PAULO						
Aleitamento Exclusivo	27	67,5	5	26,3	32	54,2
Aleitamento Predominante	3	7,5	0	0,0	3	5,1
Aleitamento Complementado	8	20,0	8	42,1	16	27,1
Não amamenta	2	5,0	6	31,6	8	13,6
PAQUETÁ						
Aleitamento Exclusivo	8	61,5	3	37,5	11	52,4
Aleitamento Predominante	2	15,4	0	0	2	9,6
Aleitamento Complementado	2	15,4	5	62,5	7	33,3
Não amamenta	1	7,7	0	0	1	4,7
TOTAL						
Aleitamento Exclusivo	105	58,7	24	22,9	129	45,4
Aleitamento Predominante	25	14,0	13	15,2	41	14,5
Aleitamento Complementado	37	20,7	39	37,1	76	26,7
Não amamenta	12	6,6	26	24,8	38	13,4

A OMS (Organização Mundial da Saúde) recomenda o cálculo do aleitamento materno exclusivo, e exclusivo mais predominante para crianças de até quatro meses de idade (WHO, 1997). Os resultados obtidos nesta pesquisa são de respectivamente 58,7 % e 72,7%. Uma análise comparativa pode ser encontrada na seção IV.7.

Surpreendentemente, não foi demonstrada associação significativa entre a sensação de apoio e o sucesso da amamentação (Oliveira et al., 2001): os índices de aleitamento exclusivo de nossa amostra não sofreram variação significativa quando examinadas apenas as mães que se sentiram apoiadas para amamentar (n=230). Este dado se confirma ao analisarmos somente a população de mães de bebês de 0 a 3 meses de idade (57,4% das mães que se sentem apoiadas aleitam exclusivamente, contra 58,7% do total de mães). Entre as mães que amamentam exclusivamente, 86,9% se sentem apoiadas (84,8% entre mães de bebês de 0 a 3 meses).

IV.7 - OUTROS DADOS RELEVANTES PESQUISADOS

Em complementação aos dados relativos à amostra de mães entrevistada pela pesquisa, buscamos obter dados sobre a situação do aleitamento materno nos municípios pesquisados em outras fontes. Conseguimos informações a respeito de aleitamento exclusivo junto às coordenações de alguns programas, e também na página do DATASUS na Internet (<http://www.datasus.gov.br>), que disponibiliza os dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica - indicadores recolhidos pelos programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde). O aleitamento materno aos 4 meses é um dos indicadores chave do SIAB para avaliação da atuação das equipes do programa.

As informações recolhidas por município são as seguintes:

IV.7.1 – Contagem

Segundo a coordenação do programa, no ano de 1999, o Programa de Saúde da Família acompanhou 183 crianças até quatro meses de idade, registrando 54,10% de aleitamento materno exclusivo (99 crianças). Até setembro de 2000, registrava-se 1.230 crianças menores de 04 meses acompanhadas pelo programa, sendo que 651 (52,92%) apresentam aleitamento materno exclusivo. Pode-se notar a expansão importante do programa no período, através da variação do número de crianças acompanhadas, o que impede uma avaliação do impacto do trabalho das equipes nos índices de amamentação.

Os dados do DATASUS para Contagem são os seguintes:

Tabela 25 - Percentual de crianças c/ aleitamento maternos exclusivo
Município: Contagem (MG) - Programa de Saúde da Família, Período 1999 – 2000

Município	1999	2000
Contagem	55,16%	50,22%

Fonte: Datasus, 2000 (<http://www.datasus.gov.br>)

IV.7.2 – Mauá

Não conseguimos obter dados da coordenação do programa. Segundo o DATASUS, os dados para o período de 1998 a 2000 são os seguintes:

Tabela 26 - Percentual de crianças c/ aleitamento maternos exclusivo
Município: Mauá (SP) - Programa de Saúde da Família, Período 1998 - 2000

Município	1998	1999	2000
Mauá	52,08	72,39	82,02

Fonte: Datasus, 2000 (<http://www.datasus.gov.br>)

IV.7.3 – Vespasiano

Segundo a coordenação do programa, no ano de 1999, o SIAB registrou 166 crianças menores de 04 meses acompanhadas, sendo que 125 (75.30%), estavam com aleitamento materno. Até julho do presente ano, registraram-se 179 crianças menores de 04 meses acompanhadas pela estratégia, sendo que 133 (74.16%) apresentam aleitamento materno exclusivo.

Segundo o DATASUS, os dados de Vespasiano para o período de 1998 a 2000 são os seguintes:

Tabela 26 - Percentual de crianças c/ aleitamento maternos exclusivo
Município: Mauá (SP) - Programa de Saúde da Família, Período 1998 - 2000

Município	1998	1999	2000
Vespasiano	67,71	74,70	74,30

Fonte: Datasus, 2000 (<http://www.datasus.gov.br>)

IV.7.4 – São Paulo

Dados da Coordenação do Qualis reportam uma taxa de aleitamento materno exclusivo aos 4 meses de 61,84% no ano de 1999 e de 66,98 no ano 2000. O SIAB não contém dados sobre Qualis ou sobre o município de São Paulo.

IV.7.5 – Paquetá

Segundo a coordenação do programa, as taxas das diferentes categorias de aleitamento materno no ano de 2000, para crianças abaixo de 4 meses de idade, foram as seguintes:

- Aleitamento Materno Exclusivo: 51,0%
- Aleitamento Materno Predominante: 24,9%
- Aleitamento Materno Complementado: 17,5%
- Não Amamentados: 6,6%.

É interessante comparar este dado à extensa avaliação da situação do aleitamento materno no município do Rio de Janeiro, realizado em 1999, comparando dados dos anos de 1996 e 1998 (Brasil et ali, 1999). Dados coletados durante as campanhas de vacinação mostraram taxas muito baixas de Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de quatro meses, porém em ascensão: 17,1% em 1996, e 21,4% em 1998.

IV.7.5 – Situação Nacional

Ainda segundo o DATASUS, é a seguinte a situação do aleitamento materno no Brasil e por regiões, reportada pelas unidades do Programa de Saúde da Família, de 1998 a 2000:

Tabela 24 - Percentual de Crianças em Aleitamento Exclusivo aos quatro meses de idade, segundo o Programa de Saúde da Família

Região	1998	1999	2000
Região Norte	58,5	67,3	67,7
Região Nordeste	52,4	56,6	58,6
Região Sudeste	63,2	66,3	66,7
Região Sul	66,2	69,7	72,0
Região Centro-Oeste	67,9	70,9	70,9
Brasil	56,6	61,2	62,8

Fonte: Datasus, 2000 (<http://www.datasus.gov.br>)

A recente literatura sobre a situação do aleitamento materno no Brasil pode trazer informações interessantes para este trabalho. Dados de estudos de âmbito nacional vem demonstrando um aumento substancial da duração mediana do aleitamento materno no país nos últimos anos (de 2,5 meses em 1975 para 7 meses em 1996) (Bemfam, 1996; Kitoko et al., 2000). Mas a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de quatro meses ainda é muito baixa, situando-se em torno de 40% nestes mesmos estudos.

Os índices de aleitamento materno exclusivo apresentados pelo SIAB (62,8%) assim como os resultados obtidos nesta pesquisa, com relação aos índices de aleitamento materno exclusivo e de aleitamento materno exclusivo mais complementado (respectivamente 58,7 % e 72,7%), estão bem acima das taxas obtidas em estudos da literatura recente do campo da amamentação. Estes índices foram de 21,4% e 45,8% para o Rio de Janeiro em 1998 (Brasil et al., 1999); de 40,3% e 43,5% para o Brasil, na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (BEMFAM, 1996); de 46,3% e 64,5% em Florianópolis e de 23,9% e 41,1% em João Pessoa, ambos em 1997 (Kitoko et al., 2000).

