

MARIA CRISTINA HEINZLE DA SILVA MACHADO

**IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO DIRIGIDA À CAPACITAÇÃO
DE AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE EM ALEITAMENTO
MATERNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional - da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática de Enfermagem.

Orientadora: Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Co-orientadora: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Botucatu
2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Machado, Maria Cristina Heinzle da Silva.

Impacto de uma intervenção dirigida à capacitação de agentes comunitários da saúde em aleitamento materno / Maria Cristina Heinzle da Silva Machado. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Co-orientadora: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Assunto CAPES: 40400000

1. Aleitamento materno 2. Agente comunitário de Saúde 3. Enfermagem de saúde publica

CDD 610.7306

Palavras-chave: Agente comunitário da Saúde; Aleitamento materno; Capacitação em serviço; Estudos de intervenção

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA CRISTINA HEINZLE DA SILVA MACHADO

Impacto de uma intervenção dirigida à capacitação de agentes comunitários da saúde em aleitamento materno

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional - da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Prática de Enfermagem.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Adjunta _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória



À Ana Beatriz Heinzle Machado, minha filha querida, a alegria e vivacidade de sua existência me ajudaram a refletir sobre o tema que escolhi para pesquisar. Apesar de ter apenas cinco anos, você demonstrou amor e muita paciência para dividir o tempo da mamãe com este trabalho.

À Rebeca Heinzle Machado, meu querido bebê, que iniciou esta jornada comigo, assistindo dentro do meu ventre, aos seis primeiros meses de construção deste trabalho, mas que partiu, por ter Deus a amado tanto, que preferiu que ela estivesse junto Dele.

Ao Paulo, amor de uma vida inteira, companheiro de todas as horas, inspiração e força para o meu trabalho e cúmplice nos momentos mais difíceis que passamos nestes dois anos, pela confiança, apoio e compreensão e pela ajuda nas atividades familiares.

À minha preciosa mãe Mariá, pelo apoio, carinho e compreensão nos momentos de dificuldade, por me ajudar com a Ana Beatriz e por, juntamente com meu pai Daniel, ter me ensinado a confiar em Deus.

Ao meu pai Daniel (in memoriam) que me ensinou desde cedo a gostar de ler e por sempre acreditar em mim, valorizando meu trabalho incondicionalmente.

Ao meu irmão Marcos, pelo apoio, interesse e incentivo nos momentos difíceis e pela ajuda e paciência em algumas tarefas no computador.

Que venham os bons momentos a nos compensar!

Agradecimento Especial



*À Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes,
minha orientadora, por ter acreditado em mim no
nosso primeiro encontro, aceitando-me como sua
orientanda, possibilitando minha trajetória de
pesquisa no mestrado e a abertura de novos
desafios profissionais. Pela paciência e incentivo
diante das dificuldades. Jamais esquecerei tudo que
fizemos juntas.*

Agradecimentos



À minha co-orientadora, **Vera Lúcia Pamplona Tonete**, pelas contribuições técnicas, apoio, carinho e compreensão na construção deste trabalho. Pela paciência e bom humor nos momentos de discussão e reflexão.

À **Juliana da Silva Oliveira**, dedicada parceira, pela imensa boa vontade, disponibilidade e dedicação nas entrevistas com os Agentes Comunitários da Saúde.

À **Sharlene Otto Ungria** pela alegria e disposição imediata para terminar as entrevistas com os Agentes.

À professora adjunta, **Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada**, pelas sugestões e incentivo e pelas valiosas contribuições ao longo deste trabalho.

Ao **prof. José Eduardo Corrente** do Departamento de Estatística, pela paciência e bom humor quando me ajudava a desbravar o programa excel e outros desafios da informática, além de me ajudar nos cálculos estatísticos.

À **Cássia Maria Manoel** (enfermeira e conselheira em aleitamento materno), **Patricia Kelly Silvestre** (enfermeira responsável pelo Banco de Leite Humano de Botucatu), **Ana Lúcia Forte Luque** (enfermeira e conselheira em amamentação), **Renata Aparecida de Moraes e Cristiane de Oliveira** (enfermeiras residentes em Saúde da Família), **Maria Fernanda Telo Biondi** (odontóloga e coordenadora da Saúde Bucal no município de Botucatu), **Lenira Vieira Marins** (odontóloga e coordenadora da Saúde Bucal no município de Botucatu) e **Luceli Vieira Marins** (odontóloga da Unidade Saúde da Família do Jardim Tolanda em Botucatu), pelas inúmeras e bem-vindas contribuições e principalmente pela participação ativa na ação educativa, evidenciando o amor e interesse pelo tema do aleitamento materno.

Aos **Agentes Comunitários da Saúde da Estratégia Saúde da Família de Botucatu**, por falarem sobre seus conhecimentos e práticas com desprendimento, confiança e credibilidade no meu trabalho de pesquisa, e pela disposição de participar da ação educativa de maneira tão intensa. Gostaria de citá-los nominalmente, mas o compromisso de sigilo não me permite.

*As **companheiras de turma** que iniciaram comigo o mestrado em 2006, pelo incentivo nos momentos difíceis de minha vida pessoal e pela ajuda nas tarefas acadêmicas. Chegamos ao fim da “montanha russa”.*

*Ao **Dr. Valdemar Pereira de Pinho**, secretário municipal de saúde, pela valorização dos funcionários, pela oportunidade de crescimento profissional e porque permitiu a realização deste estudo.*

*À **Heloísa Paulette Basseto, Nereide da Silva Silveira, Rosana Kron e Rose Torelli**, assessoras da Secretaria Municipal de Saúde, por acreditar em mim desde o início, pelo auxílio, apoio na construção da ação educativa e pela compreensão na dispensa dos períodos de trabalho na Unidade de Saúde da Família onde atuo.*

*À **Miriam Orsi**, responsável pelo departamento pessoal da ADEFIB, pela disposição em fornecer os dados para a organização das entrevistas com os Agentes Comunitários da Saúde e a Amarilis, pela ajuda com as fotocópias, lanches e outros materiais utilizados nos dias de encontro da ação educativa.*

*À **Fernanda Manzini, Adriana Mariano, Máisa P. C. L. Gomes, Elizabeth Agnes, Lourdes Felipe, Adriana Américo, Sônia Laino, Daniela Macedo, Adriana Faria, Maria Aparecida Bueno, Roseli, Grazielle, Raquel, Maria Eloisa, Simone, Neide, Nilvânia, Cíntia, Adriana Leonel, Cristiane, Nair, Simone, Cristiane Pinton, Luciana, Cíntia Martinsons e Patrícia**, queridos colegas de trabalho da Unidade de Saúde da Família do Jardim Aeroporto pela paciência, compreensão e trabalho dedicado, mesmo durante as minhas ausências.*

*À **Patricia Botelho, Tatiane, Daiana, Elinalva, Elenilza**, e dona **Rosa**, inesquecíveis colegas de trabalho da Unidade de Saúde da Família de César Neto, que muito me incentivaram no início desta jornada e continuam a trabalhar com amor e dedicação.*

*À **Elisandra**, secretária da pós-graduação da enfermagem, pela atenção sempre pronta e pelos e-mails informativos.*

Às bibliotecárias **Luciana** e **Selma**, da Divisão Técnica de Biblioteca e documentação-campus de Botucatu- Unesp pela rápida disponibilidade em revisar as referências bibliográficas e elaborar a ficha catalográfica.

Ao meu tio **William Redfern** e minha prima **Gisela Francis Heinzle Redfern Pereira** pela disposição e imensa ajuda com as traduções para o inglês.

Επίγραφε



“Ora, àquele que é poderoso para fazer infinitamente mais do que tudo quanto pedimos ou pensamos, conforme o seu poder que opera em nós, a Ele seja a glória, em Cristo Jesus, por todas as gerações, para todo o sempre.”

Efésios 3:20

Resumo



MACHADO, M. C. H. S. **Impacto de uma intervenção dirigida à capacitação de agentes comunitários da saúde em aleitamento materno**. 2008. 124f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

O agente comunitário da saúde (ACS), por suas atribuições e processo de trabalho, encontra-se em posição privilegiada para se envolver com a promoção e o apoio ao aleitamento materno (AM). Reconhecendo a necessidade de qualificá-los para esse papel, avaliou-se o impacto de uma ação educativa (AE) sobre conhecimentos e práticas relativos ao AM de ACS do município de Botucatu/SP. Trata-se de um estudo de intervenção, com comparação da situação antes e depois, sem grupo controle. Não houve cálculo amostral, os 71 ACS foram considerados elegíveis e convidados a participar. Considerando os que responderam à primeira entrevista, participaram dos quatro encontros da ação educativa e responderam à segunda entrevista, chegou-se à população do estudo, 54 ACS. Foi construído um questionário sobre características dos ACS; sensibilização para o tema; fisiologia, manejo e práticas relacionadas com a amamentação. Após pré-teste e análise de consistência das questões (Alfa-Cronbach de 0,59), dois entrevistadores, treinados, colheram os dados antes e 60 dias após a intervenção. A AE (32h) fundamentou-se em princípios do Construtivismo e da Aprendizagem Significativa, e teve como referenciais técnicos dois cursos de capacitação em AM da OMS/UNICEF. As distribuições de frequências de ACS, segundo suas respostas antes e depois da capacitação, foram comparadas e submetidas ao teste do Qui-quadrado, adotando-se $p < 0,05$ como nível crítico. Foram criadas variáveis para sintetizar os efeitos da AE: escores de conhecimentos (0-31), de práticas (0-20) e totais (0-51), comparados em termos de médias, sendo a significância avaliada pelo teste T-Student. A AE foi avaliada, também, sob a perspectiva dos ACS. Destacam-se os seguintes resultados: para 16 das 26 questões objetivas sobre conhecimentos, houve aumento significativo da frequência de respostas adequadas. Aumentou o número de ACS que passaram a responder corretamente sobre higiene das mamas, contra indicação do oferecimento das duas mamas em toda mamada, manejo do ingurgitamento, contra-indicação de horários rígidos de mamadas e da oferta de chás para cólicas, diferenças entre leite anterior e posterior, importância das mamadas noturnas. Quanto às práticas, não houve melhora importante na participação dos ACS em sessões de grupo de gestantes e mães, nem aumentou a proporção que referiu conversar frequentemente sobre aleitamento materno com sua equipe. Houve um aumento médio de 5,6 ($dp=4,19$) pontos do escore de acertos de conhecimentos. As médias dos três escores aumentaram e as diferenças foram estatisticamente significativas: para conhecimentos, de 21,0 para 26,6; para práticas de 12,0 para 12,7; para o escore total de 33 para 39,4. Houve aumento da proporção de escores de conhecimentos classificados como bons (37,0% para 88,8%) e redução de ruins (9,3% para 1,9%). O efeito da AE mais apontado pelos ACS foi “sentir-se mais aceito e em melhores condições de participar da equipe multiprofissional”, seguido de “ampliação de conhecimentos e experiências”. Conclui-se que houve aumento dos conhecimentos sobre AM e da segurança para atuar junto às famílias em sua promoção e apoio, porém não houve mudanças nos índices de participação dos ACS em algumas das ações de saúde consideradas as mais efetivas para aumentar as taxas de AM.

Palavras-chave: Agente Comunitário da Saúde; Aleitamento Materno; Capacitação em Serviço; Estudos de Intervenção.

Summary



MACHADO, M. C. H. S. **Impact of an intervention direct to the community agents' of the health training in maternal breast feeding.** 2008.124f. Dissertation (Mastership)-University of Medicine of Botucatu, From São Paulo State University, Botucatu, 2008.

The Community Health Agents, due to their responsibilities and type of work find themselves in an advantageous position, to encourage baby breast feeding among mothers with newly born babies. Considering the need for good qualification of the Community Health Agents people for this task, a training course was set up both theory and practice on breast feeding matters for Community Health Agents personnel in the Botucatu Municipal region / SP. The intervention study was founded on a comparison, of the situation before and after training, with no control of groups, sample calculations, or selection of participants, so all 71 Community Health Agents were considered legible and invited to participate. Taking in to account the number that answered the first interview, the number that took part in the four training sessions and replied the second interview, gave us the number of actual participants 54 Community Health Agents. A questionnaire was elaborated, covering the characteristics of the Community Health Agents their interest on the subject, physiology, practice and handling related to feeding. After a trial run and analysis of the consistency of the answers (Alfa-Cronbach of 0.59) two trained interviewers collected data for sixty days before and sixty days after intervention. The training course (32h) was based on Constructivism principles as well as significant rate of learning, and made use of technical reference material of two training courses of breast feeding from OMS / UNICEF. The attendance figures for Community Health Agents compared to replies before and after training, were compared and checked by Q-Square, using $p < 0.05$ as critical level. Variables were introduced, to test the effects of training course: scores of knowledge (0-31) of practice (0-20) giving a total (0-51) when compared in terms of averages, the significance evaluated by the Student T-test. The training course was also checked, keeping in mind the Community Health Agents perspective. The following results were obtained for 16 of the 26 questions covering understanding. There was a significant increase in correct and or adequate answers. The number of Community Health Agents that gave correct answers to questions about breast hygiene, about not using both breasts at each feeding, about handling cases of hardened breast, also about rigid feeding schedules, about not using tea to sooth baby's colic. Know the difference between the values of the first and the later milk, and about feeding at night. As to baby care procedures no significant procedure improvement was noted as to the Community Health Agents participating at "gestating mothers" and "babe in arms mother's" meetings, nor was there an increase in the number that talked more frequently about maternal feeding with their team. There was an increase of 5.6 ($dp = 4.19$) points of correct answers given. The average of the three scores showed a significant statistical increase of knowledge from 21.0 to 26.6, and of methods from 12.0 to 12.7 and the total score from 33 to 39.4. There was a proportional increase of classified topic knowledge of the best averages from (37.0 % to 88.8 %) and a reduction of bad grades from (9.3 % to 1.9 %). The result of the training course most highlighted by the Community Health Agents was "we feel more at ease when working with a multi-professional group", and secondly "a increase in knowledge and experience". The conclusion drawn was; that there had been an increase in breast feeding knowledge, that fostered confidence to those, attending and promoting it, but there hadn't been changes in the Community Health Agents attitudes towards changing some health promoting measures considered to be the most effective in improving breast feeding scores.

Key words: Community health agent, Breast feeding, Training in service, Studies of intervention.

*Listas de Ilustrações,
Tabelas, Abreviaturas,
Siglas, Apêndices e Anexos*



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa da distribuição geográfica das unidades de saúde de Botucatu/SP, com as respectivas áreas de abrangência, 2007.....	49
Quadro 1-	Variáveis estudadas.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição (n e %) dos ACS segundo características demográficas, escolaridade, número de filhos, tempo de atuação profissional e no PSF (n=54). Botucatu, 2008.....	61
Tabela 2-	Distribuição dos ACS segundo participação em cursos/treinamentos sobre aleitamento materno (n=54) e experiência pessoal com a amamentação (n=34). Botucatu, 2008.....	62
Tabela 3-	Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo seus relatos de mudanças atribuídas à intervenção educativa sobre aleitamento materno. Botucatu, 2008.....	71
Tabela 4-	Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo conhecimentos relativos ao aleitamento materno antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.....	73
Tabela 5-	Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo práticas relativas a oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno antes e após a ação educativa. Botucatu, 2008.....	76
Tabela 6-	Número e proporção de ACS (n=54) que deram respostas adequadas quanto aos conhecimentos sobre manejo do aleitamento materno antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.....	79
Tabela 7-	Número e proporção de ACS (n=54) que deram respostas adequadas sobre práticas relacionadas com oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.....	80
Tabela 8-	Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre as vantagens do aleitamento materno para a mãe. Botucatu, 2008.....	81
Tabela 9-	Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre as vantagens do aleitamento materno para o bebê. Botucatu, 2008.....	82
Tabela 10-	Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre os sinais a serem observados na avaliação de uma mamada. Botucatu, 2008.....	83
Tabela 11-	Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre como lidar com o ingurgitamento mamário. (n=54) Botucatu, 2008.....	84
Tabela 12-	Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre como lidar com fissuras mamilares. Botucatu, 2008.....	84
Tabela 13-	Média, mediana e valores mínimos e máximos dos escores de acertos de conhecimentos, práticas e total, antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.....	85
Tabela 14-	Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo categoria dos escores de acertos de conhecimentos, práticas e total antes e após a ação educativa. Botucatu, 2008.....	86
Tabela 15-	Média, mediana e valores mínimos e máximos dos incrementos dos escores de acertos após a ação educativa. Botucatu, 2008.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde.
AE	Ação Educativa.
AM	Aleitamento Materno.
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.
AME	Aleitamento Materno Exclusivo.
AS	Aprendizagem Significativa.
BLH	Bancos de Leite Humano.
CMS	Conselho Municipal de Saúde.
EP	Educação Permanente.
EPS	Educação Permanente em Saúde.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
HAC	Hospitais Amigos da Criança.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano.
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação.
MS	Ministério da Saúde.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde.
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.
PRMI	Programa de Redução da Mortalidade na Infância.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidades Básicas de Saúde.
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância.
USF	Unidades de Saúde da Família.

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 1	Instrumento de coleta de dados.....	111
Apêndice 2	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	116
Apêndice 3	Programa do Curso de Educação Permanente em Aleitamento Materno para Agentes Comunitários da Saúde.....	117
Apêndice 4	Instrumento de Avaliação Objetiva e subjetiva da Ação Educativa pelos Agentes Comunitários de Saúde.....	121
Anexo 1	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	124

Sumário



APRESENTAÇÃO	25
1-INTRODUÇÃO	27
1.1 Importância do aleitamento materno para a saúde infantil	28
1.2 Aleitamento materno como alvo de políticas públicas	30
1.3 Papel dos profissionais de saúde na determinação da duração do aleitamento materno	37
1.4 Educação Permanente em Saúde como estratégia para capacitação profissional	43
2-OBJETIVOS	45
2.1 Objetivo Geral	46
2.2 Objetivos Específicos	46
3-MÉTODOS	47
3.1 Delineamento do estudo	48
3.2 Local de realização do estudo	49
3.3 População do estudo	50
3.4 Instrumentos de coleta de dados	51
3.5 Teste de confiabilidade do instrumento de coleta de dados	51
3.6 Variáveis do estudo	52
3.7 Procedimentos de coleta de dados	55
3.8 Construção da ação educativa	55
3.8.1 Referencial pedagógico e técnico	55
3.8.2 Etapas de planejamento	56
3.9 Procedimentos de análise dos dados	57
3.10 Aspectos éticos	58
4-RESULTADOS	59
4.1 Caracterização dos agentes comunitários de saúde	60
4.2 Descrição da ação educativa	62
4.3 Conhecimentos e práticas antes e após curso de capacitação	72
5-DISCUSSÃO	87
5.1 Síntese dos resultados	88
5.2 Adequação da Ação Educativa	90
5.3 Síntese das mudanças observadas após a Ação Educativa	93
5.4 Implicações dos resultados para a prática em saúde e para novos estudos...	96
5.5 Implicações dos resultados	98

6-CONCLUSÕES	100
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES	110
ANEXOS	123

Apresentação



Durante toda minha vida profissional, as crianças, especialmente os bebês, sempre estiveram muito próximas e me instigavam. Ainda durante a graduação, quando trabalhava como auxiliar de enfermagem na Enfermaria de Pediatria do Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu, o interesse pelo crescimento e desenvolvimento das crianças e pelas ações de saúde voltadas para elas fez surgir muitas inquietações.

Após aproximadamente cinco anos de formada e trabalhando como enfermeira de pronto-socorro, pude ter, pessoalmente, a experiência de amamentar minha filha e percebi a importância que os profissionais da equipe de saúde têm para que se obtenha êxito no processo de aleitamento materno, principalmente no domicílio, nos primeiros dias após o parto, quando aparecem os problemas e dificuldades, a necessidade de apoio dos serviços de saúde torna-se mais evidente.

Desde 2003, como enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu e trabalhando na Estratégia de Saúde da Família, pude acompanhar de perto, inúmeras vezes, as dificuldades das mães em amamentar seus bebês e a carência de profissionais capacitados para apoiá-las. Em 2006, buscando uma oportunidade para retomar minha vida acadêmica e crescer profissionalmente, resolvi fazer mestrado e, durante as reflexões para decidir a proposta de estudo, optei por aliar minha vontade de trabalhar com crianças com a necessidade de apoio ao aleitamento materno, por mim vivenciada.

Tais percepções e o acúmulo de experiência no trabalho diário com as mães e seus bebês, nos domicílios, nos grupos e na unidade de saúde da família onde, atualmente, trabalho, em conjunto com a equipe de saúde, levaram-me à proposição do presente estudo, especialmente dirigido ao desenvolvimento e avaliação de uma ação educativa sobre promoção e apoio ao aleitamento materno para agentes comunitários da saúde.

1. Introdução



1.1 Importância do aleitamento materno para a saúde infantil

A amamentação é um ato universal da mulher que propicia muitos benefícios, sendo por isso recomendada e estimulada por organizações internacionais ligadas à saúde e ao bem-estar ¹.