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

Inicialmente, cabe aqui ressaltar as limitações deste trabalho, à luz de seu objetivo fundamental: analisar aspectos da implementação e operacionalização da promoção da saúde no Programa de Saúde da Família.

Em primeiro lugar, colocam-se as limitações relativas à representatividade do universo em questão e à significância estatística dos resultados apresentados. Uma pesquisa individual, em nível de mestrado em Saúde Pública não poderia pretender obter amostras significativas do enorme e heterogêneo universo dos municípios brasileiros onde está implantado o Programa de Saúde da Família. A mesma dificuldade se coloca diante das diferentes formas de operacionalização do programa no nível municipal, aliás uma de suas características mais marcantes. Escolhemos os municípios pesquisados por critérios definidos, que se justificam dentro da proposta metodológica do trabalho. Mas não podemos afirmar que os dados coletados em nossa pesquisa tenham representatividade no panorama nacional do Programa de Saúde da Família. Da mesma maneira, eles não refletem necessariamente a realidade de cada município pesquisado: as unidades do PSF estudadas foram escolhidas por critérios definidos. Dentro de cada uma delas, porém, buscou-se entrevistar todos os profissionais. As mães entrevistadas foram escolhidas aleatoriamente, e correspondem à maior parte da clientela das unidades escolhidas. Porém, mais uma vez, não se pode afirmar que sejam representativas do universo de mães clientes do Programa de Saúde da Família em cada um dos municípios analisados, nem do seu conjunto.

Em segundo lugar, temos as limitações advindas das características de nosso objeto de estudo. O campo da promoção da saúde é vastíssimo, e envolve muitos outros aspectos e dimensões do trabalho em saúde e também de outros campos do conhecimento e da atividade humana, sendo uma atividade intersetorial por excelência (Buss et al., 1998; Mendes, 1998; Ministério da Saúde, sem data). Enfocando apenas um aspecto deste campo, representado pela

promoção da amamentação, não poderíamos pretender chegar a conclusões definitivas sobre a situação da promoção da saúde no Programa de Saúde da Família em qualquer localidade pesquisada. Poderíamos, sim, gerar informações sobre a promoção da amamentação no contexto dos programas analisados, e com este material, apontar tendências no que se refere à promoção da saúde. Por isso emprestamos de Kessner o conceito de traçador, utilizando como tal, numa aproximação conceitual, uma atividade essencial da promoção da saúde num contexto como o do PSF.

Em terceiro lugar, e por conseguinte, aparecem as limitações relativas à esta opção metodológica. A utilização da promoção da amamentação como condição traçadora, já extensamente descrita na seção II.3, é, repetimos, uma aproximação conceitual. A utilização plena da metodologia de traçadores no campo da avaliação de qualidade de serviços de saúde envolveria diversos outros aspectos, como o estabelecimento de conjuntos de traçadores e de critérios através dos quais os serviços são julgados (Travassos, 1985). Mas a idéia da utilização da promoção da amamentação como condição traçadora nos permite, por outro lado, fazer certas especulações e apontar tendências com os dados obtidos.

A pesquisa de campo deste trabalho procurou descrever e contrastar diferentes experiências de promoção da amamentação no Programa de Saúde da Família em cinco municípios brasileiros, com características históricas, geográficas, operacionais e gerenciais diversas. O traço comum destas experiências é que todas são consideradas, por critérios já apresentados na seção III.2, experiências bem estruturadas, sendo algumas consideradas dentre as melhores do país no Programa de Saúde da Família. Além disso, em cada município, as unidades visitadas foram as apontadas pelos gestores locais como entre as melhores em performance.

A constatação de uma promoção da amamentação bem realizada e efetiva em programas com certa representatividade no nível da estrutura instalada e da qualidade do cuidado, não permitiria conclusões definitivas nem quanto ao restante dos municípios brasileiros, nem acerca de outros importantes aspectos da promoção da saúde no Programa de Saúde da Família - apenas apontaria tendências. Isto é, se as áreas escolhidas demonstrassem estar realizando a promoção da amamentação de forma efetiva, esta poderia ser uma tendência geral no país. Do mesmo modo, uma amamentação bem promovida poderia apontar também uma tendência do Programa de Saúde da Família em trabalhar a promoção da saúde de forma adequada,.

No entanto, se nem áreas consideradas de excelência, focalizando uma atividade essencial da promoção da saúde apresentassem bons resultados, não se poderia esperar melhor de municípios com circunstâncias menos favoráveis ou de estratégias mais elaboradas de promoção da saúde. Isto é, esta constatação poderia representar uma sinalização de que correções importantes de rumo devem ser feitas para que se possa falar em promoção da saúde no programa, além de apontar deficiências no campo da própria promoção da amamentação.

Esta pesquisa - uma análise exploratória das práticas de promoção da amamentação no Programa de Saúde da Família - pode ser enquadrada no campo da avaliação em saúde. Trata-se, sob este ângulo, de uma avaliação de processo, na medida em que busca avaliar o conhecimento e as atividades dos profissionais envolvidos, e a percepção que estas práticas engendram nas mães-clientes (Thorogood & Coombes, 2000). Apenas dois aspectos do estudo poderiam ser classificados como sendo relativos a uma avaliação de resultados da promoção da amamentação: a situação do aleitamento materno entre as mães, e a sensação de apoio por elas percebida.

Buscaremos analisar alguns aspectos dos resultados obtidos, dividindo-os em cinco blocos.

V.1 – TREINAMENTO

O treinamento específico é fundamental para a efetividade do trabalho de promoção da amamentação (Souza, 1998; Becker, 1999). De nada adianta um profissional consciente da importância da amamentação e atuante em sua promoção se fornecer informações erradas às mães ou se não souber apóia-las com manejos adequados. Cerca de 85% dos profissionais pesquisados de ambas as categorias participaram de ao menos um treinamento em amamentação, e 60% de ao menos dois treinamentos. Podemos considerar estes índices bastante positivos. A duração do treinamento ficou abaixo da preconizada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, porém como mais da metade dos respondentes participou de dois ou mais treinamentos, poderia se supor uma carga horária total adequada para a maioria dos profissionais.

Um possível viés neste achado é o fato de que alguns profissionais podem ter confundido número e duração de treinamentos específicos em amamentação com outras atividades de capacitação que incluem a amamentação, mas que também abordam outros aspectos da saúde materno infantil.

O treinamento pode engendrar confiança nas equipes, o que facilita a participação em atividades. Esta confiança parece estar instaurada nas equipes pesquisadas, e se reflete no fato de que a quase totalidade de ambas as categorias profissionais refere sentir-se apta a orientar as mães para amamentar.

Talvez o mais importante aspecto das informações sobre treinamento seja que os dados levantados apontam para o que parece ser, nos municípios pesquisados, uma preocupação com a capacitação dos profissionais num campo ligado à promoção da saúde, o que em si é uma informação positiva.

V.2 - CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS EM AMAMENTAÇÃO

A performance dos profissionais foi bastante razoável no teste de conhecimentos sobre amamentação, com médias gerais de 7,1 para os agentes comunitários de saúde e 8,0 para os de nível superior. Chama atenção a pequena diferença entre as duas categorias, demonstrando que uma assimilação adequada de conhecimentos da amamentação é possível, independentemente da formação educacional do profissional, uma consideração importante se pensarmos que os agentes comunitários de saúde são os principais responsáveis por atividades relacionadas à promoção da amamentação e à promoção da saúde em geral, no Programa de Saúde da Família.

Nas questões do teste destacadas no capítulo anterior encontramos algumas informações interessantes. Em uma destas perguntas, a resposta errada representaria uma grave deficiência de conhecimentos, que comprometeria a intervenção do profissional em amamentação: a que se refere a oferta de complemento em caso de diminuição do leite. As médias foram de 96,2% e 83,6% de acerto para profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde, respectivamente. Esta boa performance é confirmada pelo fato de que apenas 1,8% das mães refere ter sido orientada a oferecer complementos alimentares a seus filhos menores de seis meses.

Nas questões restantes do teste, a performance dos profissionais de ambas as categorias se situou em torno de dois terços de acertos, como destacado no capítulo anterior. A exceção se deu na questão sobre o uso de compressas frias para o ingurgitamento mamário, que exige uma certa atualização. Nela, os profissionais de nível superior mantiveram o mesmo nível das outras questões, mas menos da metade dos agentes comunitários de saúde acertaram a opção correta.

Nas três questões abertas, alguns achados chamam a atenção. Mais de 80% dos profissionais mencionaram corretamente três vantagens da amamentação. Já nas duas questões envolvendo o manejo clínico da amamentação, a média da grande maioria dos programas ficou abaixo de dois acertos em três na pergunta acerca de aspectos a serem verificados na mamada; o desempenho foi um pouco melhor na pergunta sobre sugestões para mães com problemas nos seios. O que se percebe com este padrão de respostas é que os profissionais estão bem informados quanto às vantagens da amamentação, mas seu desempenho deixa um pouco a desejar com relação a procedimentos essenciais para o manejo clínico da lactação – atividade básica da promoção da amamentação.

Nenhum dos municípios estudados se destacou positiva ou negativamente no cômputo geral da avaliação de conhecimentos.

V.3 - ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS EM AMAMENTAÇÃO, EM CONTRAPONTO COM AS IMPRESSÕES DE MÃES POR ELES ATENDIDAS

As declarações de profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde impressionam pela quase unanimidade no que se refere à participação nas atividades de promoção da amamentação. Praticamente todos os profissionais referem falar sobre os benefícios e a importância da amamentação, perguntam “como anda a amamentação” e afirmam verificar a mamada, ao menos às vezes. Confirmando esta informação, a grande maioria das mães (87,0%) declarou que algum profissional na unidade já havia conversado com ela sobre amamentação. No entanto, um número significativamente menor de mães (41,4%) referiu ter sido perguntada pelos profissionais da unidade sobre a ocorrência de problemas na amamentação. Isto pode apontar na direção de que as equipes estariam mais voltadas para prover informação, em vez de demonstrar interesse específico na mãe em questão, uma atitude típica do apoio à nutriz.

Um dado que chama a atenção é que as equipes claramente não recomendaram o uso de complementos de qualquer espécie para os bebês até quatro meses, uma conduta correta e essencial na promoção da amamentação.

Como dito no capítulo anterior, é possível notar, nos diferentes programas, uma preocupação clara com o contato precoce entre a equipe de Saúde da Família e a puérpera. As estratégias de captação, relatadas por agentes comunitários de saúde numa pergunta aberta no questionário, são várias e bastante ricas em sua diversidade (v. seção IV.6.4) Todos os agentes comunitários estão envolvidos nesta atividade. Estes profissionais, de maneira geral, parecem ter consciência da importância da captação precoce para o sucesso da amamentação. Esta é uma informação importante se pensarmos na especificidade que o Programa de Saúde da Família possui no que tange à facilidade deste contato precoce com a mãe: uma recente revisão da literatura classifica a visita domiciliar como mais benéfica quando ocorre na primeira semana após o nascimento (Becker, 1999).

No entanto, este mesmo aspecto do trabalho é um dos que mostra maiores discordâncias entre as informações providas pelos profissionais e aquelas fornecidas pelas mães. Apesar de todos os agentes comunitários de saúde informarem que as visitas à puérperas fazem parte de suas atividades, 32,6% destas, isto é, quase um terço, declararam não ter recebido qualquer visita no puerpério imediato. Além disto, os profissionais informam um momento de visita muito mais precoce do que o declarado pela mãe, em qualquer dos programas pesquisados (v. tabela 16). Percebe-se, em todos os programas, uma evidente discrepância na percepção do momento da primeira visita domiciliar ao binômio mãe-bebê por parte dos profissionais – em especial os agentes comunitários de saúde, principais responsáveis por esta tarefa – e as próprias mães.

Cabe aqui uma especulação sobre os motivos desta discrepância. A informação mais confiável deve, em princípio, ser a originada das mães, o que

coloca em cheque as declarações dos profissionais. Mesmo que as mães possam não ter uma percepção exata do momento da visita (ocasionada, por exemplo, pela ansiedade que muitas vezes caracteriza o momento do puerpério), as discordâncias são suficientemente significativas para permitir afirmar que há um erro de avaliação por parte dos profissionais, seja proposital ou não. Este erro poderia ser atribuído, por exemplo, a uma distorção da percepção do momento da visita.

Um dado positivo com relação às visitas domiciliares é que a grande maioria das mães (88,6%) declarou ter sido orientada em relação à amamentação, nesta ocasião, confirmando os relatos das equipes.

A verificação da mamada é uma atividade básica da promoção da amamentação. É o momento que permite a prevenção de problemas nos seios, e a correção de eventuais erros de postura, pega, etc. É fundamental para prover à mãe o apoio necessário nestes primeiros momentos com o bebê (Brasil et al., 1999; Becker, 1999; Souza, 1998). Nos programas pesquisados, esta atividade ficou predominantemente a cargo dos agentes comunitários de saúde, dos quais 65,5% declararam realizá-la. Também aí percebe-se uma discordância, se bem que menor do que a anterior: menos da metade das mães declara ter sido orientada neste sentido.

A diferença volta a se acentuar quando examinamos a declaração dos profissionais das equipes de que ensinam como prevenir e tratar fissuras, dores e ingurgitamento na maioria dos encontros com mães. Cerca de 80% de ambas as categorias profissionais declararam realizar este tipo de orientação, com pequena vantagem para os agentes comunitários de saúde. No entanto, menos da metade das mães declara ter recebido orientação de como colocar o bebê para mamar ou ter sido perguntada sobre problemas na amamentação.

Mais uma vez, as impressões da clientela de mães apontam para uma distorção na percepção dos profissionais de saúde quanto à sua atuação na promoção da amamentação. Isto pode significar que existe uma intencionalidade potencial de realizar as atividades, mas esta não é plenamente transformada em ação. Por outro lado, as atividades estão sendo realizadas, se bem que em um nível abaixo do que poderia ser considerado ótimo.

Nossa pesquisa detectou o escasso contato das equipes com grupos comunitários de apoio à amamentação, um meio efetivo de promover a amamentação (Becker, 1999), o que poderia surpreender em um contexto de proximidade com a comunidade como o do PSF. Mas como afirma Souza (1998, p.37), *“no Brasil existem grupos eficientes de apoio nas principais cidades, mas não há vínculo destes com os hospitais e poucos profissionais sabem como contactá-los”*. Sabe-se também que os grupos comunitários espontâneos são sobretudo iniciativas de mulheres de classe média, e o PSF é implementado prioritariamente em áreas de pobreza. Algumas experiências interessantes de grupos de apoio são desenvolvidas em comunidades empobrecidas, como no Recife (Grupo Origem, 2000), com resultados positivos.

V.4 – RESULTADOS DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: SENSAÇÃO DE APOIO EXPRESSA PELAS MÃES

Uma das maneiras de estudarmos como se traduz nas mães o resultado da atuação dos profissionais das equipes é estudar a sensação, expressa por aquelas, de sentir-se apoiada pela equipe de saúde para amamentar (Oliveira et al., 2001). O apoio à nutriz é hoje considerado uma vertente fundamental da promoção da amamentação. O apoio pode influenciar positivamente a amamentação através de mecanismos fisiológicos, psicológicos e comportamentais (Becker, 1999), Para Souza (1998), *“o suporte à mulher nas primeiras semanas é fundamental para o seu êxito (do aleitamento materno).*

Temos que nos perceber... como cúmplices, no sentido de oferecer o apoio necessário e solicitado pelas mulheres que não obrigatoriamente entendem a maternidade e a amamentação como um ato natural e instintivo” (p.52).