O leite humano é considerado, de forma consensual, o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes nos primeiros seis meses de vida¹; ele garante uma nutrição de alta qualidade para a criança, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento², além de desempenhar papel importante no desenvolvimento intelectual e no relacionamento afetivo das mães com seus bebês ³.

A prática da amamentação exclusiva por seis meses e complementada com outros alimentos até os dois anos ou mais de vida tem-se revelado importante estratégia para reduzir a morbimortalidade infantil ^{4,5}. Ela traz benefícios que envolvem: o efeito protetor contra alergias alimentares, o adequado desenvolvimento crânio-facial e da dentição, com conseqüente prevenção de alterações da fonação, deglutição, e respiração³; redução da incidência e gravidade de diversas doenças, como as diarreias, pneumonias, otite média e infecções neonatais, entre outras ². Além de prevenir tais doenças, o leite materno parece reduzir o risco de certas patologias crônicas ligadas ao sistema imunológico, como doenças auto-imunes, doença celíaca, doença de Crohn e colite ulcerativa, diabetes melitus tipo I e linfoma, na infância e na futura vida adulta, e ainda tem efeito benéfico no desenvolvimento neurológico das crianças ⁵.

Sabe-se que os bebês que recebem leite materno adoecem menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, conseqüentemente reduzindo o número de faltas dos pais no trabalho ². Há ainda, o fato de que muitas mães acham mais

prático amamentar, estando o leite pronto e na temperatura adequada, a qualquer hora e lugar⁵.

Ao mesmo tempo, vários estudos têm sugerido que a amamentação contribui para a saúde da mulher que amamenta, conferindo alguma proteção contra o câncer de mama e de ovário, além de ampliar o espaçamento intergestacional⁶. Outra vantagem para a saúde da mulher é a involução uterina mais rápida, com conseqüente diminuição do sangramento pós-parto e da anemia².

O fator econômico, também, não pode deixar de ser considerado, pois é de fundamental importância, principalmente para as famílias mais carentes. Amamentar uma criança é mais barato do que alimentá-la com leite artificial^{2,5}, sendo que o gasto mensal com a compra de leite para a alimentação de um bebê, até ele completar seis meses de vida, varia de 23% a 68% do salário mínimo². Acrescentam-se, ainda, os custos com mamadeiras, bicos, água, gás de cozinha e com eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas.

Como resultado do balanço relativo aos benefícios associados ao aleitamento materno (AM), pode-se afirmar que a amamentação beneficia os bebês, suas famílias e a sociedade como um todo. O bebê que é amamentado, além de receber todos os nutrientes necessários e suficientes para o seu perfeito desenvolvimento, recebe muito mais contato físico afetivo e atenção de sua mãe, favorecendo o estabelecimento do forte vínculo mãe-filho, tão importante para o desenvolvimento da personalidade e afetividade durante a infância, com repercussões na idade adulta⁷. Amamentar é oferecer carinho e proteção à criança com mais frequência e qualidade do que as proporcionadas pela alimentação artificial⁵.

1.2 Aleitamento materno como alvo de políticas públicas

A espécie humana evoluiu e manteve sua existência com as mulheres amamentando seus descendentes. Portanto, essa espécie está biologicamente programada para receber os benefícios do leite humano e do ato de ser amamentada no início da vida⁵. Contudo, apesar dessa determinação natural, a amamentação é também uma prática social e sofre diversas influências do ambiente. Por isso, há muito, o AM deixou de ser visto como algo instintivo.

Em todas as épocas, o ser humano construiu alternativas para responder à demanda das mulheres que, por opção ou imposição, trilharam o caminho do desmame precoce.

Segundo Almeida:

“Desde a secular figura da ama-de-leite até a emblemática vanguarda científica construída pelo marketing dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se circunscrevem exclusivamente às questões ligadas à saúde, denotando, em muitas situações, interesses relacionados à modulação de comportamento social e à oportunidade de auferir lucros de toda espécie”^{8:15}.

Dos países em desenvolvimento, os situados na América Latina apresentaram, na década de 1970, as menores durações de aleitamento materno⁹. Nesta época, deu-se o início do movimento de resgate à “cultura da amamentação”, com o surgimento das primeiras evidências científicas mostrando as desvantagens da substituição do leite materno por outros leites e alimentos².

Em 1979, deram-se os primeiros passos para a construção do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) no Brasil. Houve a elaboração de um documento sobre “Alimentação e Nutrição na Primeira Infância”, que foi apresentado no Encontro Internacional sobre a Alimentação de Bebês e Crianças Pequenas, em Genebra. Esse documento abordava aspectos do AM no Brasil e identificava, ainda, os fatores determinantes do desmame precoce.

Em outubro daquele mesmo ano, em Curitiba, foi realizada uma mesa-redonda sobre "Estratégias de Estímulo ao Aleitamento Materno". Participaram dessa reunião, representantes da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), de secretarias de saúde de vários estados, de entidades de classes e de universidades, quando foram lançadas as grandes diretrizes do PNIAM e delineadas suas bases operacionais.

A principal estratégia do citado programa foi intervir nas causas identificadas como obstáculos à amamentação: desinformação do público em geral; desinformação dos profissionais de saúde; trabalho assalariado da mulher e propaganda indiscriminada dos produtos industrializados para lactentes. As principais intervenções implementadas foram: campanhas de comunicação de massa; o incentivo à formação de grupos de mães e de mulheres incentivadoras do AM nas comunidades e locais de trabalho; ações para introdução desse tema nos currículos dos cursos de medicina e enfermagem e em treinamentos, congressos, seminários e publicações referentes à saúde infantil; normatização do alojamento conjunto como espaço obrigatório em maternidades e a aprovação de leis e normas restringindo a propaganda de substitutos do leite materno. E, em 1986, os Bancos de Leite Humano (BLH) passaram a ser importante estratégia da política governamental em prol da amamentação¹⁰.

No Brasil, a comparação dos resultados de duas pesquisas com abrangência populacional, uma realizada em meados da década de 70 e a outra no fim dos anos 80, mostrou aumento da duração mediana do aleitamento materno de 75 dias para 167 dias¹², indicando efeitos positivos do PNIAM. Houve expansão do AM em todos os estratos populacionais, incluindo áreas rurais e urbanas, de qualquer região do país, em mães de todos os graus de escolaridade, de famílias ricas e pobres¹¹.

Entretanto, as políticas de incentivo da amamentação desta época, ainda que bem sucedidas, culminaram com estratégias reducionistas, com enfoque marcadamente biológico, e em um discurso ideológico que apontava a mulher/mãe como a principal responsável pela saúde da criança¹².

A década de 90 caracterizou-se por um repensar das estratégias dirigidas ao aumento da amamentação, sendo reconhecida a necessidade de focalizar essa prática sob a ótica de três vertentes: proteção, promoção e apoio¹³. Neste contexto, apoiar significa sustentar, ser auxílio e amparo para a mãe que amamenta. Proteção refere-se à atitude de defender e favorecer o aleitamento materno com intervenções reguladoras e transformadoras do ambiente, tornando-o mais favorável ao aleitamento materno. Promoção envolve trabalhar de forma a aumentar o reconhecimento pela sociedade das inúmeras vantagens do aleitamento materno, criando um ambiente cultural em que população, profissionais de saúde, dirigentes e gestores de serviços públicos e privados, empregadores e empregados valorizem esta prática⁵.

Em 1990, houve em Florença na Itália um encontro de diversos países, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o UNICEF, para a busca de novos mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para aumentar a prática e a duração da amamentação. Neste encontro, foi idealizada a estratégia denominada Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), visando, por meio da mobilização de profissionais de hospitais e maternidades, a mudanças das rotinas e condutas vigentes, reconhecidas como complicadoras do início bem sucedido da amamentação¹⁴. O Brasil foi um dos países que assinaram e se comprometeram a implantar esta iniciativa. Até 1996, o crescimento de hospitais credenciados foi acelerado, sugerindo que em 2000 haveria cerca de 400 Hospitais Amigos da Criança (HAC), mas tal fato não ocorreu, pois o MS decidiu agregar outro pré-requisito para que os hospitais se credenciassem: além dos Dez Passos, uma taxa

mais baixa de cesáreas; desacelerou-se então a IHAC, e calcula-se que em 2002 existiam aproximadamente, 250 HAC em todo o território nacional¹⁵.

No final da década de 90 e início do século XXI, capacitar profissionais de serviços de saúde passa a ser uma das mais importantes ações da política internacional e brasileira de promoção ao AM. Colocam-se à disposição quatro cursos de amamentação para públicos-alvos diferentes: um curso de 18 horas sobre manejo clínico para equipes de maternidades, um de 80 horas para formação de monitores ou professores em aleitamento materno, um curso sobre aconselhamento, com 40 horas, sendo oito horas de práticas supervisionadas, para profissionais que lidam diretamente com mães e bebês e um curso rápido de quatro horas para chefias e gestores de hospitais. Como se vê, a ênfase continua na capacitação de profissionais de hospitais¹⁵.

Paralelamente, ainda na década de noventa, iniciou-se a disseminação das ações de promoção ao AM como conteúdo transversal de múltiplas políticas e programas voltados à melhoria da saúde infantil em geral. A inclusão de ações relacionadas com a amamentação no âmbito da atenção à saúde da criança, com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde desse grupo populacional, está claramente expressa em vários documentos atuais do Ministério da Saúde (MS) brasileiro.

Atualmente, considerando as principais causas de morbidade e mortalidade das crianças brasileiras e os períodos nos quais essas estão mais vulneráveis a agravos à saúde, o MS determina, entre outros destaques, as ações que não podem deixar de ser priorizadas e realizadas em sua plenitude na Atenção Básica; dentre elas, a promoção do AM e alimentação saudável¹⁶.

Segundo o MS, é importante conhecer o número de recém-nascidos e de puérperas da área de abrangência da unidade; programar ações de saúde; realizar visitas domiciliares a partir da primeira semana de vida; avaliar a saúde da criança e a saúde materna, assim

como dos membros familiares; verificar o cartão da criança e o relatório de alta da maternidade; identificar e acompanhar o recém-nascido de risco; orientar registro de nascimento; orientar e realizar teste do pezinho; orientar e realizar vacinação; realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; avaliar sinais de risco/perigo e identificar fatores de risco; realizar práticas educativas; promover e avaliar o desenvolvimento infantil e familiar e, permeando essas ações, orientar e incentivar o AM e os cuidados básicos com a criança; avaliar e orientar sobre alimentação, não perdendo oportunidades de abordagem global da criança¹⁶.

Em 1995, teve início o Programa de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI), com objetivos amplos e envolvendo a integração de vários ministérios, privilegiando-se as famílias pobres que vivem em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ou em áreas de estiagem prolongada. Tal programa visou ampliar a capacidade do setor saúde em atender de forma integral a criança de zero a cinco anos, elegendo-se a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) prioridade em todo o país¹⁷.

A AIDPI é uma estratégia de atenção à saúde que tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância, desenvolvida originalmente pela OMS e pelo UNICEF, que passou a ser adotada no Brasil em 2002. Caracteriza-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância (desnutrição, diarreia, doenças respiratórias, anemia), ao invés do enfoque tradicional de abordar cada doença isoladamente. Baseia-se no diagnóstico preciso e na adequada sistematização do atendimento¹⁸.

No manual dirigido à capacitação de agentes comunitários de saúde (ACS), no âmbito da estratégia AIDPI¹⁷, há um extenso capítulo abordando o AM, com destaque para os seguintes temas: por que é importante amamentar, por que as mães precisam de apoio

para amamentar e como lidar com problemas durante a amamentação, entre outros. A ênfase dada ao ACS dentro dessa estratégia decorre do reconhecimento da expansão e pertinência da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modalidade de organização da Atenção Básica à Saúde e na potencialidade do trabalho desse profissional nas ações de promoção do AM.

A ESF, que teve início no Brasil em 1994, tanto pelos seus princípios, como pela forma de organização do trabalho em saúde, reúne condições muito favoráveis a uma atuação positiva sobre o AM. Essa estratégia pretende integrar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com a comunidade e, trabalhando com uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, tende a humanizar a assistência, ao estabelecer uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e a comunidade. Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, segundo as diretrizes da ESF, devem-se priorizar ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto de adultos quanto de crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua¹⁹.

Como características do processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) que são favoráveis ao desenvolvimento de ações de apoio ao AM, constata-se, entre outras, a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento do território, da estrutura e da funcionabilidade das famílias e a proposição de ações intersetoriais que buscam parcerias, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde.

Para a implantação de uma USF, deve existir uma equipe multiprofissional, composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e ACS²⁰.

Especificamente, quanto a esses últimos, a proposta ministerial atual¹⁶ prevê que todas as atividades contidas no cuidado à criança façam parte do roteiro de atuação desse

membro da equipe, pois a possibilidade de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana (domicílio e instituições de educação infantil) amplia a capacidade de atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e de identificação de necessidades especiais em tempo oportuno. Como exemplos, são citados: o processo de crescimento e desenvolvimento alterado, desvios na alimentação, imunização e a pronta abordagem da criança com algum sinal de risco ou perigo, conforme Manual de Condutas para Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde – 2001²¹.

Por meio de ações educativas em saúde, nos domicílios e coletividade, esses profissionais estendem o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania, além de participar da orientação, acompanhamento e educação específica em saúde²¹.

Os ACS são profissionais que compõem as equipes de saúde da família mediante vínculo empregatício. Segundo a Lei nº 11.350 do MS, de 05 de Outubro de 2006, são consideradas atividades destes profissionais, dentro de sua área de atuação:

*“I – a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
II – a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
III – o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
IV – o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
V – a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
VI – a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.”*

Ainda, segundo essa mesma lei, o ACS deve:

*“I – residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
II – haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada.”*

Em síntese, no que se refere às políticas de saúde mais recentes, a atenção à criança é uma das prioridades e o incentivo ao AM uma de suas ações mais destacadas²². Além

disso, o ACS, profissional incorporado à equipe de saúde das USF, por suas atribuições e processo de trabalho, constitui elemento da equipe multiprofissional em posição privilegiada para a implementação de ações de promoção e apoio ao AM. Especificamente, esse profissional deve ser capaz de incentivar, orientar e apoiar as mães e famílias de sua área de atuação para adoção do AM e demais diretrizes da alimentação nos primeiros dois anos de vida, incluindo a alimentação complementar adequada²¹.

1.3. Papel dos profissionais de saúde na determinação da duração do aleitamento materno

Como já apontado, o balanço das políticas e programas dirigidos a aumentar as taxas de AM, implementados desde o início da década de noventa na América Latina e no Brasil, é bastante favorável. Em uma situação na qual se esperava redução da amamentação, pela intensa urbanização e incorporação das mulheres no mercado de trabalho, houve aumento da duração dessa prática²³. Em 1975, apenas 22% das crianças com seis meses de idade ainda eram amamentadas, passando para 66,8% em 1999⁹. Porém, a situação em todo o país ainda está longe das metas da Cúpula Mundial pela Infância e da OMS: aleitamento materno exclusivo (AME) até seis meses de vida e AM complementado com outros alimentos até dois anos²⁴.

O desafio atual é aumentar as taxas de AME até os seis meses, encontrar formas de promover a alimentação complementar adequada, sem interromper a amamentação até pelo menos dois anos e, para tal, deve-se investir na Atenção Primária à Saúde e na Humanização da Atenção ao Recém-nascido¹⁵.

Em Botucatu, município onde o presente estudo foi realizado, a tendência do AM, em conformidade com a tendência nacional, é positiva. Em 1995, 53,5% das crianças

maiores de um ano recebiam leite materno e em 2004, a proporção passou para 61,7%. Houve aumento ainda mais expressivo do AME em menores de seis meses: 13,0% em 1995 e 29,6% em 2004. Intervenções como a capacitação dos profissionais que trabalham na Atenção Hospitalar pública ao recém-nascido e à puérpera e a inclusão do incentivo e apoio ao aleitamento materno como atividade rotineira em várias unidades básicas de saúde (UBS), verificadas principalmente entre 1999 e 2004, foram sugeridas como responsáveis, ao menos em parte, pela evolução favorável desses indicadores²⁵.

De fato, o papel dos serviços e profissionais de saúde de saúde e a capacidade desses de influir de forma positiva ou negativa sobre a duração do AM têm sido amplamente apontados pela literatura⁴ e por organizações internacionais formuladoras de políticas para a saúde da criança^{1,24}.

A atuação negativa dos profissionais de saúde decorre de condutas equivocadas que prevaleceram durante anos. Por exemplo, prescrever fórmulas infantis e/ou recomendar a oferta de chá diante de dificuldades comuns e contornáveis no início da amamentação ou no caso de sintomas sugestivos de cólicas do lactente¹². Contudo, a influência negativa dos profissionais de saúde no insucesso do AM tem se revelado como passível de transformação por meio de processos de sensibilização e qualificação especificamente voltados a este campo de conhecimento e prática⁴.

Intervenções educativas junto aos profissionais da saúde são mais viáveis e exeqüíveis em curto prazo, em comparação a intervenções mais complexas e que exigem mais tempo para execução, voltadas a outros fatores desfavoráveis ao AM prolongado, como: a baixa escolaridade materna, o baixo nível socioeconômico das famílias, a persistência de crenças desfavoráveis ao aleitamento¹³, o apelo da indústria para o uso de leite e bicos artificiais, o retorno precoce das nutrizes ao trabalho³, as altas taxas de partos cirúrgicos²⁶ e o uso indiscriminado de chupeta²⁷.

Reconhece-se a importância do papel dos profissionais de saúde que formam a rede de assistência à saúde do binômio mãe-bebê, desde os participantes do pré-natal, passando pelas equipes do hospital onde ocorre o parto, até os profissionais da Atenção Básica e Domiciliar, com a premissa de que todos podem ter atitudes favoráveis ao sucesso do AM, quando motivados e capacitados²⁸, agindo sobre vários fatores que prejudicam a amamentação, evitando-os ou minimizando seus efeitos^{14,29,30}.

Há evidências científicas de que treinar e capacitar profissionais de saúde de hospitais e maternidades para a promoção do AM resulta no aumento do tempo de amamentação⁴. O conhecimento sobre os diversos aspectos (fisiológicos, comportamentais, sociais, emocionais, culturais, clínicos) da amamentação proporciona aos profissionais atitudes mais positivas e práticas mais favoráveis²⁹. Desta forma, intervenções educativas dirigidas a todos aqueles que assistem mães e bebês nos serviços de saúde têm potencial para aumentar as taxas de AME, nos primeiros seis meses de vida, e do AM em geral nos primeiros dois anos de vida³¹.

A IHAC, utilizando a mobilização de profissionais de saúde, funcionários de hospitais e maternidades, para mudanças em rotinas e condutas com o intuito de prevenir o desmame precoce, vem demonstrando ser capaz de aumentar os índices de amamentação. Um estudo comparando taxas de AME em crianças nascidas em um hospital do município de Santos/SP, que adotou a IHAC, com nascidas em outro hospital com as mesmas características (controle), porém sem um programa de incentivo e apoio ao AM, mostrou resultados significativos: mediana do AME de 75 dias e de 22 dias, respectivamente no HAC e no controle¹⁴.

Em 2005, foi avaliado o impacto de um treinamento baseado na IHAC sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste, evidenciando-se melhora nas

práticas dos profissionais e aumento nas frequências do AME (de 21,2% para 70%) nas primeiras 48 horas após o parto⁴.

Outro estudo, de 2002, realizado no estado do Rio de Janeiro, concluiu que a implementação de uma Iniciativa de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação na Atenção Primária à Saúde contribuiu para intensificar a prática do aleitamento materno exclusivo entre os lactentes menores de seis meses. A intervenção implementada pelos profissionais capacitados incluiu: a realização de visitas domiciliares e grupos de apoio à amamentação, a informação sobre a importância do início precoce da amamentação, da livre demanda e sobre os riscos do uso de mamadeiras e chupetas, a orientação quanto à pega, posição, ordenha e contracepção e o apoio emocional. Esse conjunto de idéias e procedimentos foi selecionado com base em uma revisão sistemática e gerou a proposta denominada “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica à Saúde”³².

Investigação desenvolvida entre pediatras com e sem treinamento específico em AM demonstrou resultados semelhantes no que diz respeito ao aumento das taxas de amamentação na clientela dos treinados, o que não foi observado quando os pediatras não apresentavam essa capacitação³⁰.

O projeto Carteiro Amigo da Amamentação treinou carteiros para levar informações a mães e crianças menores de um ano em oito estados do Nordeste brasileiro, mostrando-se uma estratégia interessante para incentivar a prática da amamentação no país e apontando para a possibilidade de leigos, treinados, atuarem favoravelmente sobre a amamentação³³.

Estudo cujo objetivo foi comparar o efeito nas taxas de AME de dois sistemas de promoção à amamentação no Nordeste do Brasil, um baseado no hospital/maternidade e o outro combinando ações em hospital com visitas domiciliares (dez visitas nos primeiros seis meses de vida), concluiu que a combinação de intervenções é necessária. A primeira

intervenção alcançou altas taxas (70%) de AME logo após a alta hospitalar, mas aos 10 dias, apenas 30% das crianças ainda estavam nesta modalidade de aleitamento; as taxas de AME, entre 10 e 180 dias de idade, foram de 45% no grupo que também recebeu visitas domiciliares e de apenas 13 % no outro grupo⁴.

Revisão sistemática, realizada no início da presente década, abrangendo estudos experimentais e quase-experimentais sobre intervenções pró-aleitamento materno conduzidos em várias partes do mundo, incluindo países desenvolvidos e em desenvolvimento, concluiu que as intervenções mais efetivas foram aquelas que combinaram informações e contatos face a face, acompanhamento periódico e apoio efetivo diante de dificuldades, sendo as estratégias mais bem sucedidas as sessões de grupo no pré-natal e visitas domiciliares na fase pós-natal ou em ambos os períodos. Cerca de 70% das intervenções analisadas foram conduzidas por profissionais de saúde; as demais, por leigos treinados por profissionais, não havendo diferenças no impacto sobre o AM entre as duas modalidades. Por outro lado, intervenções muito curtas, distribuição de folhetos e contatos apenas por telefone, ou apenas em consultas individuais esporádicas, foram menos efetivas³⁴.

Os esforços de capacitação profissional em AM para equipes de hospitais apresentam limites para novos e significativos ganhos nos índices dessa prática no Brasil. Reconhece-se que as UBS constituem o espaço onde novas ações poderão gerar avanços nos índices de amamentação no país, dado que entre nós apenas as gestações de alto risco são acompanhadas em hospitais, e que a alta da maternidade costuma ocorrer em um ou dois dias após o parto, reduzindo o tempo de exposição das mães à influência, ainda que positiva, de seus profissionais³².

Em 1999, uma iniciativa pioneira foi implementada no Estado do Rio de Janeiro, visando estimular e instrumentalizar a rede básica de saúde para implementar um conjunto

de procedimentos de promoção, proteção e apoio ao AM, denominada Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Seus resultados foram avaliados detalhadamente, tanto quanto ao componente processo quanto resultados, observando-se maior prevalência de AM nas unidades classificadas como com desempenho regular em relação às com desempenho ruim, em todas as faixas etárias. Também, verificou-se mediante avaliação compreensiva de depoimentos das mães que a estrutura de significação “nenhum apoio para amamentar” foi muito mais presente em unidades com desempenho ruim (67%) que regular (18%)³⁵.

Reconhecendo a necessidade de trabalhar junto aos profissionais de saúde da Atenção Básica para que esses se tornem protagonistas de ações intensivas de apoio e incentivo ao aleitamento materno, concebeu-se o presente estudo, cujo foco foi uma intervenção educativa visando capacitar ACS de Botucatu/SP. A pertinência dessa ação decorre da ausência de um treinamento específico sobre AM para este grupo profissional desde o início da implantação de equipes da ESF nesse município, em 2002.

Em Botucatu, havia dez equipes da ESF em atuação no período de realização do estudo, e outras duas estavam em fase de implantação.

Sendo os ACS pessoas da comunidade, sem prévia formação específica na área da saúde, e considerando a sua importância no contexto da ESF, cabe aos gestores, de um modo geral, e aos demais profissionais das equipes da ESF, em particular, reconhecerem as particularidades desse novo componente da equipe, inserindo-o como um participante ativo em ações educativas contínuas em serviço.

1.4. Educação Permanente em Saúde como estratégia para capacitação profissional

Ações voltadas para a formação e desenvolvimento dos profissionais da ESF são previstas no próprio escopo dessa proposta, na perspectiva da qualificação do processo de trabalho, necessária à implementação desse novo modelo assistencial²⁰.

A Educação Permanente (EP), oficialmente, apresenta-se como uma estratégia de transformação das práticas em saúde, inclusive do processo de trabalho sob a ESF, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde²⁰.

De um modo geral, qualquer processo de desenvolvimento de um programa de EP, a princípio, implica uma reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo. Resumidamente, em um programa de EP, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade, em um processo fundamentalmente participativo³⁶.

Coerentemente com esse propósito, a ESF, ao mesmo tempo em que forma um novo campo de conhecimento e ação, por meio da troca de idéias e experiências pessoais e profissionais, deve respeitar as formações individuais ou especialidades de cada um dos membros da equipe e conhecimentos prévios produzidos e validados, sejam eles do senso comum ou de cunho técnico científico.

Assim, Educação Permanente em Saúde (EPS) visa à atualização cotidiana das práticas. Segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, a EPS insere-se em uma necessária construção de relações e

processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta – implicando seus agentes-, às práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou o setor da saúde - e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde³⁶.

Torna-se válido ressaltar que a adoção da designação EPS e não apenas EP se faz necessária, porque, como vertente pedagógica, essa formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde. Isto se deve à difusão, pela OPAS, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde, para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região, com reconhecimento de que estes serviços são organizações complexas em que somente a Aprendizagem Significativa (AS) seria capaz de levar à adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano^{36,37}.

Pode-se considerar que a AS acontece quando aprender uma novidade faz sentido para quem está participando do processo educativo, sendo que, geralmente, isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta do próprio sujeito da aprendizagem e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já se sabia antes, ou seja, quando se toma, como ponto de partida, o conhecimento prévio do que se pretende ensinar-aprender. Em outras palavras, na AS, acumulam-se e renovam-se experiências³⁸.

Por meio da AS, a intervenção educativa, foco central da presente pesquisa, foi concebida, desenvolvida e avaliada como uma ação de EPS, portanto, entendida como uma etapa constituinte do processo de qualificação de ACS de Botucatu em promoção e apoio ao AM.

2. Objetivos



Avaliar o impacto de uma ação educativa elaborada para a capacitação em promoção e apoio ao aleitamento materno de agentes comunitários da saúde (ACS) que trabalham nas unidades de saúde da família do município de Botucatu/SP.

2.2 Objetivos Específicos

1- Identificar e avaliar conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre aleitamento materno.

2- Com base na identificação acima, planejar, implementar e avaliar uma ação educativa visando à capacitação desses profissionais nesse tema.

3- Identificar mudanças nos conhecimentos e nas práticas dos agentes comunitários em saúde sobre aleitamento materno, dois meses depois da ação educativa.

3. Métodos



3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de intervenção inserido no campo da saúde pública e que utiliza métodos da epidemiologia. A comparação da situação antes e após a ação educativa, sem grupo controle e randomização, foi o desenho adotado.

Reconhece-se, atualmente, que estudos randomizados controlados não são a única alternativa para se avaliar o impacto de intervenções na área da saúde, ampliando a possibilidade de pesquisa nessa área. Este entendimento apóia-se em concepções atuais que questionam a factibilidade e até a necessidade da utilização de estudos randomizados³⁹ quando o objetivo é avaliar ações ou programas de saúde pública nos quais os desfechos são multideterminados (e contexto específico), tal como os desfechos de interesse do presente estudo - conhecimentos e práticas de agentes comunitários da saúde -, ou quando se pretende avaliar em um determinado contexto ações com efetividade já testada e comprovada.

Nem sempre é possível, necessário ou adequado conduzirem-se estudos randomizados, devido a limitações de natureza ética, operacional e metodológica, como a impossibilidade de isolar, em um mesmo contexto, um grupo de indivíduos para serem mantidos livres da influência da intervenção proposta³⁹.

Neste estudo, dados os freqüentes encontros entre os ACS das diferentes USF, seria impossível manter um grupo sem intervenção e evitar que seus membros compartilhassem informações e conteúdos da ação educativa. Além disso, na visão dos gestores da ESF no município, seria inaceitável capacitar alguns e não todos os ACS do município.

Assim, no presente estudo, a aceitação de que eventuais mudanças nos conhecimentos e práticas dos ACS decorram da ação educativa implementada fundamenta-se na verificação da adequação dessa ação aos objetivos, como apontado por Santos e Victora (2004)⁴⁰.

3.2 Local de realização do estudo

O estudo foi realizado em Botucatu, município com cerca de 120.800 habitantes⁴¹, localizado na região centro-sul do Estado de São Paulo, que dispõe de 16 unidades do setor público prestadoras de serviços de Atenção Básica à Saúde. À época do início do presente estudo, cerca de 30% da população estava coberta por unidades de saúde da família, com um total de 10 equipes implantadas, sendo: três Policlínicas (Cecap, Jardim Cristina e Centro de Saúde Central - CS1); três Centros de Saúde (Vila Jardim, Cohab e São Lúcio); dois Centros de Saúde Escola (Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária); oito Unidades de Saúde da Família, com 10 equipes (Rubião Junior: com duas equipes, Parque Marajoara, Santa Elisa, Jardim Peabiru: com duas equipes, Jardim Iolanda, Jardim Aeroporto: com duas equipes, sendo que uma atende César Neto e Vitoriana).

O mapa (Figura 1) ilustra a distribuição geográfica destas unidades:

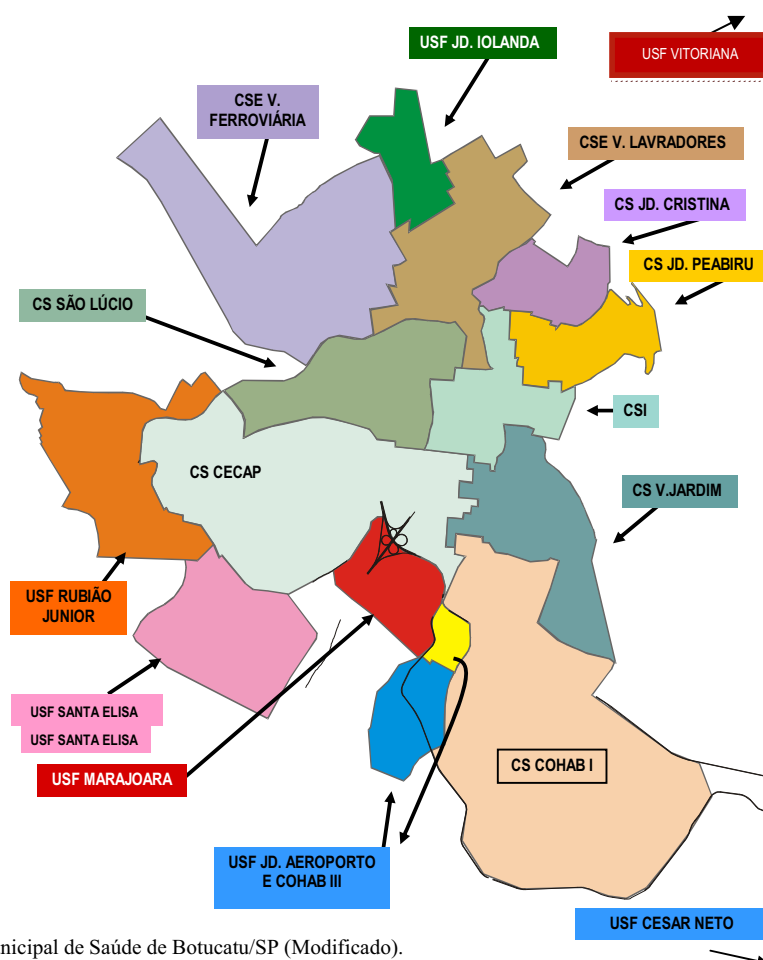


Figura 1 - Mapa da distribuição geográfica das unidades de saúde de Botucatu/SP, com as respectivas áreas de abrangência, 2007.

3.3 População do Estudo

Foram convidados para participar do estudo os ACS das equipes de saúde da família em funcionamento em junho de 2007. Não houve cálculo amostral, todos os 71 ACS foram considerados elegíveis para o estudo. Não houve recusas, mas quatro não foram incluídos porque dois estavam em férias, um em licença gestante, e um foi demitido antes de ser entrevistado, de modo que responderam à primeira entrevista 67 agentes.

Quando do início da ação educativa, realizada cerca de 40 dias após a primeira entrevista, existiam 74 ACS contratados pela Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu/SP. Todos foram convidados para participar dessa intervenção, mas apenas 65 compareceram. Os demais, dois estavam em férias, três em licença maternidade, três em licença médica e um foi demitido em data próxima ao início da atividade.

Dentre os 65 agentes que participaram da ação educativa, 62 foram entrevistados pela segunda vez, dois meses após seu encerramento. Os três que não responderam à segunda entrevista estavam afastados do serviço e não puderam ser localizados. Além disso, para a segunda entrevista, pressupunham-se, além de mudanças nos conhecimentos, mudanças nas práticas dos ACS, o que só aconteceria se esses profissionais estivessem em atividade.

Apurando-se o número de ACS que responderam à primeira entrevista, participaram dos quatro encontros da ação educativa e responderam à segunda entrevista, chegou-se à população do estudo, 54 ACS.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um questionário para identificar conhecimentos e ações relativas ao AM, relatados pelos ACS. Esse instrumento de coleta de dados foi construído com base em instrumentos com propósitos semelhantes, adotados por outros estudos, particularmente os estudos de Becker (2001)⁴², que avaliaram conhecimentos sobre AM de ESF de cinco municípios brasileiros da região Sudeste e de Ciconi, Venâncio & Escuder (2004)²⁸, que estudaram os conhecimentos sobre AM de equipes de saúde da família, incluindo agentes comunitários da saúde do município de Francisco Morato, próximo ao município de São Paulo.

O questionário incluiu questões relativas a características pessoais e profissionais dos agentes; questões focadas em captar a sensibilização desses para o tema AM; questões objetivas sobre conhecimentos da fisiologia da lactação e sobre manejo da amamentação; sobre a capacitação prévia dos profissionais em relação ao AME e AM em geral; questões sobre o desenvolvimento ou não de práticas relacionadas com oportunidades de promoção, proteção e apoio ao AM junto às famílias de sua área de atuação. A maior parte das questões continha alternativas de respostas pré-definidas, por vezes explicitadas aos entrevistados, algumas questões eram abertas e outras do tipo “concorda ou discorda”. (Apêndice1).

3.5 Teste de confiabilidade do instrumento

O instrumento de coleta de dados foi inicialmente submetido à apreciação de cinco profissionais com reconhecida experiência em ensino e apoio ao AM, que revisaram as questões e depois forneceram as respostas para categorização das variáveis, em adequadas e inadequadas, quando cabia essa análise.

Realizou-se pré-teste do questionário em duas etapas (n=4 e n=5), com posterior análise de consistência e coerência interna (homogeneidade) das questões, baseada na variabilidade das respostas. Há coerência quando os itens se correlacionam ou são complementares uns aos outros, sendo o método mais comum para sua avaliação a comparação de cada questão de uma escala com outra simultaneamente, interpretando-se o resultado por meio do coeficiente α de Cronbach⁴³. A coerência interna de cada questão permite ao investigador somá-las e obter um escore total (variando entre 0 e 1) para o conceito, sendo considerado aceitável resultado maior do que 0,5⁴⁴.

O pré-teste do instrumento de coleta de dados consistiu da realização de entrevistas com nove ACS, sendo cinco da cidade de Rancharia/SP e quatro de Botucatu/SP que estavam de licença gestante e não participariam da intervenção educativa. Com base no primeiro teste, o instrumento foi revisado e, então, novamente testado, alcançando-se índice bruto final do Alfa-Cronbach de 0,59, considerado aceitável.

O mesmo instrumento foi aplicado antes da ação educativa e cerca de 60 dias depois dessa intervenção, ocasião em que foi complementado por duas questões abertas sobre mudanças na prática diária de trabalho do ACS junto à sua equipe e às famílias de sua área de atuação após a capacitação.

3.6 Variáveis do estudo

A partir do questionário e da codificação das questões abertas, foram construídas as variáveis em estudo, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis estudadas

Caracterização da população:
1. Sexo: masculino ou feminino.
2. Idade: anos completos.
3. Escolaridade: último ano concluído com aprovação.
4. Tempo de trabalho total: em meses.

5. Tempo de trabalho no Programa Saúde da Família: em meses.
6. Número de filhos.
7. Experiência pessoal com amamentação: sim ou não.
8. Duração da amamentação do primeiro filho: em meses.
9. Carga horária do maior treinamento: em horas.

Variáveis relativas a conhecimentos sobre aleitamento materno, em categorias e também classificadas em respostas adequadas e inadequadas:

1. Quanto tempo após o parto, iniciar a amamentação: logo após o parto, ainda na sala de parto; seis horas após o nascimento, terminado o período de observação do bebê; entre seis e doze horas após o nascimento, quando já há leite sendo produzido; não sabe.
2. O que a mãe deve fazer diante da mama ingurgitada: colocar o bebê imediatamente para mamar; tirar leite com bombinha e desprezar; tirar um pouco de leite com a mão e colocar o bebê para mamar; fazer compressa com água quente e tentar esvaziar a mama; não sabe.
3. O que a mãe deve fazer quando a mama apresenta fissura: tirar leite com as mãos e oferecer para o bebê com chucha ou mamadeira; parar de amamentar se houver sangramento; passar pomadas cicatrizantes após cada mamada; verificar a posição do bebê e como ele está mamando; não sabe.
4. O que a mãe deve fazer com relação à higiene quando está amamentando: lavar a mama com água e sabão antes de cada mamada; passar pomadas hidratantes, pois não comprometem a higiene do peito, não precisam ser retiradas totalmente e evitam rachadura no bico; deve apenas tomar seu banho diariamente, trocando o sutiã quando necessário; usar compressas absorventes (gases, fraldas, toalhas) nas mamas, para mantê-las limpas e sem machucados; não sabe.
5. Duração recomendada de aleitamento materno exclusivo: categorizada em meses.
6. Duração recomendada do aleitamento materno: categorizada em meses.

As variáveis seguintes, sobre conhecimentos relativos ao AM, foram obtidas com questões do tipo concorda/discorda e categorizadas em respostas adequadas e inadequadas:

7. Deve-se lavar o mamilo após cada mamada.
8. Deve-se trocar de mama após 10 minutos, para o bebê mamar nas duas mamas.
9. Chupeta prejudica a amamentação.
10. Devem-se massagear as mamas e usar compressas geladas para ingurgitamento.
11. É benéfico tomar sol nas mamas na gravidez e após o parto.
12. A amamentação deve ser em horários definidos desde o nascimento.
13. Se a mãe julga que o bebê está passando fome, deve dar outro leite imediatamente.
14. Há diferenças entre leite do início e do final da mamada.
15. Deve-se oferecer chá para cólicas do bebê.
16. Pai, avós e outros podem apoiar a mãe que amamenta.
17. Apenas a relação mãe-bebê determina o sucesso da amamentação.
18. O aleitamento materno protege contra problemas ortodônticos.
19. A amamentação deve seguir horário definido (3 em 3 horas) e cada mamada deve durar 15 minutos em cada mama.
20. A pega incorreta pode ocasionar a diminuição na produção de leite.
21. A interrupção das mamadas noturnas ocasiona a diminuição na produção de leite.
22. Alimentos como canjica, cerveja preta e leite aumentam a produção de leite.
23. A retirada do leite produzido em excesso favorece a continuidade da produção.
24. A oferta de chá e outros líquidos causa diminuição na produção de leite.
25. A mãe que se alimenta mal produz menos leite.
26. Existem leites em pó que substituem o leite materno.

Variáveis relativas a conhecimentos sobre AM, obtidas com questões abertas:

27. Vantagens da amamentação para a mãe: categorias construídas depois da análise.
28. Vantagens da amamentação para o bebê: categorias construídas depois da análise.
29. Sinais a serem observados para avaliar uma mamada: categorias construídas depois da análise.
30. Como lidar com as mamas ingurgitadas: categorias construídas depois da análise.
31. Como lidar com fissura mamária: categorias construídas depois da análise.

Variáveis relativas às práticas que constituem oportunidades de promoção e apoio ao AM, apresentadas em categorias e também classificadas em práticas adequadas e inadequadas:

1. Alternativas para o ACS descobrir gestante na área de atuação: espera que ela procure o serviço; descobre pelo resultado do teste de gravidez, que é realizado na unidade; descobre por conversas

informais; pergunta em suas visitas domiciliares.

2. Alternativas para o ACS descobrir uma mulher que deu a luz: espera que ela procure o serviço; pergunta em suas visitas domiciliares; pede à família para avisar; entra em contato com a maternidade.

3. ACS realiza visitas domiciliares às puérperas: sempre, às vezes, raramente /nunca.

4. Idade do bebê na primeira visita domiciliar: em dias.

5. ACS orienta a mãe sobre amamentação na primeira visita domiciliar: em quase todos os encontros, às vezes, raramente/nunca.

6. Quais orientações relativas ao aleitamento o ACS faz com frequência: questão aberta, categorias construídas após a análise.

7. Frequência com que o ACS aborda as vantagens da amamentação nas conversas com grávidas: sempre, às vezes, raramente /nunca.

8. Frequência com que o ACS aborda as vantagens da amamentação nas conversas com mãe de crianças de até seis meses: sempre, às vezes, raramente /nunca.

9. Frequência com que o ACS pergunta como está a amamentação nos encontros com mães de crianças de até seis meses - sempre, às vezes, raramente /nunca.