Uma maioria significativa das mães de bebês até seis meses sente-se apoiada pela equipe de saúde para amamentar. Este percentual foi de 83,1% na média dos programas, mas chegou a 95,0% e 96,7% respectivamente, em São Paulo e Vespasiano. Estes dados permitem apontar para o fato de que as mães identificam no Programa de Saúde da Família um recurso que as ajuda na amamentação.

Considerando-se o total de mães entrevistadas nos cinco municípios, o sentimento de apoio para amamentar foi associado significativamente a duas variáveis. A primeira foi a da mãe ter sido ensinada a colocar o bebê para mamar. A segunda variável foi ter recebido ao menos uma visita domiciliar no puerpério. As variáveis que determinam a sensação de apoio não surpreendem, e ressaltam a importância da visita domiciliar e da verificação da mamada com correção de possíveis erros como atividades fundamentais na promoção da amamentação. Ambas podem ser realizadas com uma facilidade privilegiada no contexto do Programa de Saúde da Família.

No questionário das mães, o item que versava sobre a questão do apoio apresentava uma pergunta aberta ao final (você está se sentindo apoiada por este posto a amamentar seu filho? porque?) As respostas abertas demonstraram que, além das variáveis mencionadas, muitas atitudes simples, tais como falar das vantagens da amamentação ou perguntar como anda a amamentação eram suficientes para provocar nas mães esta sensação.

Seria de se esperar que tivéssemos encontrado uma associação significativa entre a sensação de apoio e os índices de aleitamento materno exclusivo. A literatura vem mostrando que o apoio é um fator de grande

importância no prolongamento da duração do aleitamento materno, e programas que trabalham com a questão do apoio às mães vem conseguido promover incrementos nos índices de amamentação exclusiva (Becker, 1999; Oliveira et al., 2001). Nossos índices, no entanto, não sofreram variação significativa quando examinadas apenas as mães que se sentiram apoiadas. Isto pode advir do fato de que as amostragens de mães que não se sentiram apoiadas foram muito pequenas (47 mães, ou 16,7% da amostra). Isto é, como a maioria das mães sentiu-se apoiada, não houve associação entre esta variável e o perfil de aleitamento.

V.5 – SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Com amostragens insuficientes de mães em cada um dos programas pesquisados, nossos dados de perfil de aleitamento materno não são representativos da situação em cada município, nem no conjunto dos municípios pesquisados. Efetivamente, houve pouca correlação entre nossos índices e aqueles fornecidos pela coordenação dos programas ou pelo SIAB-DATASUS. Apenas em São Paulo estes índices foram muito semelhantes. Em Contagem e Paquetá os índices da pesquisa foram superiores, e em Vespasiano e Mauá muito inferiores aos fornecidos pelas coordenações ou pelo SIAB. Também não houve correlação entre o perfil de aleitamento materno e outras categorias pesquisadas neste estudo, nem mesmo com os percentuais de apoio, como mencionado na seção anterior..

No entanto, chamou nossa atenção a dissonância entre os dados fornecidos pelos programas e pelo SIAB – isto é, recolhidos pelos agentes comunitários de saúde - e os dados da literatura recente. O maior índice de aleitamento materno exclusivo obtido em pesquisas sobre o tema no Brasil é de 46,3%, obtido em Florianópolis pelo estudo de Kitoko et al.(2000). O menor índice apresentado pelo SIAB é o de 50,2% para Contagem, no ano 2000. Alguns índices são mesmo bastante improváveis, como o de 82,2% de aleitamento materno exclusivo no município de Mauá, no ano 2000.

Partindo do pressuposto da confiabilidade das pesquisas mencionadas na seção IV.7.5, todas com sólidas bases metodológicas, esta discrepância poderia se explicar de duas maneiras. A primeira é a de que nas áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família houvesse uma promoção da amamentação de tal qualidade que mesmo tendências histórico-culturais do aleitamento materno estivessem sendo superadas, e os índices estivessem atingindo níveis sem precedentes. Esta hipótese pode ser parcialmente verdadeira – o que poderia ser comprovado por estudos específicos – mas certamente não bastaria para justificar índices tão discordantes. O que parece haver, ao menos também, é uma tendência a sobrenotificar o aleitamento materno exclusivo aos quatro meses. Possíveis razões deste viés são a falta de rigor na definição de aleitamento materno exclusivo, e o fato do dado ser colhido pelos agentes comunitários de saúde, e servir como um critério de avaliação de seu próprio desempenho.

CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES

Levando em consideração as limitações apontadas no início do capítulo anterior, podemos levantar algumas questões na finalização deste trabalho.

Nossa avaliação de processo enfocando o trabalho do Programa de Saúde da Família nos municípios pesquisados indica que existe algum grau de investimento dos programas municipais no treinamento em amamentação; que os profissionais das equipes encontram-se num razoável nível de preparação técnica para realizar a promoção da amamentação; e que estão envolvidos, em sua maioria, nas atividades relevantes deste campo. No entanto, apesar de não termos detectado erros grosseiros na sua atuação, esta parece ser menos abrangente do que deveria ser; deixa de atingir um número significativo de mães; e se dá, muitas vezes, em um momento menos oportuno do que o ideal.

Como dissemos no capítulo anterior, parece haver uma intencionalidade potencial de realizar as atividades, mas sua transformação em ação poderia ocorrer de forma mais efetiva e abrangente. É também interessante a discrepância de percepção entre profissionais – em especial os agentes comunitários de saúde - e mães com relação a certas atividades e ao momento em que ocorrem, parecendo indicar uma distorção de percepção da parte dos profissionais..

Os altos percentuais de sensação de apoio expresso pelas mães, e a associação desta sensação com as variáveis de visita domiciliar e da mãe ter sido ensinada a amamentar são dados muito significativos que emergem deste estudo. O Programa de Saúde da Família, promovendo a proximidade e a responsabilização da equipe para com a comunidade atendida, e tendo à sua disposição os agentes comunitários de saúde, apresenta-se como locus ideal para a execução destas atividades. Estes achados são eloqüentes no que se refere à

importância que o Programa de Saúde da Família pode vir a ter na promoção da amamentação em nosso país.

Algumas das recomendações para os gestores do PSF e para aqueles que trabalham com promoção da amamentação, que poderiam ser elaboradas a partir de nossos achados, incluem:

- Aprimorar o treinamento das equipes de Saúde da Família no campo da amamentação;
- Capacitar as equipes nos procedimentos mais efetivos do manejo clínico da amamentação;
- Desenvolver mecanismos para incrementar a precocidade e efetividade das primeiras visitas domiciliares à puérpera, aproveitando as especificidades do programa e o trabalho dos agentes comunitários de saúde;
- Promover o contato da equipe de Saúde da Família com grupos comunitários de apoio à amamentação.

Estas seriam as conclusões que nos permitimos apresentar com relação à promoção da amamentação no contexto do Programa de Saúde da Família. Elas apontam na direção de um trabalho que vem sendo operacionalizado e executado com alguma efetividade, que pode ser muito ampliada se forem tomados certos cuidados na atuação das equipes, e em especial, se forem melhor aproveitadas as especificidades do programa e as oportunidades que elas oferecem.

No que se refere à questão maior da promoção da saúde no Programa de Saúde da Família, podemos concluir que nossa condição traçadora não aponta na direção negativa: não se pode dizer, a partir dos dados recolhidos nesta pesquisa, que há indicações de que o Programa de Saúde da Família não esteja trabalhando a promoção da saúde, ou que o esteja fazendo de forma predominantemente inadequada.