10. Nos encontros com mães de crianças de até seis meses, ACS procura ver o bebê mamar: sempre, às vezes, raramente /nunca.

11. Quando observa mães amamentando, ACS identifica dificuldades e procura orientar possíveis erros: sempre, às vezes, raramente /nunca.

12. Segurança do ACS para explicar como mães devem amamentar: sim ou não.

13. Frequência com que o ACS orienta a prevenção de fissuras nas mamas, dor ou ingurgitamento mamário: sempre, às vezes, raramente /nunca.

14. Participação do ACS em grupos de gestantes na Unidade de Saúde da Família: sim ou não.

15. Frequência com que grávidas são orientadas, em grupo de gestantes, sobre amamentação: em quase todos os encontros, às vezes, raramente/nunca.

16. Participação do ACS em grupos de crianças de até dois anos, na Unidade de Saúde da Família: sim ou não.

17. Frequência com que mães são orientadas, em grupo de crianças de até dois anos, sobre amamentação: em quase todos os encontros, às vezes, raramente/nunca.

18. Frequência com que as mães, nestes grupos, trocam informações e dicas sobre amamentação: em quase todos os encontros, às vezes, raramente/nunca.

19. Discussões sobre aleitamento entre o ACS e sua equipe: sempre, às vezes, raramente /nunca.

20. Equipe e ACS abordam os seguintes temas relativos ao aleitamento: como amamentar, importância/vantagens, problemas e dificuldades das mães, entre outros: sim, não.

Variáveis construídas para sumarizar os efeitos da AE:

1. Escore de acertos de conhecimentos antes e após a AE (variando de 0 a 31) : média, mediana, valor mínimo e máximo.

2. Escore de acertos de conhecimentos antes e após a AE, variável categórica: bom ($\geq 75\%$); regular ($\geq 50 < 75\%$); ruim ($< 50\%$).

3. Escore de acertos de práticas antes e após a AE (variando de 0 a 20): média, mediana, valor mínimo e máximo

4. Escore de acertos de práticas antes e após a AE, variável categórica: bom ($\geq 75\%$); regular ($\geq 50 < 75\%$); ruim ($< 50\%$)

5. Escore de acertos totais antes e após a AE (variando de 0 a 51): média, mediana, valor mínimo e máximo.

6. Escore de acertos totais antes e após a AE, variável categórica: bom ($\geq 75\%$); regular ($\geq 50 < 75\%$); ruim ($< 50\%$).

7. Incremento do escore de acertos de conhecimentos - escore de acertos de conhecimentos após menos o escore de acertos antes da ação educativa: média, mediana, valor mínimo e máximo.

8. Incremento do escore de acertos de práticas - escore de acertos de práticas após menos o escore de acertos antes da ação educativa: média, mediana, valor mínimo e máximo.

9. Incremento do escore de acertos totais - escore de acertos totais após menos o escore de acertos totais antes da ação educativa: média, mediana, valor mínimo e máximo.

3.7 Procedimentos de coleta de dados

A aplicação do questionário foi conduzida por entrevistadores treinados, sendo que as entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade de cada ACS, e realizadas nas USF onde eles trabalhavam.

O treinamento dos entrevistadores consistiu de leitura do questionário e esclarecimento de dúvidas, simulação de quatro entrevistas e discussão das nove entrevistas do pré-teste. Um único entrevistador aplicou todas as entrevistas da primeira fase do estudo e parte da segunda etapa, que contou também com um segundo entrevistador, treinado e inserido nessa etapa.

Os dois entrevistadores foram pessoas não envolvidas com o trabalho das equipes de saúde da família, para evitar constrangimentos ou interferências que pudessem modificar as respostas dos entrevistados. Para aumentar a validade das respostas dos ACS, na primeira aplicação do questionário houve recomendação para que o entrevistado evitasse comentar as questões com os demais colegas até que todos tivessem sido entrevistados. Na segunda entrevista, o questionário já era do conhecimento de todos.

3.8 Construção da ação educativa

3.8.1 Referencial pedagógico e técnico

Configurando-se como uma ação de EPS e em coerência com a proposta da AS, a intervenção educativa fundamentou-se em princípios básicos do Construtivismo. Em linhas gerais, segundo esse referencial pedagógico, os educandos são reconhecidos como sujeitos ativos de seus próprios conhecimentos, construindo significados e definindo sentidos e representações da realidade de acordo com suas experiências e vivências. O eixo central desse referencial consiste no pensamento crítico/produtivo e na atividade consciente/intencional dos educandos na resolução dos problemas encontrados na realidade⁴⁵.

Dois cursos já validados de capacitação de equipes de maternidade em AM foram adotados como referenciais técnicos para seleção dos conteúdos a serem tratados na ação educativa. O primeiro, denominado “Manejo Clínico e Promoção do Aleitamento Materno em um Hospital Amigo da Criança”, com duração de 18 horas, foi criado pelo UNICEF e pela OMS ^{OMS 1 e Coutinho 4} no final da década de oitenta, e aborda principalmente a importância do AM para a saúde infantil, fisiologia da lactação, como amamentar, prevenção e manejo de fissuras, ingurgitamento e mastite, entre outros temas referentes a aspectos clínicos da amamentação. O segundo curso, sob o título de Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento, com duração de 40 horas, foi concebido pela OMS e UNICEF¹² na década de noventa, e inclui todo o conteúdo do anterior, mas dá maior ênfase no desenvolvimento da habilidade de apoiar mães que amamentam.

3.8.2 Etapas de planejamento

Foram realizadas quatro reuniões para preparação da intervenção, com um grupo de cinco profissionais que atuam em maternidades, banco de leite e em UBS e USF do município de Botucatu, todos com formação em AM e convidados a participar do planejamento e implementação dessa intervenção educativa. Houve, também, a contribuição de um profissional com formação em EPS, que atuou como consultor pedagógico para auxiliar no processo de estruturação da intervenção doravante denominada Ação Educativa (AE).

Os resultados da avaliação inicial de conhecimentos e práticas dos ACS foram considerados para a definição final dos conteúdos e distribuição da carga horária da ação educativa.

Cabe ressaltar que, na escolha dos temas e das formas que os ACS deveriam proceder para promover e apoiar o AM junto à comunidade e às famílias, houve a preocupação de se ater ao limite de competência técnica e legal desses profissionais da saúde.

3.9 Procedimentos de análise dos dados

Os questionários foram revisados após sua aplicação, para conferência e esclarecimento de dúvidas, depois digitados em banco do programa Excell 6.0 ⁴⁶. A digitação foi realizada pela autora do estudo e uma aluna de iniciação científica, sendo conferidos cerca de 5% dos questionários, para verificação da qualidade da digitação. Seguiu-se o processamento das frequências de respostas de todas as questões, reagrupamento de categorias, quando pertinente, análise de consistência (pela comparação das respostas dadas a questões relacionadas) e correção de eventuais erros. Essas análises foram realizadas com o programa SPSS 12.0 ⁴⁷.

As questões abertas foram digitadas na íntegra e, posteriormente, agrupadas em categorias, segundo um processo de classificação por afinilamento que envolveu a identificação do conteúdo principal das respostas e das semelhanças entre esses conteúdos.

As distribuições de frequências de ACS, segundo suas respostas para todas as questões, antes e após a capacitação, foram computadas e comparadas. A mesma análise foi feita com as respostas classificadas em adequadas e inadequadas. Na comparação antes e após, foram empregados os testes qui-quadrado (comparação de proporções) adotando-se $p < 0,05$ como nível crítico.

A comparação dos escores de conhecimentos (0-31), de práticas (0-20) e total (0-51), em termos de valores médios, antes e após a capacitação, foi feita pelo teste T de *Student* para amostras pareadas. Os escores também foram categorizados em três níveis: bom ($\geq 75\%$), regular ($\geq 50\% < 75\%$) e ruim ($< 50\%$), sendo a comparação antes e após feita pelo Teste Qui-quadrado.

O impacto da AE foi considerado positivo quando as diferenças dos escores foram favoráveis, isto é, no sentido de mais conhecimentos e práticas adequados. A magnitude do impacto foi aferida pela análise dos incrementos observados nos três escores.

Em todas as análises, adotou-se $p < 0,05$ como nível de significância.

Além dos procedimentos acima descritos, para a análise da adequação da AE, foram realizadas avaliações dessa intervenção sob a perspectiva dos ACS participantes do processo educativo, por meio do preenchimento de um instrumento especialmente elaborado para tal. Essa avaliação foi realizada ao término dessa ação (Apêndice 2).

Ressalta-se que, ao término de cada encontro, foram realizadas avaliações orais sobre o desenvolvimento da intervenção.

3.10 Aspectos éticos

Todos os ACSs foram previamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo e convidados a dele participar, sendo assegurado o direito de participar da AE mesmo sem participação na pesquisa. Não houve recusas, todos assinaram termo de consentimento (Apêndice 3). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, aprovado em reunião de 04/12/2006 (Anexo 1).

Em se tratando de funcionários, foi assegurado a todos que a presente pesquisa não envolvia avaliação de desempenho, garantindo-se sigilo das respostas dadas às duas entrevistas.

4. Resultados



4.1. Caracterização dos ACS

As características dos ACS estudados são apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Participaram do estudo 54 agentes, 31 (57,4%) tinham entre 20 e 30 anos, 48 (88,9%) eram mulheres; 34 ACS (63,0%) tinham filhos, 27 (50,0%) um ou dois filhos. Quanto à escolaridade, 50 (92,6%) completaram o ensino médio, desses, e quatro (7,4%) faziam curso superior. Os quatro ACS com ensino médio incompleto, (7,4%), estavam estudando e o completariam em 2008 (Tabela 1). Constatou-se a média de idade de $30 \pm 7,63$ anos, mediana de 29 anos, mínimo de 20 e máximo de 49 anos. A média de tempo de estudo foi de $11,06 \pm 0,53$ anos, mínimo de 10 e máximo de 13 anos.

A maioria dos ACS (43 - 79,6%) já estava trabalhando (em qualquer tipo de atividade) há mais de quatro anos, 26 ACS, quase metade dos ACS (48,1%) atuava no PSF há mais de 24 meses, apenas seis (11,1%) atuavam há seis meses ou menos. A média do tempo de atuação nesse programa foi de $27,24 \pm 17,36$ meses, mediana de 20 meses, com ampla variação: mínimo de zero e máximo de 51 meses.

Todos os agentes relataram participação prévia em algum treinamentocurso sobre amamentação, 40 (74,0%) em dois ou mais, sendo que 30 (55,5%) referiram até duas horas como carga horária do maior treinamento. Apenas seis agentes (11,2%) relataram treinamento sobre AM anterior com carga horária maior do que quatro horas (Tabela 2). O tempo médio de treinamento em AM foi de $3,55 \pm 2,52$ horas, mediana de três, mínimo de uma e máximo de 12 horas.

Tabela 1 - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo características demográficas, escolaridade, número de filhos, tempo de atuação profissional e na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, 2008.

Características	N	%
Idade (anos)		
20 a 30	31	57,4
31 a +	23	42,5
Sexo		
Masculino	6	11,1
Feminino	48	88,9
Escolaridade		
Ensino médio incompleto	4	7,4
Ensino médio completo/superior incompleto	50	92,6
Número de filhos		
Nenhum	20	37,0
1 a 2	27	50,0
3 a +	7	13,0
Tempo total de trabalho (meses)		
≤12	2	3,7
13 a 48	9	16,7
49 a 120	23	42,6
121 a +	20	37,0
Tempo de atuação no PSF (meses)		
≤ 6	6	11,1
7 a 12	8	14,8
13 a 24	14	25,9
25 a +	26	48,1

Quando se perguntou aos agentes com filhos (n=34) sobre suas experiências pessoais com amamentação (da própria ACS ou da companheira do ACS), 33 (97,1%) relataram que tiveram filhos amamentados. Indagados sobre a duração da amamentação exclusiva do primeiro filho, 12 (36,4%) disseram que o leite materno foi o único alimento do primeiro filho por até no máximo 30 dias, apenas três referiram 180 dias ou mais (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos ACS segundo participação em capacitações sobre aleitamento materno (n=54) e experiência pessoal com a amamentação (n=34). Botucatu, 2008.

Características	N	%
Número de capacitações sobre AM		
0	0	0
1	14	25,9
2	31	57,4
3 a +	9	16,6
Carga horária das capacitações (horas)		
≤1,0	18	33,3
1,1 a 2,0	12	22,2
2,1 a 3,0	5	9,3
3,1 a 4,0	11	20,3
4,1 a 8,0	5	9,3
8,1 a 12,0	1	1,9
Sem informação	2	3,7
Experiência pessoal com amamentação dos filhos		
Sim	33	97,1
Não	1	2,9
Tempo de AME do primeiro filho, em meses (n=33)		
0,1-1,0	12	36,4
1,1 a 2,0	0	0
2,1 a 3,0	4	12,1
3,1 a 4,0	4	12,1
4,1 a 6,0	10	30,3
6,1 a 9,0	3	9,1
9,1 a 12,0	0	0
12,1 e mais	0	0

Em síntese, os ACS estudados eram jovens; com nível de escolaridade médio; majoritariamente mulheres; com filhos; com experiência pessoal de curto período de amamentação exclusiva; já expostos ao tema AM em cursos/treinamentos prévios de curta duração; trabalhando na Estratégia Programa de Saúde da Família, há tempos bastante variados, porém poucos com tempo de atuação igual ou menor do que seis meses.

4.2 Descrição da ação educativa

Seguindo os referenciais, pedagógico e técnico, já descritos, e tendo por base os resultados da primeira entrevista sobre conhecimentos e práticas dos ACS em AM

(situação inicial), foi organizado um curso de 32 horas na forma de oficinas de trabalho, de cunho teórico-prático, desenvolvido em quatro encontros presenciais consecutivos, um a cada semana, em setembro e outubro de 2007.

Como estratégia de ensino, valorizou-se principalmente a discussão focada na solução de problemas/dificuldades vividos pelas mães e reportados/percebidos aos/pelos ACS no cotidiano do trabalho, bem como nas experiências pessoais desses profissionais em AM. Por suas características, pode-se considerar essa AE, basicamente, como um curso de imersão: em cada encontro, todos os envolvidos (agentes e facilitadores do processo ensino-aprendizagem) permaneceram no mesmo local durante oito horas, alternando momentos coletivos de trabalho, descanso, alimentação e lazer. Fez parte da intervenção educativa, também, momentos não presenciais complementares, desenvolvidos pelos ACS em seus domicílios e/ou locais de trabalho.

Foram incluídos os seguintes conteúdos teórico-práticos: vantagens do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e do aleitamento materno nos dois primeiros anos de vida; riscos da alimentação artificial, do uso de chupetas, mamadeiras e da alimentação complementar inoportuna e seus aspectos culturais, econômicos e sociais; mecanismos fisiológicos da lactação e sucção e a percepção desses pelo senso comum; como ajudar as mães a iniciar e manter a amamentação nos primeiros dias de vida do lactente; como avaliar uma mamada; como ajudar as mães a superar as dificuldades do aleitamento materno; rotinas e práticas para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno na Atenção Básica e na atenção domiciliar; promoção do aleitamento materno durante a gravidez e após o nascimento; como ouvir e aprender ouvindo; como desenvolver a confiança e dar apoio às gestantes, mães e suas famílias.

A ação educativa foi conduzida por seis facilitadores, cinco enfermeiras e uma nutricionista, com formação e diferentes tipos de experiências de trabalho, tanto na ESF como em AM. A maior parte desses facilitadores, participou do planejamento da AE,

sendo que todos foram devidamente preparados para executá-la. Contou-se, também, com outros profissionais convidados a contribuírem com atividades necessárias ao curso relativas às suas especialidades.

As técnicas de ensino adotadas foram: apresentações dialogadas, orais e por meio de multimídia, dinâmicas e discussões em pequenos grupos e em plenária, apresentação de situações/problema para debate em pequenos grupos e posterior dramatização de seu enfrentamento, trabalhos com recortes e colagens para expressão de concepções sobre aleitamento materno e o trabalho com esse tema nas USF, leitura de textos de apoio, atividades não presenciais e atividades no ambiente de trabalho para posterior apresentação e discussão, segundo uma programação previamente definida, mas flexível para se adaptar ao desempenho dos participantes. A programação detalhada da AE consta do Apêndice 4.

No primeiro encontro, o curso teve início às oito horas da manhã com a utilização de dinâmicas realizadas por um psicólogo (convidado), com música e movimentos que propiciaram aquecimento, integração e a apresentação de todos. Em seguida, outra dinâmica foi utilizada para dividir os agentes em grupos, procurando uma formação heterogênea, isto é, mesclando profissionais das várias unidades.

Com os grupos já estabelecidos, solicitou-se que os “batizassem” e em seguida respondessem à pergunta: *Porque o tema “amamentação” é importante para o ACS, na sua formação e no seu trabalho diário?* Após discussões, o grupo deveria construir um painel com uma frase síntese que representasse sua idéia central sobre o tema; houve então a apresentação dos painéis para a plenária e discussão das respostas.

Após um intervalo de 15 minutos, todos os ACS foram convidados a escrever, individualmente, um breve relato sobre sua experiência pessoal e profissional com a amamentação, sem se identificar e com letra legível. Após isso, os relatos foram trocados entre os integrantes do grupo, que os leram em voz alta e em primeira pessoa para os

demais integrantes. Houve, então, discussão interna nos grupos sobre as experiências relatadas.

Após o almoço, houve aula expositiva dialogada com o tema - *Porque é importante amamentar?* - ministrada por uma enfermeira, com formação em AM e em seu aconselhamento. Em seguida, os ACS, divididos em grupos, escreveram em tarjetas cinco argumentos que utilizariam para incentivar e motivar uma gestante para amamentar. Houve apresentação e discussão em plenária.

Às 15h30 houve um intervalo e, logo após, aula expositiva dialogada sobre - *Composição do leite humano e variações na aparência do leite e Riscos do uso de outros leites* - ministrada por uma nutricionista. Em seguida, indicou-se, como tarefa para casa, a leitura e anotação de dúvidas de um texto de apoio fornecido aos participantes. Realizou-se então a avaliação do dia, com a dinâmica - *Sua avaliação em uma palavra* - e encerramento das atividades.

Iniciou-se o segundo encontro na terça-feira seguinte com a aula expositiva dialogada que abordou os temas - *Como o leite vai do peito para a boca do bebê?*, *Cuidados antes e após a mamada*, *Como colocar o bebê para mamar e avaliar a mamada* e *Quando/quanto amamentar?* - ministrada por duas enfermeiras.

Após o intervalo para o café, divididos em grupos, os ACS debateram e encenaram como gostariam de ser abordados e orientados sobre amamentação em uma visita domiciliar, colocando-se no papel de uma mãe de um recém-nascido com sete dias de vida. Após, houve apresentação para a plenária e discussão das cenas representadas.

Houve intervalo para o almoço e, na sequência, duas enfermeiras ministraram a aula expositiva sobre - *Como ouvir e aprender?*; *Como tirar uma história de amamentação?*; *Como desenvolver confiança e dar apoio?*; *Ouvir, entender e orientar*; *Como oferecer apoio permanente às mães?*. Houve o intervalo para o café e, novamente,

com os ACS divididos em grupos, foi realizada uma dramatização, com agentes no papel de mães e de profissionais de saúde. As histórias foram adaptadas de casos utilizados no curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno da OMS¹¹.

A tarefa de casa proposta no segundo encontro foi realizar uma visita domiciliar para obter uma história de amamentação e observar a mãe amamentando, registrando e analisando os itens do roteiro de avaliação da mamada. O relato dessa atividade foi feito oralmente para a plenária, no terceiro encontro.

O terceiro dia do curso começou com uma palestra ministrada por uma odontóloga (convidada), que abordou a relação do aleitamento com a odontologia, a importância do AM para a formação e o fortalecimento da musculatura facial e as contra-indicações do uso de bicos e chupetas.

Após o intervalo para o café, os agentes, em grupos, discutiram como desestimular o uso de chupeta e mamadeira em suas visitas domiciliares e nos atendimentos em grupo na unidade de saúde. As idéias foram apresentadas em cartazes confeccionados com recortes que tinham como público-alvo mães clientes de unidades de saúde da família. Houve apresentação dos cartazes para a plenária e debate.

Em seguida, foi ministrada a aula expositiva dialogada sobre os temas - *Problemas precoces e tardios com amamentação, Como lidar com as queixas de pouco leite, leite fraco e leite secou?* e *Como aumentar a produção de leite?* Para melhorar a assimilação dos conteúdos, foi realizada uma dinâmica com bexigas enchidas progressivamente para simular uma mama com graus variados de ingurgitamento e as conseqüentes dificuldades de pega correta.

Neste momento do curso, houve uma atividade considerada muito significativa pelos facilitadores e ACS, quando se apresentaram e se discutiram os relatos obtidos com

as visitas domiciliares realizadas na semana anterior a fim de coletar histórias reais de amamentação e observar as mamadas.