Nossos achados poderiam, na verdade, apontar para uma tendência oposta, de que existe uma preocupação e algum grau de implementação da promoção da saúde nos municípios pesquisados. Ao buscarmos, no contexto da pesquisa, informações sobre outras atividades de promoção da saúde nos programas municipais, nos deparamos com uma surpreendente riqueza de iniciativas neste campo em todos os municípios pesquisados (v. seção IV.5). Estes achados, somados aos resultados da pesquisa na área da promoção da amamentação, indicam tendências favoráveis no que se refere à implementação da promoção da saúde no contexto do Programa de Saúde da Família nestes locais. Esta bem pode ser uma condição que se reproduza em outros locais do país, mesmo em condições menos favoráveis.

CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção deste trabalho foi, desde seu início, revelar alguns indícios sobre a questão da promoção da saúde no Programa de Saúde da Família, utilizando-se da promoção da amamentação como uma ferramenta de análise. Esperamos estar desta forma contribuindo para mobilizar profissionais e estruturas envolvidas no PSF para uma reflexão sobre a situação da promoção da saúde, um de seus elementos definidores, na sua prática diária, e trazendo subsídios para trabalhos futuros que visem a sistematização de avaliações relativas a estas questões.

A reflexão acerca da observância dos princípios básicos do programa é uma tarefa que importa para sua própria continuidade e crescimento, se desejamos preservá-lo em sua proposta original e relevante de contribuir para a reforma do modelo assistencial.

Da mesma forma, esperamos ter provocado igualmente uma reflexão, agora no campo da promoção da amamentação, sobre a utilização do grande potencial representado pelo Programa de Saúde da Família para esta atividade.

Mesmo em se considerando as tendências positivas encontradas, correções de rumo podem e devem ser feitas. Seja para promover a amamentação, seja para promover a saúde em suas inúmeras outras possibilidades, é necessário que se forneça às equipes o instrumental necessário: tempo disponível; treinamento adequado; ferramentas metodológicas; e apoio dos gestores do programa.

A proximidade de origens e identidade entre o Programa de Saúde da Família e o campo da Promoção da Saúde foi bem demonstrada aqui. O PSF é um espaço privilegiado para as ações de promoção da saúde. Esta hipótese vem se confirmando na prática em diversas oportunidades por todo o país. Por

exemplo, o Ministério da Saúde recentemente veiculou informações dando conta de que o programa Municípios Saudáveis obtém resultados mais significativos em municípios onde o Programa de Saúde da Família está implantado (Terra, 2000). As equipes são atores indispensáveis a este programa da promoção da saúde.

A breve “viagem” através do Programa de Saúde da Família que a pesquisa de campo nos possibilitou, as leituras relacionadas a este trabalho, e as discussões que vimos acompanhando nos proporcionaram uma reflexão final: através da proximidade e do vínculo de responsabilidade que sua operacionalização promove entre equipes de saúde e comunidades, o Programa de Saúde da Família vem provocando profundas mudanças nas relações entre prestadores e assistidos em nosso país. Vem instaurando-se aí um paradigma de cuidado. Os profissionais de saúde percebem de muito perto a realidade dura da vida nas comunidades empobrecidas, e tendo que necessariamente lidar com os problemas suscitados por estas condições, procuram soluções. Certamente não a encontram no nível da assistência. A Promoção da Saúde aparece então como o campo que, por excelência, promove a reflexão e a incorporação de ferramentas que permitem ao profissional lidar com estas questões, de natureza essencialmente intersetorial.

Segundo Boff (1999, p. 190), *“o cuidado faz surgir o ser humano complexo, sensível, solidário, cordial, conectado com todos.... sem o cuidado, que resgata a dignidade da humanidade condenada à exclusão, não se inaugurará um novo paradigma de convivência”*.

É o que se pode esperar da conjunção das potencialidades oferecidas pela plena utilização da Promoção da Saúde no Programa de Saúde da Família: que o profissional de saúde se perceba numa relação de cuidado com sua clientela, com as comunidades e indivíduos que necessitam de sua atenção. E que possa efetivamente contribuir para que estas comunidades possam conquistar uma vida mais saudável e de melhor qualidade.

Bibliografia

ALMEIDA, J. A. G.,1998. *Amamentação – repensando o paradigma*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

BECKER, D., 1997. *Programa de Saúde da Família – Ilha de Paquetá, Rio de Janeiro. Relatório de Atividades e Avaliação: Janeiro de 1996 a Março de 1997*. Convênio Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Centro de Desenvolvimento e Apoio a Programas de Saúde (mimeo).

BECKER, D., 1996. *Programa de Atenção Primária à Saúde das comunidades de Vila Canoas e Vila Parque da Cidade*. Rio de Janeiro: Centro de Desenvolvimento e Apoio a Programas de Saúde (mimeo).

BECKER, G., 1999. Breastfeeding Support and Counseling – a review of the literature. Geneva: personal communication (Draft Version for WHO – aguardando publicação).

BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar da Família no Brasil),1996. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* . Rio de Janeiro: Fundo das Nações Unidas para a Infância.

BOFF, L., 1999. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Editora Vozes.

BRASIL, C.L.P.; TAVARES, E.L.; RUGANI, I.; GOMES, M. A. M., 1999. *Situação do Aleitamento Materno no município do Rio de Janeiro / 1996 e 1998*. Saúde em Foco, ano VIII, no. 18, julho de 1999, p.22-25. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Saúde Coletiva.

BUSS, P. M. (coord. e editor), 1998. *Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

CALIFE, K. B. B.; GEORGETTI, J. A.; DIAS O., 1999. *Programa de Saúde da Família de Mauá – SP*. Prefeitura Municipal de Mauá – Secretaria de Saúde (mimeo).

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (CPHA), 1996. *Focus on Health: Public Health on Health Services Restructuring*. Ottawa: CPHA, Board of Directors, Issue Paper.

CARVALHO, A. I., 1996. *Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade*. *Ciência e Saúde Coletiva* 1; (1):.

CARVALHO, M. R., 1998. *10 passos para uma unidade básica de saúde amiga da amamentação*. Aleitamento 24 horas: página da Internet. URL: <http://www.aleitamento.med.br/10pasub.htm>

CORBO, A. A. ; MINISTRO, E., 1999. *Relatório Anual do Programa de Saúde da Família em Paquetá, 1999*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde (mimeo).

CORDEIRO, H., 1996. *O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS*. *Cadernos Saúde da Família*, ano 1, n.º 1, p.13-18. Brasília: Ministério da Saúde

CUNHA, J. P. P., 1996. *Camaragibe: Cortando o mal pela raiz*. *Cadernos Saúde da Família*, ano 1, n.º 1, p.19-26. Brasília: Ministério da Saúde.

CUNHA, J. P. P., 1999. *Mauá – o amor faz a diferença*. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, ano 1, n.º 1, p.30-39. Brasília: Ministério da Saúde.

CUNHA, J. P. P., 1999. *Contagem – todos os sentidos da liberdade*. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano 1, n.º 1, p.12-21. Brasília: Ministério da Saúde.

DATASUS, 2000. Página na Internet. URL: <http://www.datasus.gov.br>.

FERRAZ, S. T., 1993. *Estratégia para adoção de “Cidades Saudáveis” no Brasil*. S/local: (mimeo)

FERRAZ, S. T., 1996. *Bases Conceituais de Promoção da Saúde – Brasília: OPS* (mimeo).

GRUPO ORIGEM, 2000. Amamentação on-line: página na Internet. URL: <http://www.aleitamento.org.br/dados.htm>;
<http://www.aleitamento.org.br/dados2.htm>.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997. *Projeto Qualidade Integral em Saúde*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde. (brochura).