Após intervalo para almoço, uma enfermeira ministrou a aula expositiva sobre - *Como proteger a amamentação das pressões comerciais* – e, em seguida, retomou-se o trabalho de discussão nos grupos, com a utilização de casos sobre os problemas precoces e tardios com a amamentação. Após o café da tarde, continuou a apresentação e discussão das histórias.

A tarefa de casa solicitada, nesse terceiro dia de curso, foi trazer uma receita de “papinha” para bebês a partir de seis meses de vida que fosse usual na comunidade, com vistas à discussão da alimentação complementar no encontro seguinte.

Iniciou-se o quarto dia de curso com a enfermeira responsável pelo Banco de Leite Humano (BLH) de Botucatu ministrando palestra sobre - *Como retirar leite materno e alimentar bebês quando a mãe precisar se afastar*. Intervalo para café e uma nutricionista ministrou a aula - *Alimentação complementar e Alimentação da mãe que amamenta*. Os relatos de receitas de “papinhas” foram aproveitados para conduzir o tema.

Após o almoço, como atividade de fechamento do curso, contou-se com as enfermeiras responsáveis pelas USF de Botucatu para, junto com os agentes, debaterem a atuação das unidades em promoção e apoio ao AM e o papel dos ACS, neste processo. As idéias foram apresentadas em painel, que foi comparado com os cartazes confeccionados no primeiro dia, contendo a visão inicial sobre este tema. Alguns pactos entre agentes e chefias das equipes foram realizados, no sentido de ampliar as oportunidades de inserção da promoção e apoio ao AM, no dia-a-dia das unidades de saúde. Houve a apresentação da visão dos ACS sobre dificuldades e possibilidades dessa atuação, em plenária.

O encerramento deu-se após avaliação formal, escrita. (Apêndice 2). Admitindo-se que a intervenção educativa desenvolvida se configurava como uma ação de EPS, a citada

avaliação final foi proposta no sentido de valorizar o ponto de vista dos próprios sujeitos dessa experiência, os ACS. Sob essa perspectiva e com a principal finalidade de obter subsídios para verificar os problemas ocorridos, bem como os pontos positivos, buscou-se avaliar o curso em cinco grandes aspectos: *auto-avaliação*, *desempenho dos facilitadores*, *conteúdo abordado*, *métodos e recursos utilizados* e *processo de avaliação*.

Como resultados dessa avaliação, do total de 65 instrumentos distribuídos, 62 (95,4%) foram devolvidos, sendo que desses últimos, 29 (46,8%) apresentaram respostas satisfatórias em todos os aspectos abordados; os outros 33 (53,2%) instrumentos, junto com respostas satisfatórias, também continham uma ou mais indicações insatisfatórias, especificadas a seguir.

Sobre a *auto-avaliação*, observou-se que seis (9,8%) ACS referiram problemas quanto à motivação inicial, quatro (6,4%) à pontualidade, três (4,8%) ao relacionamento com facilitadores e dois (3,2%) ao aumento no interesse no assunto.

Quanto aos problemas sobre o *desempenho dos facilitadores*: não houve citações sobre assiduidade e sobre a participação nas atividades, porém quatro (6,4%) referiram problemas no relacionamento com os participantes e dois (3,2%) ACS no domínio do tema.

Em relação ao *conteúdo abordado*, quatro (6,4%) ACS apontaram problemas quanto à coerência com a prática, dois (3,2%) à organização e um (1,6%) à escolha dos temas e subtemas.

No que diz respeito aos *métodos e recursos utilizados*, identificou-se que não houve referências a problemas quanto ao número de facilitadores/participantes, sendo que nove (14,5%) ACS referiram problemas quanto à carga horária total, oito (12,8%) às dinâmicas empregadas, oito (12,8%) à distribuição da carga horária, seis (9,8%) aos exercícios propostos e realizados individualmente (em serviço), cinco (8,1%) à contribuição dos

colegas, cinco (8,1%) adequação do local, quatro (6,4%) aos recursos didáticos, três (4,8%) aos exercícios propostos e realizados em grupo, um (1,6%) número de participantes e um (1,6%) ao aproveitamento do conhecimento prévio.

Observou-se que houve somente uma referência (1,6%) sobre problemas nos métodos e oportunidades de avaliação, empregados.

Na intenção de qualificar melhor os itens acima apresentados, na seqüência, apresenta-se a opinião dos ACS sobre os aspectos que poderiam contribuir para melhorar esse tipo de intervenção.

Como *auto-avaliação*, constatou-se quanto à falta de motivação inicial para participar da AE, que a própria participação na mesma fez com que essa situação se revertisse, sendo que a maior parte dos ACS reconhece a grande contribuição desse tipo de intervenção na aquisição de conhecimentos, esclarecimentos de dúvidas e integração entre os outros ACS. Confirmando esses resultados positivos, encontram-se, entre as respostas, recomendações para a maior inclusão dos temas aprendidos nas atividades já realizadas nas USF e em outras que deveriam ser efetivadas.

Quanto ao *desempenho dos facilitadores*, destacaram-se as referências sobre a necessidade de acordar previamente os temas a serem abordados entre os próprios facilitadores e convidados, bem como de haver uma atitude menos autoritária por parte dos facilitadores em relação aos educandos, no que se refere à possibilidade de se ausentarem das atividades para satisfazerem as suas necessidades fisiológicas. Além disso, foi destacada a propriedade da contextualização da abordagem de alguns temas apresentados aos aspectos socioeconômicos das microáreas em que os ACS trabalham.

A respeito do *conteúdo abordado*, além do exposto, foi destacada a necessidade de se verificar, previamente, o que e quando será abordado para não haver repetição desnecessária de abordagens de temas, entre os encontros. A sugestão do aumento nas

atividades práticas do curso (em serviço), também, foi lembrada, devendo incluir a participação dos facilitadores no contexto das USF.

Entre as citações sobre os *aspectos metodológicos* empregados, foi sugerido que as dinâmicas poderiam ser mais exploradas, com menos utilização de dramatizações. Também, que a carga horária diária poderia ser menor, utilizando somente meio período do dia, havendo polaridade de opiniões quanto ao aumento e diminuição da carga horária total. Houve, porém, um forte indicativo da necessidade de se continuar essa capacitação, em outras oportunidades, devendo incluir outros membros da equipe e gerência das USF nas mesmas. Foram sugeridas mudanças quanto ao conforto do local, pontualidade dos horários de café/início das atividades e qualidade das refeições servidas. Ao mesmo tempo, foi indicada a necessidade de compor turmas menores para facilitar a participação de todos os educandos e haver menos barulho, além de ser sugerida a divisão das turmas por nível de conhecimento prévio sobre o assunto. Foi sugerida, também, a inclusão de mais conteúdo na apostila fornecida.

A Tabela 3 mostra resultados da avaliação da AE, na visão dos ACS, realizada dois meses após seu encerramento, em resposta às duas questões abertas: O que mudou, em sua prática diária de trabalho, após o curso sobre aleitamento:

- a) Quando você está junto com a sua equipe de PSF?
- b) Quando você está fazendo suas visitas na comunidade?

Foi interessante constatar que, para os ACS, a intervenção produziu mudanças positivas, tanto em seus conhecimentos quanto nas práticas relacionadas com oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno junto às famílias, inclusive com repercussões percebidas junto à equipe de saúde e na própria população atendida. O conteúdo principal das opiniões de cada ACS sobre a AE decorridos dois meses de seu encerramento, agrupados em categorias, são descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo seus relatos de mudanças atribuídas à intervenção educativa sobre aleitamento materno. Botucatu, 2008.

Relatos de mudanças após a intervenção educativa em AM	N	%
Quanto à equipe		
Aquisição/acréscimo de conhecimentos/experiências para o ACS	10	18,5
Aumento de confiança/segurança para o ACS	6	11,1
Ampliação da participação/aceitação do ACS no trabalho em equipe	21	38,8
Alinhamento conceitual e prático em relação à equipe	5	9,3
Mudou pouco ou nada mudou em relação à equipe	10	18,5
Não sabe	1	1,9
Sem resposta	1	1,9
Quanto às visitas domiciliares dos ACS		
Aumento na quantidade e qualidade das orientações	29	53,7
Aumento da segurança em orientar	13	24,0
Melhora na forma de abordar as gestantes e mães	8	14,8
Mudança de comportamento das mães (segurança, e re-lactação)	2	3,7
Mudou pouco ou nada mudou nas visitas domiciliares	1	1,9
Sem resposta	1	1,9

O efeito da ação educativa, mais apontado, foi sentir-se mais aceito e em melhores condições de participar da equipe multiprofissional da unidade de saúde da família, seguido de ampliação de conhecimentos e experiências sobre o tema AM. Somadas as respostas, 42 (77,7%) ACS relataram mudanças positivas em seu relacionamento com a equipe após a AE. Também, houve uma proporção considerável de agentes (10 ACS, 18,5%) que não observaram mudanças em seu relacionamento com a equipe após a AE. Em relação à atuação nas visitas domiciliares, destaca-se que mais da metade dos ACS relataram melhora na qualidade e quantidade das orientações prestadas às mães, além de mais segurança para orientá-las (13 ACS, 24,0%) e para abordar o tema AM com gestantes e mães (8 ACS, 14,8%). Estas categorias juntas foram apontadas por 50 (92,5%) ACS.

4.3. Conhecimentos e práticas dos ACS sobre aleitamento materno, antes e após a ação educativa

A distribuição dos ACS, segundo suas respostas às questões fechadas envolvendo conhecimentos sobre aleitamento materno, é apresentada na Tabela 4. Antes da capacitação, 37 ACS (68,5%) afirmaram que iniciar a amamentação ainda na sala de parto era a época mais correta, proporção que subiu para 48 ACS (88,9%) após a intervenção. Sobre o que fazer quando a mama está ingurgitada, antes da capacitação, 30 ACS (55,6%) responderam tirar um pouco de leite e colocar o bebê para mamar, sendo que 45 (81,5%) deram essa resposta após a intervenção educativa. O número de agentes que indicaram verificar a posição do bebê e a adequação da pega para manejo de fissuras mamilares subiu de 27 (50%), antes da intervenção, para 46 (85,2%) após a intervenção. Mudanças importantes nas respostas sobre a forma de fazer a higiene das mamas também foram verificadas: 23 (42,5%) dos ACS responderam, antes da capacitação, que apenas tomar banho diariamente seria suficiente, enquanto 48 (88,9%) deram essa resposta após a intervenção. Caiu a frequência de ACS que recomendavam passar pomadas cicatrizantes após cada mamada, de 10 (18,5%) para 2 (3,7%) e que preconizavam lavar a mama com água e sabão antes da mamada, de 19 (35,2%) para 5 (9,3%).

A Tabela 4 ainda evidencia que a proporção de ACS que indicaram seis meses como o período recomendado de aleitamento materno exclusivo, antes e após a capacitação, não se alterou. Sobre a recomendação de duração do AM, antes da capacitação 26 (48,1%) responderam que o correto seria por 24 meses ou mais, proporção que subiu, após a intervenção educativa, para 57,4%, sem alcançar significância estatística. Note-se que houve redução na frequência de respostas indicando de seis a oito meses como tempo adequado de duração do aleitamento materno, resultado com significância estatística.

Tabela 4 - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo conhecimentos relativos ao aleitamento materno antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.

Conhecimentos	Antes		Após		p-valor
	N	%	N	%	
Quanto tempo após o parto iniciar a amamentação					
Na sala de parto	37	68,5	48	88,9	0,0096
Seis horas após o nascimento	9	16,7	5	9,3	0,2529
Quando já há leite	1	1,9	0	0	0,3088
Não sabe	5	9,3	1	1,9	0,0945
Outra	2	3,8	0	0	0,1481
O que a mãe deve fazer diante da mama ingurgitada					
Colocar o bebê imediatamente para mamar	4	7,4	5	11,1	0,5070
Tirar leite com bombinha e desprezar	4	7,4	0	0	0,0416
Tirar um pouco de leite e colocar o bebê para mamar	30	55,6	45	81,5	0,0037
Fazer compressa c/ água quente, tentar esvaziar a mama	14	25,9	3	5,6	0,0038
Não sabe	0	0	0	0	
Outra	2	3,7	1	1,9	0,5708
O que a mãe deve fazer na presença de fissuras mamilares					
Tirar leite com as mãos e oferecer p/ o bebê com	4	7,4	2	3,7	0,4011
chuca/mamadeira	4	7,4	4	7,4	1,0000
Parar de amamentar se houver sangramento	10	18,5	2	3,7	0,0144
Passar pomadas cicatrizantes após cada mamada	27	50,0	46	85,2	0,0001
Verificar a posição do bebê e como ele está mamando	5	9,3	0	0	0,0217
Não sabe	4	7,4	0	0	0,0416
Outra					
Como a nutriz deve cuidar da higiene da mama					
Lavar a mama com água e sabão antes da mamada	19	35,2	5	9,3	0,0012
Passar pomada e/ou hidratante	0	0	0	0	0,0000
Apenas tomar banho diariamente	23	42,5	48	88,8	0,0154
Usar compressas absorventes	8	14,8	1	1,9	0,0778
Não sabe	3	5,6	0	0	0,3088
Tempo recomendado de aleitamento materno exclusivo (meses)					
<4	1	1,9	0	0	0,3088
4 a 5	4	7,4	1	1,9	0,1747
6	48	88,9	48	88,9	0,9868
7 a +	1	1,9	5	9,3	0,0945
Não sabe	0	0	0	0	-
Tempo recomendado de aleitamento materno (meses)					
<6	0	0	0	0	-
6 a 8	5	9,3	0	0	0,0217
9 a 11	8	14,8	5	9,3	0,3753
12 a 23	14	25,9	17	31,5	0,5273
24 a +	26	48,1	31	57,4	0,3331
Não sabe	1	1,9	1	1,9	0,9847

Em síntese, quanto aos conhecimentos teóricos, antes da capacitação, para apenas um tópico, duração recomendada do AME, o desempenho foi satisfatório (acima de 75%). Chama atenção a frequência elevada de agentes que julgavam adequadas as compressas quentes na mama ingurgitada 14 ACS (25,9%), passar pomadas no mamilo fissurado 10 ACS (18,5%) e lavar a mama com água e sabão antes de cada mamada 19 ACS (35,1%), condutas inadequadas e que podem prejudicar o sucesso do início do aleitamento materno. Após a AE, houve melhora nos resultados, com aumento de frequências de respostas positivas e redução de negativas, para vários dos itens pesquisados.

As respostas dos ACS às questões sobre práticas relacionadas com oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno junto a gestantes, mães e famílias são apresentadas na Tabela 5.

Antes da intervenção, a alternativa mais citada pelos ACS para descobrir uma gestante na sua área de atuação foi perguntar nas visitas domiciliares rotineiras, 41 ACS (75,9%), e na sequência, descobrir por conversas informais, 36 ACS (66,7%), e relatos de resultados de teste de gravidez, realizados nas unidades de saúde, 36 ACS (66,7%). Após a AE, houve redução das respostas que indicavam conversas informais ou a espera da gestante na unidade de saúde como as formas de descobrir gestantes em sua área de atuação, mas sem alcançar significância estatística.

Para descobrir uma mulher que deu à luz, a alternativa mais utilizada pelos ACS, antes da AE, era perguntar nas visitas domiciliares, 52 ACS (96,3%), frequência que reduziu para, 46 ACS (85,2%) após essa ação, resultado no limiar da significância estatística. Também houve redução na atitude passiva de esperar ser informado sobre esse fato no serviço de saúde, pela puérpera ou pela família, entretanto sem alcançar significância estatística, em ambos os casos.

Antes da capacitação, 53 ACS (98,1%) já afirmaram fazer regularmente visitas domiciliares a puérperas que recém voltaram da maternidade, sendo que uma alta proporção (68,5%) as fazia antes de o bebê completar sete dias de vida, com discreta elevação nessa frequência (74,1%), após a capacitação, sem significância estatística.

Houve redução do número de agentes que afirmaram raramente ou nunca ser capaz de identificar dificuldades com a amamentação, de 11 ACS (20,3%) para 4 (7,4%), resultado no limiar da significância estatística. A proporção de ACS que relataram orientar mães de recém-nascidos sobre a amamentação em todos ou quase todos seus encontros sofreu pequena redução, após a AE, sem significância estatística.

Dobrou o número de ACS que informaram: participar de grupos de mães e, em todos os encontros, abordar temas relacionados com o AM. Da mesma forma, aumentou o número de ACS que relataram observar frequentemente as mães trocando informações sobre AM, em sessões de grupo. Mas, as ocorrências destas práticas ainda foram muito baixas após a AE.

Após a capacitação, o número de ACS que relataram participação em sessões de grupo reduziu de 22 ACS (40,7%) para 20 ACS (37,0)%, no caso de grupo de gestantes, e aumentou, no caso do grupo de mães, passando de 14 ACS (25,9%) para 16 ACS (29,6%). Essas foram modificações discretas e sem significância estatística.

A proporção de agentes que relataram observar a mamada na maior parte de seus contatos com nutrízes também foi muito baixa (7,4%) na primeira avaliação, 4 ACS, houve aumento após a capacitação, 8 ACS (14,8%), mas a frequência alcançada ainda permaneceu muito baixa.

Tabela 5 - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo práticas relativas a oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno antes e após a ação educativa. Botucatu, 2008.

Práticas	Antes		Após		p-valor
	N	%	N	%	
Como faz para descobrir uma gestante na sua área de atuação (múltiplas respostas)					
Espera que ela procure o serviço	11	20,4	9	16,9	0,6406
Descobre pelo resultado do teste de gravidez (na USF)	36	66,7	36	66,6	0,9912
Descobre por conversas informais	36	66,7	27	50,0	0,0784
Pergunta em suas VD*	41	75,9	39	72,2	0,6610
Como faz para descobrir uma mulher que deu à luz (múltiplas respostas)					
Espera que ela procure o serviço	19	35,2	12	22,2	0,1354
Pergunta em suas VD*	52	96,3	46	85,2	0,0465
Pede a família para avisar	26	48,1	24	44,4	0,6998
Entra em contato com a maternidade	0	0	0	0	-
Realiza VD* às puérperas após alta da maternidade					
Sempre ou na maioria das vezes	53	98,1	53	98,1	1,0000
Às vezes	0	0	1	1,9	0,3153
Raramente/nunca	1	1,9	0	0	0,3153
Idade do bebê quando faz a primeira VD*					
Até 3 dias	3	5,6	6	11,1	0,2965
Até 7 dias	34	62,9	34	63,0	0,9914
Até 15 dias	15	27,7	13	24,1	0,6694
Até 30 dias	2	3,7	1	1,9	0,5584
Mais que 30 dias	0	0	0	0	-
Não respondeu	1	1,9	0	0	0,3153
Na primeira VD* à puérpera, orienta sobre AM					
Em quase todos os encontros	44	81,5	49	90,7	0,1631
Em alguns encontros	6	11,1	11	20,4	0,1888
Muito raramente	4	7,4	1	1,9	0,1697
Aborda as vantagens do AM com grávidas					
Na maioria das vezes ou sempre	44	81,5	42	77,8	0,6241
Às vezes	6	11,1	11	20,4	0,1888
Raramente/nunca	4	7,4	1	1,9	0,1697
Aborda as vantagens do AM com mães de bebês até 6 meses					
Na maioria das vezes ou sempre	45	83,3	42	77,8	0,4627
Às vezes	9	16,7	12	22,2	0,4703
Raramente/nunca	0	0	0	0	-
Pergunta como está o AM para mães de bebês até 6 meses					
Na maioria das vezes ou sempre.	48	88,9	46	85,1	0,5571
Às vezes	5	9,3	7	12,9	0,5515
Raramente/nunca	1	1,9	1	1,9	0,9847
Procura ver bebês até 6 meses mamarem					
Na maioria das vezes ou sempre	4	7,4	8	14,8	0,2209
Às vezes	41	75,9	40	74,1	0,8290
Raramente/nunca	9	16,7	6	11,2	0,4094

Tabela 5 (cont.) - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo práticas relativas a oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno antes e após a ação educativa. Botucatu, 2008.

Práticas	Antes		Após		p-valor
	N	%	N	%	
Quando observa amamentação, identifica dificuldades					
Na maioria das vezes ou sempre	22	40,7	29	53,7	0,1760
Às vezes	21	38,8	21	38,8	1,0000
Raramente/nunca	11	20,3	4	7,4	0,0523
Consegue explicar para as mães como amamentar					
Sim	46	85,2	50	92,5	0,2281
Não	3	5,6	4	7,4	0,7044
Não se aplica	5	9,2	0	0	0,0217
Orienta prevenção de fissuras, dor ou ingurgitamento					
Na maioria das vezes ou sempre	39	72,2	39	72,2	1,0000
Às vezes	10	18,5	13	24,0	0,4848
Raramente/nunca	5	9,3	2	3,8	0,2480
Participa de grupos de gestantes					
Sim	22	40,7	20	37,0	0,6933
Não	32	59,3	34	63,0	0,6933
Orienta sobre AM nos grupos de gestantes (n=22 antes e 20 após)					
Em quase todos os encontros	15	68,2	15	75,0	0,6728
Em alguns encontros	4	18,2	5	25,0	0,4517
Raramente/nunca	2	9,0	0	0	-
Não respondeu	1	4,5	0	0	-
Participa de grupo de mães de crianças até dois anos					
Sim	14	25,9	16	29,6	0,6677
Não	40	74,1	38	70,4	0,6677
Orienta sobre AM nos grupos de mães (n=14 antes e 16 após)					
Em quase todos os encontros	5	35,7	10	62,5	0,0053
Em alguns encontros	7	50,0	6	37,5	0,190
Raramente/nunca	2	14,2	0	0	-
Observa troca de informações sobre AM nos grupos de mães (n=14 antes e 16 após)					
Em quase todos os encontros	1	7,1	7	43,8	0,0000
Em alguns encontros	7	50,0	8	50,0	0,6927
Muito raramente/nunca	3	21,4	1	6,3	0,0141
Não respondeu	3	21,4	0	0	-
Costuma falar sobre AM com sua equipe					
Com muita frequência	5	9,3	6	11,1	0,7573
Às vezes	33	61,1	35	64,8	0,6906
Raramente/nunca	16	29,6	13	24,1	0,5190

* VD = visita domiciliar

Antes da intervenção, quando perguntados se no dia-a-dia costumam falar sobre amamentação, nos encontros com suas equipes, 33 ACS (61,1%) responderam às vezes, número que pouco se modificou depois, 35 ACS (64,8%). Apenas cinco (9,3%) e seis (11,1%) ACS (antes e após a AE, respectivamente) referiram falar freqüentemente sobre AM com suas equipes, diferença não significativa.

Quanto às práticas relacionadas com oportunidades de promoção e apoio ao AM materno dos ACS, houve poucas mudanças após dois meses da AE. Práticas positivas já referidas com alta freqüência antes da AE assim permaneceram, porém práticas desejáveis e pouco implementadas, praticamente, não se alteraram após dois meses da ação educativa.

Apresentam-se nas Tabelas 6 e 7, os resultados relativos às mesmas questões que originaram as Tabelas 4 e 5, referentes a conhecimentos e práticas, após as respostas terem sido categorizadas em adequadas e inadequadas. Note-se que são apresentadas apenas as freqüências de respostas adequadas.

Para 16 das 26 questões referentes a conhecimentos sobre fisiologia da lactação, modo de amamentar, prevenção e manejo de intercorrências comuns ao início da amamentação e duração recomendada sobre AM, houve aumento significativo da freqüência de respostas adequadas (Tabela 6).

Destaca-se o aumento do número de ACS que, após a capacitação, deram respostas adequadas a questões sobre higiene das mamas, contra-indicação do oferecimento das duas mamas em toda mamada, medidas para manejo do ingurgitamento, contra-indicação de horários rígidos de mamadas, contra-indicação da oferta de chás para cólicas do lactente, reconhecimento de que não apenas a relação mãe/filho influi no sucesso do aleitamento e da importância de familiares e amigos para apoiar a amamentação, diferenças entre leite anterior e posterior, importância das mamadas noturnas, entre outras. Para as outras seis questões, houve aumento da proporção de respostas adequadas, mas sem alcançar significância estatística. Observou-se aumento significativo de respostas adequadas sobre o tempo recomendado para iniciar o AM, sobre a correta higiene das mamas (apenas banho diário e troca do sutiã) e sobre manejo do ingurgitamento e fissuras mamilares. Resultado insatisfatório sobre a duração do AM, já apontado, assim permaneceu: apenas 26 (48,1%) e 31 (57,4%) dos ACS deram resposta correta, respectivamente, antes e após a intervenção.

Tabela 6 - Número e proporção dos ACS (n=54) que deram respostas adequadas quanto a conhecimentos sobre aleitamento materno antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.

Conhecimentos	Resp. Adequadas Antes		Resp. Adequadas Após		p-valor
	N	%	N	%	
Higiene das mamas	30	55,6	47	87,0	0,0003
Inadequação da alternância da s mamas durante uma mamada	29	53,7	48	88,9	0,0001
Inadequação do uso de chupeta	48	88,9	52	96,3	0,1419
Medidas para o manejo do ingurgitamento	22	40,7	34	63,0	0,0210
Recomendação de tomar sol nas mamas	50	92,6	53	98,1	0,1747
Inadequação de horários definidos para amamentar	36	66,7	53	98,1	0,0000
Como lidar com um bebê com “sinais” de fome	52	96,3	54	100	0,1536
Diferença entre leite do início e do final da mamada	40	74,1	52	96,3	0,0012
Inadequação de chá para cólicas	44	81,5	51	94,4	0,0395
Importância da ajuda de pai, avós e vizinhos	35	64,8	45	83,3	0,0283
Relação mãe/bebê não é único condicionante do sucesso do AM	16	28,6	32	59,3	0,0020
Aleitamento protege contra problemas ortodônticos	53	98,1	53	98,1	1,0000
Frequência e duração das mamadas (livre-demanda)	40	74,1	49	90,7	0,0228
Efeitos da pega incorreta sobre a produção de leite	50	92,6	49	90,7	0,7212
Efeitos negativos da falta de mamadas noturnas	31	57,4	40	74,1	0,0675
Alimentos consumidos pela mãe não aumentam produção de leite	37	68,5	49	90,7	0,0042
Retirada do leite em excesso favorece produção	44	81,5	52	96,3	0,0144
Oferta de chá/outras líquidos diminui a produção de leite	41	75,9	48	88,9	0,0761
Capacidade das mães produzirem leite, mesmo se não se alimentam bem	7	13,0	27	50,0	0,0000
Inexistência de leite em pó que substitua a amamentação	49	90,7	53	98,1	0,7300
Quanto tempo após o parto deve iniciar a amamentação	37	68,5	48	88,9	0,0096
O que fazer com a mama ingurgitada	30	55,6	45	83,3	0,0018
O que fazer com fissuras no seio	27	50,0	46	85,2	0,0001
O que a mãe deve fazer quanto à higiene da mama	23	42,6	47	87,0	0,0000
Até quando o bebê deve receber somente leite materno	48	88,9	48	88,9	0,9868
Até quando o bebê deve receber leite materno complementado com outros alimentos	26	48,1	31	57,4	0,3331

Na Tabela 7, encontram-se os resultados da comparação das práticas dos ACS categorizadas em adequadas e inadequadas, antes e após a capacitação. Notam-se discretas mudanças (aumentos ou reduções) nas frequências dessas respostas, sem significância estatística. Vale ressaltar que não houve melhora na participação dos ACS em sessões de grupo de gestantes (na verdade, houve discreta redução) e mães, nem aumentou a proporção de ACS que referiram conversar frequentemente sobre AM com sua equipe. Porém, práticas positivas como visitar precocemente os recém-nascidos, abordar a amamentação nas visitas domiciliares a gestantes e mães e orientar a prevenção de fissuras, entre outras práticas adequadas, foram bastante relatadas antes da capacitação e assim permaneceram.

Tabela 7 - Número e proporção de ACS (n=54) que deram respostas adequadas sobre práticas relacionadas com oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.

Práticas	Resp. Adequadas Antes		Resp. Adequadas Após		p-valor
	N	%	N	%	
Faz visitas às puérperas.	53	98,1	53	98,1	1,0000
Realiza a primeira visita até sete dias de vida do recém-nascido	37	68,5	40	74,1	0,5201
Orienta sobre aleitamento na primeira visita.	44	81,5	49	90,7	0,1631
Fala das vantagens e importância do AM para grávidas.	44	81,5	42	77,8	0,6241
Fala das vantagens e importância do AM de lactentes.	45	83,3	42	77,8	0,4627
Pergunta como está o AM nos encontros com mães de lactentes.	48	88,9	46	85,2	0,5571
Procura ver o bebê mamar durante as visitas.	4	7,4	8	14,8	0,2209
Orienta possíveis dificuldades com a amamentação.	22	40,7	29	53,7	0,1760
Consegue explicar às mães como amamentar.	46	85,2	50	92,6	0,2281
Orienta sobre manejo do ingurgitamento e fissura mamária.	39	72,2	39	72,2	1,0000
Participa de grupo de gestantes	22	40,7	20	37,0	0,6933
No grupo, as gestantes são orientadas sobre AM (n=22 * e 20**)	15	68,1	15	75	1,0000
Participa de grupo de mães de crianças até dois anos.	14	25,9	16	29,6	0,6677
Neste grupo, as mães são orientadas sobre AM. (n=14* e 16**).	5	36	10	62,5	0,1670
Mães trocam informações sobre AM no grupo. (n=14* e 16**).	1	7,1	7	43,7	0,0281
A equipe fala sobre aleitamento materno.	5	9,3	6	11,1	0,7573

* n total para essa questão antes da AE

** n total para essa questão após a AE

A seguir, são apresentados resultados da avaliação de conhecimentos dos ACS obtidos a partir de questões abertas.

Indagados sobre as vantagens do AM para a mãe que amamenta, antes da AE, maior contato com o bebê foi a resposta mais freqüente, seguida de menor custo e maior praticidade. Após a AE, a mais rápida involução uterina e conseqüente redução do sangramento pós-parto e a redução do risco de câncer foram as vantagens mais referidas (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre as vantagens do aleitamento materno para a mãe antes e após ação educativa. Botucatu, 2008

Conhecimentos sobre vantagens do aleitamento materno para a mãe	Antes		Após		p-valor
	N	%	N	%	
Promove maior contato mãe-filho.	22	40,7	26	48,0	0,4390
Custo mais baixo.	17	31,4	15	28,0	0,6735
É mais prático.	13	24,0	9	17,0	0,3391
Auxilia contração do útero no pós-parto e reduz sangramento.	12	22,2	30	56,0	0,0004
Auxilia a perda de peso.	10	18,5	14	26,0	0,3548
Evita ingurgitamento mamário.	6	11,1	3	5,5	0,2915
Previne doenças no bebê.	6	11,1	1	1,8	0,0492
Reduz o risco de câncer de mama e útero.	5	9,2	21	39,0	0,0003
Promove bem estar para a mãe.	4	7,4	4	7,4	1,0000

A Tabela 9 mostra resultados obtidos com questão aberta sobre as vantagens do aleitamento materno para a criança amamentada. Prevenção de doenças e melhor nutrição foram as vantagens apontadas pelos ACS com alta e maior freqüência, antes e após a ação educativa. Melhor desenvolvimento da dentição e das estruturas da mastigação foi vantagem citada antes da ação educativa por 9 (16,6%) dos agentes, passando a 17 (31,4%) após a AE, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Tabela 9 - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre as vantagens do aleitamento materno para o bebê antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.

Conhecimentos sobre vantagens do aleitamento materno para o bebê	Antes		Após		p-valor
	N	%	N	%	
Previne doenças no bebê.	44	81,4	45	83,3	0,7957
Produz nutrição adequada do bebê.	21	38,8	27	50,0	0,2415
Promove vínculo mãe-filho.	14	25,9	19	35,1	0,2991
Estimula a inteligência.	13	24,0	14	25,9	0,8195
Promove o crescimento do bebê.	9	16,6	6	11,1	0,4080
Promove a saúde do bebê.	9	16,6	8	14,8	0,7971
Desenvolve a dentição e as estruturas da mastigação.	9	16,6	17	31,4	0,0718
É mais prático.	5	9,3	3	5,5	0,4613
Facilita o funcionamento intestinal.	4	7,4	1	1,8	0,1648
Aumenta resistência do bebê contra doenças.	4	7,4	0	0	0,1419
Evita cólicas no bebê.	3	5,6	3	3,6	0,9073

Na Tabela 10, estão as respostas dos ACS quanto à questão aberta sobre sinais a serem observados na avaliação de uma mamada. Após a AE, os ACS fizeram referências com mais frequência a itens importantes, como verificar se a pega está adequada (de 79,6% para 98,1%), se mãe e bebê estão na posição adequada (de 61,1% para 100%) e se a mãe está em posição confortável (de 14,8% para 31,4%). Esses resultados foram estatisticamente significantes. Houve redução de respostas apontando itens não diretamente ligados à avaliação de uma mamada, com observar se a mãe segue o regime de livre-demanda.

Tabela 10 - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre os sinais a serem observados na avaliação de uma mamada antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.

Conhecimentos sobre sinais a serem observados para avaliar uma mamada	Antes		Após		p-valor
	N	%	N	%	
Verificar se a pega está adequada, correta.	43	79,6	53	98,1	0,0023
Verificar se mãe e bebê estão na posição adequada, barriga com barriga.	33	61,1	54	100	0,0000
Verificar se o bebê suga bem, sem fazer o bico de chupeta, se não engole ar demais, se não engasga, se não está com a respiração bloqueada.	12	22,2	14	25,9	0,6528
Verificar se a mãe está confortável, calma, em ambiente tranquilo.	8	14,8	17	31,4	0,0407
Verificar se as mamas não estão ingurgitadas ou com fissuras ou com pomada.	6	11,1	1	1,9	0,0492
Verificar se a mãe não alterna as mamas na mesma mamada e se não limita o tempo de mamada.	6	11,1	2	3,6	0,1353
Verificar se o bebê parece satisfeito ao término da mamada.	5	9,3	1	1,9	0,0917
Verificar se, quanto aos intervalos de mamada, o regime é de livre-demanda	3	5,6	0	0	0,0805
Verificar se a mãe amamenta até esvaziar completamente pelo menos uma mama.	3	5,6	0	0	0,0805
Verificar se a mãe parece satisfeita e dá sinais de querer amamentar.	3	5,6	1	1,9	0,3053

Na Tabela 11, estão as respostas dos ACS quanto à questão aberta sobre como lidar com o ingurgitamento da mama, antes e após a AE. Observou-se aumento da frequência de recomendações adequadas, como ordenhar a mama (57,4% para 77,7%) e redução de outras, inadequadas, como aplicação de calor (de 27,7% para 7,4%).

A recomendação de ordenhar a mama ingurgitada e depois colocar o bebê para mamar (resposta considerada a mais adequada) passou de 18,5% para 37,0%; reduziu a proporção de ACS que recomendam massagear a mama, de 31,4% para 14,8%; aumentou a proporção que não aconselha colocar calor sobre a mama, seja água morna ou compressa, de 72,2% para 92,5%, resultados positivos e estatisticamente significantes.

Tabela 11 - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre como lidar com o ingurgitamento mamário antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.

Conhecimentos sobre como lidar com ingurgitamento mamário		Antes		Após		p-valor
		N	%	N	%	
Ordenhar a mama.	Sim	31	57,4	42	77,7	0,0243
	Não	23	42,5	12	22,2	0,0241
Aplicação de calor sobre a mama (água morna ou compressa).	Sim	15	27,7	4	7,4	0,0056
	Não	39	72,2	50	92,5	0,0057
Ordenhar e colocar o bebê para mamar.	Sim	10	18,5	20	37,0	0,0318
	Não	44	81,4	34	62,9	0,0320
Massagear a mama.	Sim	21	38,8	16	29,6	0,3136
	Não	33	61,1	38	70,3	0,3139
Procurar a unidade de saúde (médico ou enfermeira).	Sim	17	31,4	8	14,8	0,0407
	Não	37	68,5	46	85,1	0,0410

Na Tabela 12, estão as respostas dos ACS sobre como lidar com fissuras mamilares. Note-se que aumentou a frequência de ACS que indicaram passar o próprio leite e tomar sol como formas de lidar com fissuras mamilares após a AE (de 11,0% para 27,7%), mas as taxas continuaram baixas. A conduta mais completa - verificar a pega, passar o próprio leite e tomar sol - foi referida por apenas um agente antes e três, após a ação educativa. A resposta verificar a pega adequada, embora incompleta, aumentou, mas continuou com baixa frequência, e a diferença não foi significativa.

Tabela 12 - Distribuição (n e %) dos ACS (n=54) segundo respostas sobre como lidar com fissuras mamilares antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.

Conhecimentos sobre como lidar com fissuras mamilares		Antes		Após		p-valor
		N	%	N	%	
Somente passar o próprio leite materno.	Sim	4	7,4	2	3,7	0,4011
	Não	50	93,0	52	96,2	0,4050
Passar o próprio leite materno e tomar sol.	Sim	6	11,0	15	27,7	0,0292
	Não	48	89,0	39	72,2	0,0295
Verificar a pega.	Sim	5	9,2	11	20,3	0,1038
	Não	49	91,0	43	79,6	0,1048
Verificar a pega, passar leite materno e tomar sol.	Sim	1	1,8	3	5,5	0,3053
	Não	53	98,0	51	94,4	0,3116
Procurar orientação do profissional de saúde.	Sim	11	20,0	9	16,6	0,6201
	Não	43	80,0	45	83,3	0,6209
Lavar a mama e passar o próprio leite.	Sim	3	5,5	1	1,8	0,3053
	Não	51	94,0	53	98,1	0,3116

Para sintetizar os resultados, nas Tabelas 13 a 15, são apresentados dados relativos aos escores de acertos, que permitem avaliar o impacto global da AE.

Os resultados relativos aos escores de acertos dos conhecimentos, das práticas e totais, em termos de média, mediana e valores mínimo e máximo, antes e após a ação AE, são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Média, mediana e valores mínimo e máximo dos escores de acertos de conhecimentos, práticas e totais antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.

Escore de Acertos	Antes					Após				
	Média	dp	med	mim	max	Média	dp	med	mim	max
Conhecimentos (0 a 31)	21,0*	4,5	20,0	12,2	28,0	26,62	3,187	27,0	13,0	31,0
Práticas (0 a 20)	12,0**	2,691	12,0	6,0	17,0	12,72	2,949	13,0	5,0	19,0
Totais (0 a 51)	33,0***	6,52	33,5	19,2	43,5	39,42	5,05	39,6	15,0	49,0

* teste T, $p < 0,0001$

** teste T, $p = 0,0104$

*** teste T, $p < 0,0001$

Observaram-se aumentos estatisticamente significativos dos escores médios de acertos de conhecimentos (21 para 26,6), práticas (12,0 para 12,7) e totais (33 para 39,4), após a AE.

A comparação das frequências de escores de acertos categorizados em bom, regular e ruim, antes e após a AE, é apresentada na Tabela 14. Quanto aos escores de acertos de conhecimentos, houve aumento da proporção de escores classificados como bom (de 37,0% para 88,8%) e redução dos escores ruim (de 9,3% para 1,9%). Em relação aos escores de práticas, não houve mudanças nas proporções de escores bons, regulares e ruins. A variação na distribuição dos escores de acertos totais seguiu o observado para conhecimentos.

Tabela 14 - Distribuição dos ACS (n=54) segundo categoria dos escores de acertos de conhecimentos, práticas e totais antes e após ação educativa. Botucatu, 2008.

Escore de Acertos	Antes		Após		p-valor
	N	%	N	%	
Conhecimentos					
Bom ($\geq 75\%$)	20	37,0	48	88,8	<0,0001
Regular ($\geq 50 < 75\%$)	29	53,7	5	9,3	<0,0001
Ruim ($< 50\%$)	5	9,3	1	1,9	0,2076
Práticas					
Bom ($\geq 75\%$)	9	16,6	12	22,2	0,6268
Regular ($\geq 50 < 75\%$)	36	66,6	36	66,6	1,000
Ruim ($< 50\%$)	9	16,6	6	11,1	0,3779
Totais					
Bom ($\geq 75\%$)	13	24,0	36	66,6	<0,0001
Regular ($\geq 50 < 75\%$)	33	61,1	17	31,4	0,0038
Ruim ($< 50\%$)	8	14,8	1	1,9	0,0367

A magnitude do impacto global da intervenção pode ser observada na Tabela 15, que apresenta os incrementos médios dos escores de acertos após a AE. Houve um aumento médio de 5,6 pontos do escore de acertos de conhecimentos, com ampla variação ($dp=4,19$), incluindo desde incremento negativo (-1,6) até o aumento de 15 pontos. Com relação ao escore relativo às práticas, o aumento médio, após a AE, foi de 0,8 ($dp=2,24$), com variação de -4,0 até 5,0 pontos. O aumento médio do escore de acertos totais foi de seis pontos, novamente com ampla variação (-7,0 a 18,0).

Tabela 15 - Média, mediana e valores mínimos e máximos dos incrementos dos escores de acertos após ação educativa. Botucatu, 2008.

Incrementos dos Escores de Acertos	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo
Conhecimentos	5,58	4,19	5,80	-1,60	15,00
Práticas	0,81	2,24	1,00	-4,00	5,00
Totais	5,99	5,50	5,20	-7,00	18,00

5. Discussão



5.1 Pertinência da presente pesquisa

Tanto as atuais políticas públicas, voltadas para a atenção básica à saúde, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF), como as mais específicas, sobre a atenção materno-infantil, prevêm que os ACS têm um importante papel a ser desempenhado na atenção à saúde desse grupo populacional, devendo, portanto, estar capacitados para tal, inclusive no que se refere ao aleitamento materno^{16,20}.