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1999. *Implantação e Desenvolvimento do PSF / Qualis – Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde. (brochura).

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J., 1973 *Assessing Health Quality – the Case for Tracers*. N Engl J Med 288, 4: 189-194.

KITOKO, P.M.; RÉA, M. F.; VENANCIO, S. I.; VASCONCELOS, A.C.C.P.; SANTOS, E.K.A.; MONTEIRO, C.A., 2000. *Situação do Aleitamento Materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada*. Cadernos de Saúde Pública 16, 4: 1111 – 1119.

LALONDE, M., 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada.

LAWRENCE, R. A., 1980. *Breastfeeding – a guide for the medical profession*. St Louis: The C. V. Mosby Company.

LEAVELL, H; CLARK, E.G., 1965. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York: MacGraw –Hill

LENNON, I. & LEWIS, B.R., 1987. *Effects of early complementary feeds on lactation failure*. *Breastfeeding review* 11: 24-256.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G., 1996. *Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado*. *Cadernos Saúde da Família*, ano 1, n.º 1, p.5-12. Brasília: Ministério da Saúde.

MACHADO, M. H. (coordenadora), 2000. *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil – Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde.

MACKEOWN, T., 1976. *The role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

MENDES, E. V., 1998. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco.

MENDES, E. V., 1995. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO.

MS (Ministério da Saúde), sem data: *Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde*. Brasília (mimeo).

MS (Ministério da Saúde), 1986. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. Brasília.

MS (Ministério da Saúde), 1991 (data presumida): *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Questionário de Auto-Avaliação de Hospitais*. Coordenadoria de Saúde Materno-Infantil; Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, OPS, UNICEF.

MS (Ministério da Saúde), 1994. *Saúde dentro de casa. Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde - Fundação Nacional da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 1995 (data presumida). *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvaall, Declaração de Bogotá* – Brasília (mimeo).

MS (Ministério da Saúde), 1996. *Norma Operacional Básica do SUS 01/96*. Brasília: *Diário Oficial da União*, 6 de novembro, 1996.

MS (Ministério da Saúde), 1997. *Saúde em Família: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade.

MS (Ministério da Saúde), 1997. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, julho/1997.

MS (Ministério da Saúde), 1999. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, julho/1997.

MS (Ministério da Saúde), 2000. Página do Ministério da Saúde na Internet. URL: www.saude.gov.br.

MS (Ministério da Saúde), 2000. *Entrevista/José Serra*. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano 1, n.º 1, p. 5. Brasília: Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 2000. *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção Básica.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B.; TEDSTONE, A.E., 2001. *Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of pre- and post-natal interventions* (não publicado).

OPAS (Organização Panamericana de Saúde)/OMS (Organização Mundial da Saúde), 1998. *A Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS/OMS – Escritório de Representação no Brasil.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2000. *1ª Mostra de Saúde da Família – Os Impactos da Mudança* (resumo dos trabalhos inscritos). Contagem: Secretaria Municipal de Saúde.

RIGHARD L. & ALADE M.A., 1992. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 19(4),185-189.

SAMPAIO, L. F. R., 2000. *Saúde da família – uma estratégia viável*. Revista de Saúde da Família de Contagem, s/ número , p. 4 – 8. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONTAGEM, 2000. *Avaliação dos serviços de saúde de Contagem e o Programa de Saúde da Família*. Revista de Saúde da Família de Contagem, s/ número , p. 22 – 23. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde.

SERRA, J., 2000. *A porta do debate está aberta*. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano 1, n.º 2, p.03. Brasília: Ministério da Saúde.

SIGERIST, H. E., 1946. *The University at the crossroads*. New York: Henry Schumann Publishers.

SILVA JR., A. G., 1996. *Modelos Tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, ENSP, Tese de Doutorado (mimeo).

SOUZA, L. M. B. M., 1998. *Promoção, proteção e apoio. Apoio? – Representações sociais em aleitamento materno*. Rio de Janeiro, IFF – FIOCRUZ/Ministério da Saúde Dissertação de Mestrado (mimeo).

SOUZA, H. M., 1999. *O futuro tecido no presente*. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano 1, n.º 1, p.7-9. Brasília: Ministério da Saúde.

SOUZA, H. M., 1999. *A população em primeiro lugar*. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano 1, n.º 1, p.4. Brasília: Ministério da Saúde.

SOUZA, H. M., 2000. Prefácio, Treinamento Introdutório. Cadernos de Atenção Básica, Programa de Saúde da Família, Caderno 2. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

TERRA, O., 2000. Programa Comunidade Ativa. Revista de Promoção da Saúde, ano 2, n.º 3, p.35-41. Brasília, Ministério da Saúde.

TERRIS, M., 1992. *Conceptos sobre Promoción de la Salud – Dualidades en la Teoria de la Salud Publica*. Washington, OPAS/OMS

THOROGOOD, M.; COOMBES, Y., 2000. *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods*. London, Oxford University Press.

TRAVASSOS, C. M. R., 1985. *Tracer studies – a discussion of the method and of its application to health care evaluation in Brazil*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Dissertação de Mestrado (mimeo).

TUNES, S., 1997. *Está de volta o médico de família*. Globo Ciência, Julho de 1997, p. 38-42. São Paulo: Editora Globo.

VERRONEN, P., 1982. *Breastfeeding: reasons for giving up and transient lactational crises*. Acta Paediatr Scand, 71: 447-450.

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A. P.; LABBOK, M., 1996. *Manejo Clínico da Lactação – Assistência à Nutriz e ao Lactente*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R., 1998: *Reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família: informe final*. IMS/UERJ: Série Estudos em Saúde Coletiva, n.166.

WHO (World Health Organization), 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

WHO (World Health Organization), 1989. *Promoting, protecting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, World Health Organization.

WHO (World Health Organization), 1997. *Improving Child Health – IMCI: the integrated approach*. Geneva: World Health Organization, Division of Child Health and Development.

WHO (World Health Organization), 1997. *Indicators for Assessing Breastfeeding Practices*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization), 1998. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: World Health Organization, Division of Child Health and Development.

ANEXOS

ANEXO I

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

PESQUISA: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AMAMENTAÇÃO

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS:

Prezado colega,

Você está recebendo um questionário referente a uma pesquisa sobre o Programa de Saúde da Família, parte de uma dissertação de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública. A pesquisa visa avaliar alguns aspectos do programa, em especial no que se refere a promoção da amamentação.

Estes questionários não pretendem avaliar o seu trabalho pessoal, ou o de sua equipe. Note que eles são totalmente anônimos. Os dados serão utilizados numa análise de conjunto de diversas experiências do PSF.

O preenchimento deste questionário não é obrigatório. Mas suas respostas pessoais são extremamente importantes para este trabalho, e para a sua contribuição à saúde pública. Pedimos que você responda com franqueza e objetividade a todas as perguntas.

Agradecemos de coração o tempo que você dedicará a esta colaboração. Como membros de uma equipe do Programa de Saúde da Família, sabemos que tempo é um capital precioso para nós. Estaremos em alguns meses remetendo-lhe os resultados desta análise, que esperamos, será útil para sua equipe e comunidade.

Comece a preencher no número 1. Ao terminar, entregue o questionário à pessoa responsável. Mais uma vez obrigado e bom trabalho,

Daniel Becker

QUESTIONÁRIO NO. : _____

PROGRAMA NO. : _____

1- Sexo M () F ()

2 – Profissão ou Especialidade de Origem:

Enfermeiro(a) ()

Pediatra ()

Clínico Geral ()

Gineco-Obstetra ()

Generalista / de Família ()

Sanitarista ()

Outras () Especificar: _____

3 - Idade () anos

4 -Tem filhos (S) Quantos? ()
(N)

5 - Seus filhos foram amamentados? (S) (N)

6 - Em caso positivo, até quantos meses o Leite Materno foi o único alimento do bebê?