O ACS está na fronteira entre o profissional de saúde tradicional e o leigo treinado para uma específica atuação em saúde, no que se refere à sua atuação sobre o AM. Com o advento e expansão da ESF, surgiu esse novo profissional, sem a formação tradicional, mas incorporado à atenção à saúde para atuar junto às famílias e nos domicílios, particularmente por meio de visitas domiciliares de rotina e freqüentes, em área definida e previamente conhecida. É um pré-requisito que, para ser ACS, a pessoa resida na área onde atuará. Esse novo profissional passou a ser visto como uma possibilidade inédita e promissora de ampliação das ações de promoção e apoio ao aleitamento materno, no mesmo momento em que começou o deslocamento (ou ampliação) do foco das políticas de incentivo ao AM, dos hospitais e suas equipes, para a atenção básica e seus profissionais.

Assim, identificar conhecimentos, habilidades, atitudes, práticas e crenças de ACS sobre AM passou a ser relevante e necessário, com vistas à sua incorporação aos esforços para aumentar as taxas de crianças amamentadas.

A breve caracterização demográfica, de preparo e experiência prévia com o tema aleitamento materno dos ACS, apresentada na seção anterior (Tabela 1), já permitiu considerar que a população deste estudo estava em condições de responder à primeira entrevista e participar de uma ação educativa sobre o tema. Com a análise dos resultados da primeira entrevista, pode-se observar que vários conhecimentos adequados sobre aleitamento materno já estavam presentes nesta categoria de trabalhadores da saúde; alguns

foram relatados por proporção expressiva (acima de 75%) dos participantes do estudo, especialmente as razões para valorização desta prática para a saúde infantil. Resumidamente, os ACS estudados já reconheciam a importância e várias vantagens do AM, principalmente para a saúde infantil, mas tinham conhecimentos insatisfatórios sobre manejo do aleitamento, tanto da avaliação da mamada, como da prevenção e manejo de intercorrências comuns no início do AM. Ao mesmo tempo, apresentavam pouco envolvimento com práticas relacionadas com possibilidades de promoção de AM. Além disso, sentiam-se inseguros para realizar estas ações (Tabela 2).

Este achado inicial concorda com seus relatos de participação prévia em ações educativas sobre AM, ainda que de curta duração. Vale ressaltar que não havia na Secretaria Municipal de Saúde do município qualquer registro de treinamento de ACS específico sobre aleitamento materno, o que levanta a hipótese de que tais treinamentos prévios tenham sido iniciativas internas às equipes de saúde da família onde atuavam. Também, pode-se supor que os ACS tivessem sido expostos no dia-a-dia de seu trabalho a informações sobre AM trazidas tanto por suas equipes de saúde da família como pelas próprias famílias com que se relacionavam. Além dessas possibilidades, os conhecimentos prévios dos ACS poderiam decorrer de sua experiência pessoal com a amamentação de seus filhos e de sua vivência com outros profissionais de saúde, na posição de usuários dos serviços.

Quanto aos aspectos práticos relativos ao manejo do aleitamento materno e à participação e desenvolvimento de ações de promoção e apoio à amamentação, verificou-se situação inicial desfavorável, apontando lacunas importantes na qualificação dos ACS de Botucatu para o pleno exercício do papel de promotores e apoiadores do AM, confirmando a pertinência de uma ação educativa especificamente delineada para esta categoria de profissionais da saúde.

5.2 Adequação da Ação Educativa

O estado inicial dos ACS avaliados, quanto a seus conhecimentos e práticas relativos ao aleitamento materno, não os distinguiu do observado por outros estudos para profissionais de saúde com formação específica, como médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e nutricionistas. Conhecimentos parcialmente insatisfatórios e, principalmente, habilidades insuficientes e práticas inadequadas têm sido identificados nos profissionais de saúde do Brasil e de várias partes do mundo, desde que a IHAC colocou esse tema em foco, no início da década de noventa.

Como exemplos de estudos brasileiros que comprovam as afirmações acima apresentadas, há o estudo de Coutinho et al⁴, que avaliaram práticas de profissionais de duas maternidades do Estado de Pernambuco, antes e após treinamento baseado na IHAC, o estudo de Taddei et al³¹, que avaliaram profissionais de maternidades de municípios próximos (até 100 km) de São Paulo, em 1992, e o estudo de Ciconi, Venâncio e Escuder²⁸, que levantaram conhecimentos de equipes de Saúde da Família do município de Francisco Morato, também próximo de São Paulo, em 2000. Há ainda o estudo de Westphal et al⁴⁸, que avaliaram a adesão de maternidades a rotinas e condutas pró-aleitamento materno após seus profissionais participarem de um curso de 15 dias, oferecido pelo Centro de Lactação de Santos/SP.

Mais recentemente, também envolvendo avaliação de conhecimentos e práticas de equipes de saúde da família, em estudo realizado em um município de Minas Gerais, Caldeira et al⁴⁹, verificaram níveis bastante satisfatórios de conhecimentos sobre as vantagens do AM (acima de 80%) em todas as categorias de profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares e ACS) e desempenho abaixo de 50% quanto aos conhecimentos sobre a técnica correta de amamentação e manejo do ingurgitamento e de fissuras, resultados semelhantes aos observados no presente estudo, na avaliação pré-intervenção.

Ainda no estudo em Minas Gerais, quanto ao envolvimento dos ACS em ações que constituem oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno, 65,2% dos ACS relataram avaliar a mamada durante as visitas domiciliares, 72,4% participavam e orientavam a amamentação em grupos de gestantes, proporção igual participava de grupos de nutrízes e mães e 51,3% participavam de reuniões de equipe para discutir temas relativos ao aleitamento materno, resultados bastante superiores aos observados em Botucatu.

Para superar as lacunas ou inadequações da formação de profissionais de saúde, no que se refere à sua capacitação para promoção e manejo do aleitamento materno, dois organismos internacionais (WHO e UNICEF), juntos, desenvolveram cursos, sendo os mais conhecidos o Curso de promoção e manejo clínico do aleitamento materno, para equipes de maternidade^{1,4}, com 18 horas, e o Curso de aconselhamento em amamentação¹², com 40 horas, focado no desenvolvimento de habilidades para aconselhar e apoiar mães amamentando. Ambos já foram citados nesta dissertação, pois constituíram o referencial teórico para a organização da AE.

Esses cursos, destinados à profissionais de saúde, particularmente às equipes multiprofissionais atuando em hospitais, onde se atende ao parto e aos recém-nascidos, tiveram sua efetividade testada e evidenciada por estudos randomizados e controlados, no Brasil e no mundo^{12,4,50,51,52,53}.

Em 2005, Bassichetto e Réa⁵⁴ testaram, em serviços públicos de saúde da cidade de São Paulo, um novo curso da OMS, denominado Curso Integrado de Aconselhamento em Alimentação Infantil, em fase de disseminação em vários países da África e América Central, concluindo que o mesmo foi parcialmente efetivo, com resultados muito positivos para aumento de conhecimentos e do desempenho na anamnese alimentar e pequena melhora nas habilidades de aconselhamento da amamentação. Os autores atribuem esse

resultado ao fato de o curso ter ampliado o foco para a alimentação complementar e da criança em geral, além de tratar da alimentação de bebês cuja mãe está infectada pelo HIV.

O estudo acima indica que os cursos anteriores, já citados, mais focados no aleitamento materno, são mais efetivos e devem continuar sendo utilizados, como no presente estudo.

Por outro lado, o estado do conhecimento sobre a efetividade de ações de apoio à amamentação, conduzidas por profissionais de saúde treinados, foi recentemente apresentado em uma revisão sistemática⁵⁵, na qual se concluiu que ações de apoio ao aleitamento materno, adicionais às rotineiramente desenvolvidas em serviços de saúde são efetivas para prolongar a duração do aleitamento materno (em geral), sendo que o efeito sobre a duração do aleitamento materno exclusivo ainda não está totalmente claro e que cursos de capacitação de profissionais de saúde, como os desenvolvidos pelas organizações WHO e UNICEF são, de fato, efetivos para treinamento desses profissionais.

Como não foram encontrados cursos/treinamentos de ACS em AM com efetividade testada, levantou-se a hipótese de que, com adaptações, os cursos de capacitação em aleitamento materno para profissionais de saúde tradicionais (médicos, enfermeiros e auxiliares) poderiam ser válidos para a capacitação dos novos profissionais de saúde.

Considerando, então, as propostas de capacitações já validadas e, especialmente, o diagnóstico contextual inicial sobre a qualificação dos ACS para atuarem nas questões relativas ao AM, partiu-se para a elaboração da intervenção educativa. Esse caminho de construção da intervenção está em sintonia com os princípios atuais da Educação Permanente, aumentando seu potencial de produzir mudanças. Isso foi corroborado pelas avaliações realizadas sob a perspectiva dos ACS, que, de um modo geral, revelaram-se favoráveis quanto aos esclarecimentos de dúvidas e quanto ao aumento dos conhecimentos sobre o AM, bem como sobre a experiência proporcionada durante o curso, ao término da intervenção e dois meses após.

Ressalta-se que na formatação da AE, além dos aspectos de competência profissional, conteúdo e metodologia mais adequada, foram considerados os limites de infra-estrutura, qualificação, alinhamento conceitual dos facilitadores e tempo disponível dos ACS para a realização do curso.

Pelo exposto, pode-se considerar que a AE implementada reunia capacidade e adequação técnica e pedagógica para produzir mudanças positivas na qualificação em AM dos ACS de Botucatu.

5.3 Síntese das mudanças observadas após a AE

Para permitir o confronto entre os resultados esperados e os obtidos, especificamente quanto ao impacto da AE na aquisição, pelos ACS, de conhecimentos e práticas, discutem-se, a seguir, esses resultados organizados sob a seguinte ótica: conhecimentos e práticas presentes em níveis variados na primeira avaliação, também, mudaram de modo diverso após a AE? Em outras palavras, os conhecimentos e práticas já presentes em níveis satisfatórios, melhoraram? Quanto? A mesma questão foi aplicada aos conhecimentos e práticas parcialmente presentes e para aqueles muito insatisfatórios na primeira avaliação. Acredita-se que essa forma de balanço dos resultados permite uma visão valorativa das mudanças que vai além e completa a fornecida pelos testes de significância estatística.

Para conhecimentos já muito presentes, várias taxas de acertos subiram após a intervenção educativa, mas as diferenças, pequenas como esperado, não alcançaram significância estatística. Esse foi o caso de conhecimentos sobre o uso de chupeta, sol nas mamas, sinais de fome no bebê, chá para cólicas, prevenção de problemas ortodônticos, pega correta, retirada do excesso de leite e inadequação do leite em pó. Sobre a duração recomendada do aleitamento materno exclusivo, não houve melhora.

Para um segundo grupo de conhecimentos, cuja frequência inicial de acertos foi regular (entre 50 e 74%), houve aumentos das frequências de respostas adequadas de maior magnitude, os quais, por isso, alcançaram significância estatística. Esse efeito foi observado para itens como higiene das mamas, troca das mamas durante a mamada, regime de mamadas, duração das mamadas, mamadas noturnas, quando iniciar o aleitamento materno, diferenças entre leite anterior e posterior, necessidade de apoio para o sucesso da amamentação e como lidar com ingurgitamento e com fissuras.

Com relação ao terceiro grupo de conhecimentos, referidos na primeira entrevista por menos de 50% dos ACS, também houve melhora significativa das frequências após a AE. Nesta situação, enquadraram-se conhecimentos sobre a importância da relação mãe/filho para o sucesso do aleitamento e conhecimentos sobre a relação correta entre alimentação materna e produção de leite. Como resultado desfavorável, destaca-se que não houve melhora na frequência de agentes que apontaram corretamente 24 meses ou mais como a duração recomendada do aleitamento materno: a situação inicial era muito negativa e assim continuou.

Conhecimentos bastante específicos, como a avaliação de uma mamada, sofreram melhoras significativas: grande parte dos ACS passou a apontar os três itens mais importantes de serem observados: a pega, a posição da dupla mãe/bebê e a sucção do bebê. O mesmo foi observado quanto à forma dos ACS lidarem com mães apresentando ingurgitamento e fissuras: houve aumento de respostas indicando condutas adequadas e redução de inadequadas. Além disso, reduziu a proporção de ACS que, diante dessas dificuldades nas mães, apenas as aconselhavam a procurar atendimento na unidade de saúde, o que sugere certa aceitação/incorporação de seu papel como apoiador e orientador de nutrízes.

Também, foram observados efeitos positivos nas respostas abertas dadas pelos ACS sobre as vantagens do aleitamento materno para as mães e para os bebês: após a AE as

respostas foram menos dispersas e mais precisas, consistente com um processo de aprofundamento e transformação do que já se sabia, mas de um modo desorganizado e não legitimado, para um conhecimento sistematizado e reconhecido como correto.

Com relação às práticas profissionais relacionadas com oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno, os resultados indicaram que, no caso daquelas já referidas por grande número de agentes na primeira avaliação (igual ou acima de 75%), como visitar puérperas, orientar a amamentação na visita ao recém-nascido e explicar como amamentar, a ação educativa não produziu efeitos positivos, e houve até alguns resultados negativos.

Para práticas desejáveis, cuja frequência inicial foi apenas regular (50 a 74%), também não houve efeitos muito positivos. Apenas para práticas com frequência muito baixa na primeira avaliação, como no caso da participação ativa dos ACS em grupos de gestantes e mães, houve alguns efeitos positivos, inclusive estatisticamente significativos, mas as frequências após a ação educativa continuaram muito insatisfatórias.

Enfim, ao lado de resultados bastante positivos para conhecimentos que inicialmente não estavam presentes nos ACS ou que estavam presentes, porém de forma desorganizada e não legitimada, verificaram-se resultados aquém dos esperados com relação ao aumento da participação dos ACS em ações de promoção e apoio ao AM, no âmbito das USF. O espaço principal de atuação em AM por esses profissionais continuou sendo a visita domiciliar. Embora os resultados, obtidos com entrevista e não por observação, não permitam afirmar, supõe-se que possa ter havido mudanças qualitativas na atuação dos ACS, como sugerem suas respostas quando questionados sobre mudanças em sua prática junto às famílias, depois da AE.

5.4 As mudanças identificadas podem ser atribuídas à AE?

Constatadas as mudanças nos conhecimentos dos ACS e na sua segurança para atuar junto às famílias, cabe agora considerar se as mesmas parecem decorrer da intervenção, o que nos remete a dois aspectos: as limitações do desenho do estudo e a adequação da AE a seus objetivos.

A falta de um grupo controle, no presente estudo, não permite automaticamente atribuir os resultados à intervenção. Esta limitação pode ser contornada, em parte, pela existência, já relatada, de estudos de efetividade e eficácia dos cursos de capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno, adotado como referencial para o delineamento da AE ora avaliada. Também, fala a favor da implicação da AE nos resultados observados, a adequação da mesma quanto às estratégias de ensino e referenciais pedagógicos adotados.

Uma revisão sistemática sobre a efetividade de oficinas, cursos, treinamentos, simpósios, entre outras modalidades de educação continuada de profissionais de saúde, reuniu 32 estudos do tipo “trials”, concluindo que oficinas interativas podem resultar em mudanças significativas nas práticas de profissionais de saúde, mas que modalidades como conferências, aulas expositivas, simpósios e seminários têm pouca probabilidade de mudar práticas profissionais. Segundo os autores, essas modalidades podem ter outros efeitos positivos, como aumentar/adequar conhecimentos, e, eventualmente, este efeito pode resultar em práticas benéficas de cuidado de saúde, mas, com seu custo elevado, os autores questionam sua implementação ⁵⁶.

Modalidades tradicionais de capacitação e educação continuada de profissionais de saúde têm sido questionadas pela forma passiva com que as informações são passadas, havendo a falsa assunção de que os profissionais estão querendo e são capazes de fazer

mudanças em suas práticas, não importando quão distante estejam das práticas desejáveis ou qual seu poder para provocar mudanças. Os resultados da revisão sistemática, acima citada, apontaram como melhor alternativa a utilização de estratégias pedagógicas que propiciem interação: oficinas (workshops) versus aulas expositivas foram as modalidades que mostraram efeitos mais distintos sobre as práticas de profissionais de saúde; a primeira, com o melhor resultado e a segunda, com o pior⁵⁶.

Acredita-se que, com os vários cuidados tomados para reduzir vieses, como a criteriosa construção e pré-teste do questionário, a utilização de entrevistadores não envolvidos com a AE, com as equipes de saúde da família e com a SMS e o uso de várias formas para identificação das mudanças e para avaliação da AE, os resultados do presente estudo são válidos e retratam a situação dos ACS do município de Botucatu, em termos de conhecimentos e práticas sobre AM, nos dois momentos. Além, disso, apoiados em evidências de outros estudos e em algumas hipóteses consistentes, afirma-se que as mudanças observadas podem decorrer da AE, que se mostrou bastante adequada aos objetivos.

Quanto à validade externa, dada a grande influência do contexto onde os serviços de saúde estão inseridos, das características dos agentes e da intervenção educativa, delineada e conduzida para as necessidades desse grupo de profissionais, neste município, os resultados do presente estudo não são generalizáveis. Porém, pode-se esperar que, em contextos próximos, seja provável que intervenções semelhantes conduzam a resultados próximos.

5.5 Implicações dos resultados

Pode-se, então, esperar aumento nas taxas de AM e AME em menores de seis meses, no município de Botucatu, ao menos nas áreas com cobertura da ESF? Dada a insuficiente incorporação dos ACS em ações de saúde nas USF, como em grupos de gestantes e de mães, consideradas, junto com as visitas domiciliares, as mais efetivas para a produção de efeitos positivos sobre os indicadores de AM e AME, o impacto, sem novas intervenções, possivelmente, será pequeno.

Coerentemente com a orientação pedagógica adotada para a AE implementada no presente estudo – o construtivismo –, deve-se considerar a intervenção em questão como uma etapa do processo de desenvolvimento profissional dos ACS e, como tal, admite-se a importância tanto do que já estava construído como do que deverá ser construído posteriormente, dando um caráter de permanência a esse processo⁴⁵.

A combinação das avaliações realizadas revelou que os conhecimentos e experiências proporcionados pela ação educativa repercutiram em aumento da segurança desses profissionais para participar das atividades da ESF, em conjunto com as equipes multiprofissionais, bem como em um aumento na motivação para incluírem, em suas ações cotidianas junto às famílias, o apoio e a promoção do AM. Talvez, pelo curto espaço de tempo transcorrido e/ou pela falta de governabilidade dos ACS para modificar seu processo de trabalho, as referidas fortalezas adquiridas com a AE não tenham resultado em mudanças em suas práticas, com o sentido e amplitude desejados.

Porém, o fato de se expressarem mais conhecedores e, portanto, mais seguros, permite supor que foram dadas oportunidades para os ACS se consolidarem como profissionais da saúde perante eles mesmos e à equipe, e, dentro dos devidos limites de suas competências, poderem contribuir para o apoio e a promoção do AM.

Em se tratando de um estudo desenvolvido dentro de um Mestrado Profissional, suas repercussões sobre a prática, sobre a atenção à saúde, devem ser destacadas. Sugere-se, como próximo passo, desse processo de Educação Permanente em Saúde, a realização de grupos focais com os ACS que apresentaram os melhores e os piores escores de conhecimentos e de práticas nas duas avaliações, antes e depois da AE, para melhor compreensão de seus efeitos, bem como para a delimitação mais precisa do papel dos ACS no contexto onde atuam, identificando a influência desse contexto como elemento facilitador ou complicador da inserção desses profissionais em ações de promoção e apoio ao AM. Destaca-se a importância de se incluir os demais profissionais e gestores da ESF nesse processo.

6. Conclusões



A avaliação de conhecimentos sobre aleitamento materno e das práticas relacionadas a esse tema dos ACS de Botucatu indicou que esses (profissionais?) reconheciam a importância e várias vantagens do AM, tinham conhecimentos insatisfatórios sobre manejo do aleitamento e apresentavam pouco envolvimento em ações de saúde que constituem oportunidades de sua promoção e apoio, confirmando a necessidade de investir em sua qualificação.

Foi organizado e implementado um curso de 32 horas, na forma de oficinas de trabalho, de cunho teórico-prático, desenvolvido em quatro encontros presenciais consecutivos, um por semana. Como estratégia de ensino, valorizou-se principalmente a discussão focada na solução de problemas/dificuldades vividos pelas mães e reportados/percebidos aos/pelos ACS no cotidiano do trabalho, bem como nas experiências pessoais desses profissionais com AM.

O efeito da ação educativa, mais apontado pelos ACS, foi sentir-se mais aceito e em melhores condições de participar da equipe multiprofissional da unidade de saúde da família, seguido de ampliação de conhecimentos e experiências sobre o tema AM. Somadas as respostas, 42 (77,7%) ACS relataram mudanças positivas em seu relacionamento com a equipe após a AE.

Dois meses após a intervenção, verificou-se aumento dos escores de conhecimentos, de 21,0 para 26,6 ($p<0,0001$), de práticas, de 12,0 para 12,7 ($p=0,01$) e totais, de 33 para 39,4 ($p<0,0001$). Houve aumento da proporção de escores de conhecimentos classificados como bons (37,0% e 88,8%, $p<0,0001$) e redução de ruins (9,3% e 1,9%, $p=0,21$), embora esse último resultado não tenha alcançado significância estatística.