1º Filho: () meses

2º Filho: () meses

3º Filho: () meses

7 - Há quanto tempo trabalha na equipe? () meses

8 – Aproximadamente quantos pacientes você atende em média por turno de consultas?

()

se você não realiza consultas, assinale aqui ()

9 - Você fez algum treinamento ou curso em amamentação? () Nunca () 1 vez () 2 vezes () pelo menos 3 vezes

10 – Qual a duração aproximada do maior treinamento? (horas)

12 - Quanto tempo dura sua consulta típica de

pré-natal? (min)

puericultura? (min)

se você não realiza consultas, assinale aqui ()

13 - Qual o seu horário de entrada e saída em um turno matutino típico?

Entrada: ()

Saída: ()

14 - Em suas consultas de pré-natal, você fala alguma vez de vantagens e/ou da importância da amamentação?

() Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

15 - Você orienta a gestante prestes a dar à luz no que se refere à amamentação? ()

Em quase todos os encontros

() Em alguns encontros

() Muito raramente

Em suas consultas de puericultura (crianças até 6 meses), você:

➤ 16 - Fala das vantagens e da importância da amamentação?

() Na maioria das consultas

() Eventualmente

() Nunca ou muito raramente

➤ 17 - Pergunta como anda a amamentação?

() Na maioria das consultas

() Eventualmente

() Nunca ou muito raramente

- 18 - Verifica uma mamada do bebê?
 - () Na maioria das consultas
 - () Eventualmente
 - () Nunca ou muito raramente
- 19 - Ensina como prevenir ou lidar com fissuras, dor ou ingurgitamento?
 - () Na maioria das consultas
 - () Eventualmente
 - () Nunca ou muito raramente

20 - Liste três vantagens da amamentação para a mãe ou para o bebê:

1 _____

2 _____

3 _____

21 - Liste três aspectos importantes a serem verificados na mamada (posicionamento do bebê e da mãe, pega, etc.) para uma boa amamentação:

1 _____

2 _____

3 _____

22 - Liste 2 sugestões que você faria para uma mãe com seios ingurgitados ou com fissuras no bico:

1 _____

2

Assinale com V para verdadeiro ou F para falso:

23. () É importante lavar o bico dos seios com água e sabão após cada mamada
24. () É importante trocar de seio após cerca de 10 minutos de início da mamada, para que o bebê mame os dois seios
25. () O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação
26. () Em caso de ingurgitamento, é importante massagear o seio antes da mamada, e fazer compressas geladas após
27. () Se não houver apojadura até 3 dias após o parto, é necessário iniciar complementação
28. () A exposição à luz do sol é benéfica para o seio
29. () O bebê deve ser amamentado com regularidade: de 2 em 2 horas na primeira semana e de 3 em 3 horas daí em diante
30. () Se houver diminuição da produção de leite, e o bebê der mostras de que está com fome, deve-se começar imediatamente a complementação
31. () A composição do leite varia ao longo da mamada em um seio, isto é, o leite inicial é diferente do leite final
32. () O sucesso da amamentação depende apenas da relação mãe-bebê, não influenciada pela participação dos familiares ou por valores culturais

33 - Você participa de atividades educativas em grupo?

Grupo de Gestantes (pré-natal) (S) (N)

Grupo de Puericultura (S) (N)

34 - Nestas atividades as mães e gestantes são orientadas sobre amamentação?

- () Em quase todos os encontros
- () Em alguns encontros
- () Muito raramente

35 - As gestantes que deram à luz voltam ao grupo com os bebês?

- () algumas
- () quase todas
- () quase nenhuma

36 - As mães que estão amamentando trocam informações e dicas entre si sobre o assunto?

- () Em quase todos os encontros

- Em alguns encontros
- Muito raramente

37 - Você participa de visitas domiciliares à puérperas?

- não participo deste tipo de atividade
- Frequentemente
- Eventualmente
- Nunca ou muito raramente

38 - Nestas atividades as mães são orientadas sobre amamentação?

- não participo deste tipo de atividade
- Em quase todos os encontros
- Em alguns encontros
- Muito raramente

39 – Em geral, com que idade estão os bebês quando você faz a primeira visita domiciliar após o nascimento?

- até 3 dias
- até 7 dias
- até 15 dias
- até 30 dias
- mais que 30 dias
- não participo deste tipo de atividade

40 – Nestas visitas você costuma verificar a mamada e corrigir os possíveis erros?

- Em quase todas as visitas
- Em algumas visitas encontros
- Muito raramente
- não participo deste tipo de atividade

41 - Você se considera capacitado(a) para observar uma mamada e orientar a mãe para melhorar a técnica?

- sim
- não

42 – Em suas atividades de supervisão dos agentes comunitários de saúde, você costuma orientá-los sobre amamentação?

não participo deste tipo de atividade

Em quase todos os encontros

Em alguns encontros

Muito raramente

43 – Que questões você aborda nestas ocasiões?

não participo deste tipo de atividade

- técnicas da amamentação sim não

- importância / vantagens da amamentação sim não

- prevenção e solução para dificuldades na amamentação sim não

- outros sim não. Por favor, especifique:

44 – Você tem contato com grupos comunitários de apoio à amamentação?

sim

não

45 - Se tem contato, encaminha mães que amamentam para estes grupos?

sim

não

Muito obrigado pelo seu tempo e dedicação.

ANEXO II

QUETIONÁRIO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PESQUISA: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AMAMENTAÇÃO
QUESTIONÁRIO PARA O AGENTE DE SAÚDE:

Prezado colega,

Você está recebendo um questionário referente a uma pesquisa sobre o Programa de Saúde da Família, parte de uma tese de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública. A pesquisa visa avaliar alguns aspectos do programa, em especial no que se refere a promoção da amamentação.

Estes questionários não pretendem avaliar o seu trabalho pessoal, ou o de sua equipe. Note que eles são totalmente anônimos. Os dados serão utilizados numa análise de conjunto de diversas experiências do PSF.

O preenchimento deste questionário não é obrigatório. Mas suas respostas pessoais são extremamente importantes para este trabalho, e para a sua contribuição à saúde pública. Pedimos que você responda com franqueza e objetividade a todas as perguntas.

Agradecemos de coração o tempo que você dedicará a esta colaboração. Como membros de uma equipe do Programa de Saúde da Família, sabemos que tempo é um capital precioso para nós. Estaremos em alguns meses remetendo-lhe os resultados desta análise, que esperamos, será útil para sua equipe e comunidade.

Comece a preencher no número 1. Ao terminar, entregue o questionário à pessoa responsável. Mais uma vez obrigado e bom trabalho,

Daniel Becker

QUESTIONÁRIO NO. _____

PROGRAMA: _____

1- Sexo M () F ()

2 - Idade () anos

3 -Tem filhos (S) (N)
Quantos? ()

4 - Seus filhos foram amamentados? (S) (N)

5 - Em caso positivo, até quantos meses o Leite Materno foi o **único** alimento do bebê?

1º Filho: () meses

2º Filho: () meses

3º Filho: () meses

6 - Há quanto tempo trabalha na equipe? () meses

7 - Você fez algum treinamento ou curso em amamentação? () Nunca () 1 vez () 2 vezes () pelo menos 3 vezes

8 – Qual a duração aproximada do maior treinamento? () horas

9 – Como você faz para descobrir uma mulher grávida na comunidade?
 () Você não se preocupa em descobrir, espera que ela procure o serviço;
 () Você se preocupa com a questão

Se você se preocupa, como faz para chegar a ela?

Descobre pelo Teste de gravidez na unidade Sim () Não ()

Descobre por conversas informais Sim () Não ()

Pergunta em suas visitas domiciliares Sim () Não ()

Você lembra de outras maneiras? Por favor, descreva:

10 - Como você faz para descobrir uma mulher que acabou de ter um filho e já voltou à comunidade?

() Você não se preocupa em descobrir, espera que ela procure o serviço;

() Você se preocupa com a questão.

Se você se preocupa, como faz para chegar a ela?

Pergunta em suas visitas domiciliares Sim () Não ()

Pede a família para avisar Sim () Não ()

Entra em contato com a maternidade Sim () Não ()

Você lembra de outras maneiras? Por favor, descreva:

11- Você faz visitas domiciliares à puérperas (mães de recém-nascidos) que já voltaram da maternidade?

() Na maioria das vezes

() Às vezes

() Nunca ou muito raramente

12 – Em geral, com que idade estão os bebês quando você faz a primeira visita domiciliar após o nascimento?

() até 3 dias

() até 7 dias

() até 15 dias

() até 30 dias

() mais que 30 dias

13 – Nesta primeira visita domiciliar à mãe de recém-nascido, você as orienta sobre amamentação?

- () Em quase todos os encontros
 () Em alguns encontros
 () Muito raramente

14 - Em suas conversas com mulheres grávidas, você fala das vantagens e da importância da amamentação?

- () Na maioria das vezes
 () Às vezes
 () Nunca ou muito raramente

15 - Você orienta a gestante prestes a dar a luz no que se refere à amamentação?

- () Na maioria das vezes
 () Às vezes
 () Nunca ou muito raramente

Em seus encontros com mães de crianças até 6 meses você:

- 16 - Fala das vantagens e da importância da amamentação?
 Na maioria das vezes ()
 Às vezes ()
 Nunca ou muito raramente ()
- 17 - Pergunta como anda a amamentação?
 Na maioria das vezes ()
 Às vezes ()
 Nunca ou muito raramente ()
- 18 - Verifica uma mamada do bebê e corrige os possíveis erros?
 Na maioria das vezes ()
 Às vezes ()
 Nunca ou muito raramente ()
- 19 - Ensina como prevenir ou tratar as fissuras, dores ou o ingurgitamento?
 Na maioria das vezes ()
 Às vezes ()
 Nunca ou muito raramente ()

20 - Liste 3 vantagens da amamentação para a mãe ou para o bebê:

1 _____

2 _____

3 _____

21 - Liste três aspectos importantes a serem verificados na mamada (posicionamento do bebê e da mãe, pega, etc.) para uma boa amamentação:

1 _____

2 _____

3 _____

22 – Você se considera capacitado(a) para observar uma mamada e orientar a mãe para melhorar a técnica?

() sim

() não

23 - Liste 2 sugestões que você faria para uma mãe com seios ingurgitados ou com fissuras no bico:

Assinale com V para verdadeiro ou F para falso:

24. () É importante lavar o bico dos seios com água e sabão após cada mamada

25. () É importante trocar de seio após cerca de 10 minutos de início da mamada, para que o bebê mame os dois seios

26. () O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação

27. () Em caso de ingurgitamento, é importante massagear o seio antes da mamada, e fazer compressas geladas após
28. () Se não houver apojadura até 3 dias após o parto, é necessário iniciar complementação
29. () A exposição à luz do sol é benéfica para o seio
30. () O bebê deve ser amamentado com regularidade: de 2 em 2 horas na primeira semana e de 3 em 3 horas daí em diante
31. () Se houver diminuição da produção de leite, e o bebê der mostras de que está com fome, deve-se começar imediatamente a complementação
32. () A composição do leite varia ao longo da mamada em um seio, isto é, o leite inicial é diferente do leite final
33. () O sucesso da amamentação depende apenas da relação mãe-bebê, não é influenciada pela participação dos familiares ou por valores culturais
- 34 -- Você participa de atividades educativas em grupo?
Grupo de Gestantes (pré-natal) (S) (N)
Grupo de Puericultura (S) (N)
- 35 - Nestas atividades as mães e gestantes são orientadas sobre amamentação?
() Em quase todos os encontros
() Em alguns encontros
() Muito raramente
- 36 - As gestantes que deram à luz voltam ao grupo com os bebês?
() quase todas
() algumas
() quase nenhuma
- 37 - As mães que estão amamentando trocam informações e dicas entre si sobre o assunto?
() Em quase todos os encontros
() Em alguns encontros
() Muito raramente
- 38 - Nestas atividades as mães são orientadas sobre amamentação?
() Em quase todos os encontros
() Em alguns encontros
() Muito raramente
- 39 – Em suas atividades de supervisão com os enfermeiros ou outros membros da equipe, você costuma receber orientação sobre amamentação?
() Não tenho atividade de supervisão
() Em muitos encontros

- Em alguns encontros
- Nunca ou muito raramente

40 – Que questões são abordadas nestas ocasiões?

- Não tenho atividade de supervisão
- técnicas da amamentação Sim () Não ()
- importância / vantagens da amamentação Sim () Não ()
- problemas e dificuldades na amamentação Sim () Não ()
- outros. Por favor, especifique:

41 – Você tem contato com grupos comunitários de apoio à amamentação?

- sim
- não

42 - Se tem contato, encaminha mães que amamentam para estes grupos?

- sim
- não

Como?

Muito obrigado pelo seu tempo e dedicação.

ANEXO III

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM MÃES DE BEBÊS ATÉ SEIS MESES DE IDADE

Pesquisa: Programa de Saúde da Família e Amamentação
ENTREVISTA COM MÃES DE CRIANÇAS ATÉ 6 MESES DE IDADE:

QUESTIONÁRIO NO. _____
PROGRAMA NO.: _____

1-Seu bebê está com que idade?
() meses

2-Você o amamenta?
(S) (N)

3-Está tomando mais algum alimento?
(S) (N)

4- O que?
() Água ou chás
() outro leite
() outro alimento Especifique: _____

5-Você fez o pré-natal nesta unidade de saúde?
(S) (N)

6-Alguém neste posto já conversou com você sobre amamentação
Em grupo? (S) (N)

Em consulta? (S) (N)

7-Quais profissionais falaram com você sobre amamentação?
() Médico
() Enfermeira
() Agente de saúde
() Outro Profissional Qual? _____
() Não sabe identificar

8-Você pode me dizer duas vantagens de amamentar?

9-Alguém neste posto lhe ensinou como botar o bebê para mamar?
(S) (N)
() Médico
() Enfermeira

- () Agente de saúde
 () Outro Profissional Qual? _____
 () Não sabe identificar

10-Alguém lhe perguntou se estava tendo algum problema para amamentar?

- (S) (N)
 () Médico
 () Enfermeira
 () Agente de saúde
 () Outro Profissional Qual? _____
 () Não sabe identificar

11-Alguém do posto lhe recomendou dar algum outro alimento para seu filho antes dos 6 meses de idade? (S) (N)

12 - Qual alimento? Água ou chás () outro leite () Outro alimento ()

13 - Quem recomendou?

- () Médico
 () Enfermeira
 () Agente de saúde
 () Outro Profissional Qual? _____
 () Não sabe identificar

14 -Você foi visitada em casa depois que o bebê nasceu?

Por quem?

- () Médico
 () Enfermeira
 () Agente de saúde
 () Outro Profissional Qual? _____
 () Não sabe identificar

15 - Que idade tinha o bebê na primeira visita?

- () Até 7 dias () Até 15 dias () Até um mês () Até 2 meses ()
) Mais de 2 meses

16 - Você recebeu orientação sobre a amamentação nesta visita?

- (S)
 (N)

17-Você está se sentindo apoiada por este posto a amamentar seu filho?

- (S)
 (N)

Porque? _____

Agradecer à mãe pela sua participação.