Não houve mudanças positivas significativas no envolvimento dos ACS nas práticas avaliadas, como mostram os resultados referentes às frequências de escores bons,

16,6% antes e 22,2% após ($p=0,63$), e de escores ruins, 16,6% antes e 11,1% após ($p=0,38$) a AE.

Conclui-se que a ação educativa foi adequada aos objetivos e tinha potencial para produzir mudanças, as quais foram apenas parcialmente observadas, dois meses após seu encerramento: houve aumento estatisticamente significativo dos escores de conhecimentos sobre AM, com incremento médio de 5,6 pontos (25,4%); porém, apesar de os ACS participantes atribuíram à AE um efeito positivo sobre suas práticas – mais segurança para abordar o tema junto à equipe e às famílias -, não houve melhora significativa do escore de práticas.

Referências



1. Organização Mundial da Saúde. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis: declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra; 1989.
 2. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr.* 2000;76 Sup 3: S238-52.
 3. Dubeux LS, Frias PG, Vidal SA, Santos DM. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde de família do município de Olinda, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004;4: 399-404.
 4. Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PIC. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. *J Pediatr.* 2005;81:471-7.
 5. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr.* 1994; 70:138-51.
 6. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr.* 2004;80 Supl 5:S142-6.
 7. Coelho IJS, Machado MMT. Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno. *Rev Pediatr Ceará.* 2004; 5:19-25.
 8. Almeida JAC, Novak FR, Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80 Supl 5:S119-25.
 9. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do século XX. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10: 449-505.
 10. <http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/gotadeleite/01/opção4htm>. Acessado em 07 de Junho de 2008 às 13h.
 11. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol.* 1998;1:40-9.
-

12. Rea MF, Venâncio SI. Avaliação do Curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF. *J Pediatr*. 1999;75:112-8.
 13. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Latinoam Enferm*. 2001; 9:70-6.
 14. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr*. 1996;72:363-8.
 15. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Publica*. 2003;19 supl1:s37-s45.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Brasília; 2002.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: acompanhamento e desenvolvimento infantil. Brasília; 2002.
 19. Bonfim LA, Bastos ACS. O impacto sociocultural do programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:429-35.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático de Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Atenção básica à saúde da criança; texto de apoio para o agente comunitário da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
-

22. Oliveira MIC, Camacho LAB. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5:41–51.
 23. Perez-Escamila R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean region: a success story? *Amamentação e transição nutricional na América Latina e Caribe: um caso bem sucedido?* *Cad Saúde Pública*, 2003; (sup.1):5119-127.
 24. World Health Organization. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. *Ecol Food Nutr* 1991;26:271–273.
 25. Ferreira L, Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Tendência do Aleitamento Materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. *Revista de Nutrição*. Vol.20 n.3. Campinas, Maio/Junho 2007.
 26. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32 (3): 225-31.
 27. Cotrim LC, Venâncio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2002; 2: 245-52.
 28. Ciconi RCVC, Venâncio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004;4:193–202.
 29. Moran VH, Dykes F, Edwards J, Burt S, Whitmore M. An evaluation of breastfeeding support skills of midwives and voluntary breastfeeding supporters using the Breastfeeding Support Skills Tool (BeSST). *Matern Child Nutr.* 2004; 1:241-9.
-

-
30. Santiago LB, Bettio H, Barbieri MA, Guttierrez MRP, Ciampo LAD. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr.* 2003;79:504-52.
 31. Taddei JAAC, Westphal MF, Venâncio SI, Bogus C, Souza S. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *Rev Paul Med.* 2000;118:185-91.
 32. Oliveira MIC, Camacho LAB. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5:41–51.
 33. Araujo MFM, Fiaco AD, Werner EH, Schimitz BAS. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do projeto “Carteiro Amigo da Amamentação” de 1996 a 2002. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003;3:195-204.
 34. Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AET. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact.* 2001 17:326-43.
 35. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21:1901-10.
 36. Costa Neto MM. Educação permanente. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Educação Permanente. Brasília;2000.
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
 38. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2005; 9(16): 161-77.
-

39. Bryce J, Victora CG, Habicht J-P, Vaughan P, Black RE. The multi-country evaluation of integrated management of childhood illness strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. *Am J Public Health*. 2004; 94: 406-15.
 40. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Sup 2: S337-S41.
 41. IBGE. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acessado em 04/07/2008 às 18:49h.
 42. Becker D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no programa de saúde da família[dissertação].Rio de Janeiro:Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
 43. Lobiondo-wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
 44. Hokama CSM, Serrano CDBH. Sistema de Classificação de Pacientes. Ins: Bork AMT. Enfermagem de excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.p.101-10.
 45. Freire P. Educação e mudança. 24ª Ed São Paulo: Ed. Paz e Terra; 1999.
 46. Excell versão 6.0. [computer program] Microsoft®:excell 2002.
 47. SPSS Inc. [computer program] SPSS for Windows. Release 7.0 Chicago (IL):SPSS1996.
 48. Westphal MF, Taddei JAC, Venâncio SI, Bogus CM. Breastfeeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bull World Health Organ* 1995; 73:461-8.
-

49. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhaes WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1965-70.
 50. Rea MF, Venancio SI, Martines JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bull of the World Health Organ* 1999;77:492-8.
 51. Cattaneo A, Buzzetti R. Quality improvement report: effect on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *British Medical Journal*, 8 december 2001;323:1358-62.
 52. Armstrong HC. Breastfeeding promotion: training of mid-level and outreach health workers. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 1990;31:91-104.
 53. Valdes V et al. The effects on Professional practices of a three-day course on breastfeeding. *J Hum Lact.*1995,11:185-90.
 54. Bassichetto KC, Réa MF. Infant and young child feeding counseling: an intervention study. *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84: 75-82.
 55. Britton C, MacCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, Keng SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev.*2008;2.
 56. O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practices and health care outcomes *Cochrane Database Syst Rev.*2007;4.
-

Apêndice



Apêndice 1
Pesquisa: Programa de Saúde da Família e Amamentação
Avaliação de conhecimentos e práticas de Agentes Comunitário da Saúde

Data: _____ Horário: _____ Local: _____

Responsável: _____

Questionário ☐☐☐

1. Equipe: ☐ 1 Rubião Jr. ☐ 2 Sta. Elisa ☐ 3 Marajoara ☐ 4 Jd. Aeroporto ☐ 5 César Neto ☐ 6 Iolanda ☐ 7 Vitoriana ☐ 8 Rubião Jr. Rural ☐ 9 Peabiru(1) ☐ 10 Peabiru (2)	UNID
2. Nome	NOME
3. Sexo: [1] Masculino () [2] Feminino ()	SEXO
4. (Perguntar) Idade anos	IDADE
5. (LER) Qual a última série/grau concluída com aprovação: _____	ESCOLA
6. (LER) Tempo de trabalho no PSF : meses	TEMPPSF
7. (LER) Tempo de trabalho total: meses	TEMPTOT
8. (LER) Tempo de trabalho na atual equipe : meses	TEMPATU
9. (LER) Você tem filhos? [1] () Sim Quantos? [2] () Não (Se a resposta for esta, pule para a questão nº 12)	NFILHOS
10. (LER) Algum de seus filhos foram amamentados [1] () Sim [2] () Não, pule para a questão 12.	FILHOAME
11. Em caso positivo, até quantos meses o Leite Materno foi o único alimento do seu filho? Primeiro filho (1°F): dias - Não lembra () Segundo filho (2°F): dias - Não lembra () Terceiro filho (3°F): dias - Não lembra ()	TEMPAME 1 TEMPAME 2 TEMPAME 3
12. Você fez algum treinamento ou curso sobre amamentação em algum momento de sua vida? [1] () Não [2] () Sim, 1 vez [3] () Sim, 2 vezes [4] () Sim, 3 vezes ou mais	TREIAMAM
13. (LER) Qual a duração aproximada do maior treinamento? horas	TEMPTRE
14. (LER) Assinale a(s) alternativa(s) mais utilizada(s) por você para descobrir uma gestante na sua área de atuação: [1] () Espera que ela procure o serviço. [2] () Descobre pelo resultado do teste de gravidez, que é realizado na unidade. [3] () Descobre por conversas informais. [4] () Pergunta em suas visitas domiciliares. [5] () Outra. Qual?	DESCGES
15. (LER) Assinale as alternativas utilizadas por você para descobrir, em sua área de atuação, uma mulher que deu a luz: [1] () Espera que ela procure o serviço [2] () Pergunta em suas visitas domiciliares [3] () Pede à família para avisar [4] () Entra em contato com a maternidade [5] () Outra. Qual?	DESCLUZ
16. (LER) Você faz visitas domiciliares a puérperas (mães de recém-nascidos) que já voltaram da maternidade? [1] () Sempre ou na maioria das vezes [2] () Às vezes [3] () Muito raramente [4] () Nunca. Pule para a questão 19.	VISRECEM
17. (LER) Em geral, com que idade está o bebê quando você faz a primeira visita domiciliar? [1] () até 3 dias [2] () até 7 dias [3] () até 15 dias [4] () até 30 dias [5] () mais que 30 dias	PVIDOM

18.(LER) Nesta primeira visita domiciliar a mãe do recém-nascido, você a orienta sobre amamentação? [1](☐) Em quase todos os encontros [2](☐) Em alguns encontros [3](☐) Muito raramente [4](☐) Nunca	ORIENTAM
19. (LER) Quais orientações relativas ao aleitamento materno você faz com frequência? _____ _____ _____	FREQORIE
20.(LER) Em suas conversas com mulheres grávidas, você fala das vantagens e da importância da amamentação? [1](☐) Na maioria das vezes [2](☐) Às vezes [3](☐) Muito raramente [4](☐) Nunca	GESTVAM
21.(LER) Em seus encontros com mães de crianças até 6 meses, você fala das vantagens e da importância da amamentação? [1](☐) Na maioria das vezes [2](☐) Às vezes [3](☐) Muito raramente [4](☐) Nunca	BBVANAM
22..(LER) Em seus encontros com mães de crianças até 6 meses, você pergunta como está a amamentação? [1](☐) Na maioria das vezes [2](☐) Às vezes [3](☐) Muito raramente [4](☐) Nunca	COMOAMA
23..(LER) Em seus encontros com mães de crianças até 6 meses, você procura ver o bebê mamar? [1](☐) Na maioria das vezes [2](☐) Às vezes [3](☐) Muito raramente [4](☐) Nunca	VERBBAM
24..(LER) Em seus encontros com mães de crianças até 6 meses, você procura orientar os possíveis erros relacionados a forma como ela está amamentando? [1](☐) Na maioria das vezes [2](☐) Às vezes [3](☐) Muito raramente [4](☐) Nunca.	ORIENTERRO
25.(LER) Quando você observa mães amamentando, na maior parte das vezes, você consegue explicar para elas como devem amamentar? [1] (☐) Sim [2] (☐) Não	EXPLIAMA
26..(LER) Em seus encontros com mães de crianças até 6 meses, você orienta como prevenir os machucados nas mamas, as dores ou que o leite fique empetrado ? [1](☐) Na maioria das vezes [2](☐) Às vezes [3](☐) Muito raramente [4](☐) Nunca	ORIEMAC
27. – Fale 3 vantagens da amamentação para a mãe: [1] _____ [2] _____ [3] _____	VANTMÃE
28. - Fale 3 vantagens da amamentação para o bebê: [1] _____ [2] _____ [3] _____	VANTBB
29. Escreva três coisas a serem verificadas na mamada para uma boa amamentação: [1] _____ [2] _____ [3] _____	BOAMAM

30. Que sugestões que você daria para uma mãe com as mamas ingurgitadas (ou com leite “empedrado”)?	LEITEMP
31. Que sugestões que você daria para uma mãe com fissura no bico do peito?	FISSURA
32.(NÃO LER) Você já participou de grupo de gestante na sua Unidade de Saúde da Família? [1]() Sim [2]() Não, pule para a questão 34	GRUGEST
33.(LER) No grupo de gestante, as grávidas são orientadas sobre amamentação? [1]() Em quase todos os encontros [2]() Em alguns encontros [3]() Muito raramente [4]() Nunca	GRUCÇA
34.(NÃO LER) Você já participou de grupo de crianças com até 2 anos na sua Unidade de Saúde da Família? [1]() Sim [2]() Não, pule para a questão 37	GRUGAM
35.(LER) No grupo de crianças até 2 anos, as mães são orientadas sobre amamentação? [1]() Em quase todos os encontros [2]() Em alguns encontros [3]() Muito raramente [4]() Nunca	GRUCÇAM
36.(LER) No grupo de crianças até 2 anos, as mães que estão amamentando trocam informações e dicas entre si sobre amamentação? [1]() Em quase todos os encontros [2]() Em alguns encontros [3]() Muito raramente [4]() Nunca	DICAMAM
37. (LER) No dia a dia, você e sua equipe de saúde da família costumam falar sobre amamentação? [1]() Com muita frequência [2]() Às vezes [3]() Nunca ou muito raramente [4]() Nunca	EQUIPAM
38. (LER) Assinale com um X quais dos temas abaixo vocês conversam: [1] Como amamentar (posição, intervalo, duração, etc.) Sim () Não() [2] Importância / vantagens da amamentação Sim () Não() [3] Problemas e dificuldades na amamentação Sim () Não() [4] Outros Não() Sim () Por favor, especifique:	TEMAMAM 1 TEMAMAM 2 TEMAMAM 3 TEMAMAM 4
39.(LER) Em uma situação sem intercorrências, quanto tempo após o parto a mãe deve iniciar a amamentação? Assinale com um X o que você acha o mais correto. [1]() Logo após o parto, ainda na sala de parto. [2]() 6 horas após o nascimento, terminando o período de observação do bebê. [3]() Entre 6 e 12 horas após o nascimento, quando já há leite sendo produzido. [4]() Não sabe [5]() Outra, especifique:	PARTOAM
40.(LER) Quando a mama está ingurgitada (ou com leite “empedrado”), o que a mãe deve fazer? Assinale com um X o que você acha o mais correto. [1]() Colocar o bebê imediatamente para mamar. [2]() Tirar leite com bombinha e desprezar. [3]() Tirar um pouco de leite com a mão e colocar o bebê para mamar. [4]() Fazer compressa com água quente e tentar esvaziar a mama.) [5]() Não sabe. [6]() Outra, especifique:	MAMINGU

41.(LER) O que a mãe deve fazer quando seu peito está machucado? Assinale com um X o que você acha o mais correto. [1]() Tirar leite com as mãos e oferecer para o bebê com chucha ou mamadeira. [2]() Parar de amamentar se houver sangramento. [3]() Passar pomadas cicatrizantes após cada mamada. [4]() Verificar a posição do bebê e como ele está mamando. [5]() Não sabe. [6]() Outra, especificar: _____	PEITOMAC
42.(LER) O que a mãe deve fazer, com relação a higiene, quando está amamentando? Assinale com um X o que você acha o mais correto. [1]() Deve lavar a mama com água e sabão antes de cada mamada. [2]() Deve passar pomadas hidratantes, pois não comprometem a higiene do peito, não precisam ser retiradas totalmente e evitam rachadura no bico. [3]() Deve apenas tomar seu banho diariamente, trocando o soutien quando necessário [4]() Deve usar compressas absorventes (gases, fraldas, toalhas) nas mamas, para mantê-las limpas e sem machucados, por permanecerem secas. [5]() Não sabe. [6]() Outra, especificar: _____	HIGIEMAM
43.(NÃO LER) Em sua opinião, quanto tempo um bebê deve receber somente leite materno (sem água, chá, sucos ou outros leites)? Assinale com um X o que você acha o mais correto. [1]() até 119 dias [2]() 120 a 149 dias [3]() 150 a 179 dias [4]() 180 dias [5]() 181 ou mais [6]() não sabe	SOLEITEM
44.(NÃO LER) Em sua opinião, até que idade a criança deve mamar no peito, mesmo recebendo outros alimentos? Assinale com um X o que você acha o mais correto. [1]() menos de 6 meses. [2]() 6 a 8 meses e 29 dias [3]() 9 a 11 meses e 29 dias [4]() 12 a 23 meses e 29 dias [5]() 24 meses ou mais [6]() não sabe	AMALIME
45. É importante lavar o bico do peito com água e sabão após cada mamada [1]() Concorda [2]() Discorda	LAVABICO
46. É importante trocar de peito após cerca de 10 minutos de início da mamada, para que o bebê mame nos dois lados [1]() Concorda [2]() Discorda	TROCEIT
47. O uso de chupetas pode prejudicar a amamentação. [1]() Concorda [2]() Discorda	CHUPETA
48. Em caso de ingurgitamento das mamas (leite “empedrado”) é importante massagear o peito antes da mamada e fazer compressas geladas após o bebê mamar [1]() Concorda [2]() Discorda	MASCOMP
49. É bom tomar sol no peito, na gravidez e após o parto [1]() Concorda [2]() Discorda	SOL
50. O bebê deve ser amamentado em horários definidos, desde sua primeira semana de vida . [1]() Concorda [2]() Discorda	HORÁRIOS
51. Se a mãe achar que o bebê está com fome, deve começar imediatamente a dar outro leite . [1]() Concorda [2]() Discorda	FOME
52- O leite que o bebê mama no início da mamada é diferente daquele que ele mama no final da mamada. [1]() Concorda [2]() Discorda	DIFERENT
53. Caso o bebê tenha cólica, deve-se dar chás como de camomila, erva-doce ou dar funchicória . [1]() Concorda [2]() Discorda	COLICHA
54. O pai da criança, as avós e até vizinhos podem ajudar no processo de amamentação. [1]() Concorda [2]() Discorda	PAIVOVIZ

55. O sucesso da amamentação depende apenas da relação mãe - bebê. [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	SUCESSO
56. Crianças que mamaram no peito têm, em geral, menos problemas na posição dos dentes do que aquelas que mamaram na mamadeira [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	PRODENT
57. Deve-se limitar o número e duração das mamadas: 15 minutos em cada peito a cada três horas. [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	DURMAM
58. A baixa produção de leite existe quando a sucção do bebê é ineficiente e isto ocorre quando o bebê não abocanha adequadamente a mama. [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	BOCAMA
59. Uma das causas da baixa produção de leite é a interrupção das mamadas noturnas. [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	MAMNOT
60. Canjica, cerveja preta e leite aumentam a produção de leite. [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	CANJICA
61. A retirada do leite produzido em excesso favorece a continuidade da produção de leite. [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	NRETIRAR
62. A oferta de chá ou outros líquidos ao bebê causa diminuição da produção de leite. [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	CHADIMINUE
63. A mãe que se alimenta mal produz menos leite. [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	ALIMAM
64. Existem leites em pó formulados que substituem completamente o leite materno. [1] (☐) Concorda [2] (☐) Discorda	LEITEPO
65. O que mudou, em sua prática diária de trabalho, após o curso sobre aleitamento? a) Quando você está junto com a sua equipe de PSF. b) Quando você está fazendo suas visitas na comunidade.	

Apêndice 2

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

CAMPUS DE BOTUCATU

FACULDADE DE MEDICINA

Departamento de Enfermagem

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3811-6070/6004 - FAX (014) 3813- 5264

E.Mail: cenf@fmb.unesp.br**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____ (nome do (a) agente de saúde), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido claramente informado (a) sobre os objetivos do estudo: “Impacto de uma intervenção dirigida à capacitação de Agentes Comunitários da Saúde em aleitamento materno.”

Estou ciente de que o objetivo do estudo é avaliar conhecimentos e práticas sobre aleitamento materno de agentes comunitários de saúde, realizar um treinamento para estes agentes e reavaliar os conhecimentos.

Também declaro ter ciência de que serei entrevistado em dois momentos, antes e após um treinamento sobre aleitamento materno. Estou ciente do compromisso dos pesquisadores de, em todos os momentos da pesquisa, resguardar minha privacidade e manter meu anonimato, em especial por ocasião da divulgação dos resultados do estudo.

Entrevistado: _____

Documento de identidade: _____

Assinatura do entrevistado

Pesquisador responsável: Maria Cristina Heinzle da S. Machado.

Aluna do curso de Mestrado Profissional do curso
de Enfermagem da Faculdade de Medicina da UNESP
de Botucatu.COREn- SP 80444 Estado :São Paulo

Endereço: SMS Rua Major Mateus nº 07

Fone: 3811- 1100

E-mail : cristinaheinzle@bol.com.br

Orientadora: Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

E-mail : carvalha@fmb.unesp.br_____
Assinatura do pesquisador e data**Observações:**

Este termo será preenchido em duas vias, uma das quais será arquivada pelos responsáveis pela pesquisa e outra será entregue ao entrevistado (a).

Apêndice 3
Curso de Educação Permanente em Aleitamento Materno
Para Agentes Comunitários da Saúde
PROGRAMAÇÃO

Período	11/09	Técnica	Profissional
08:00h	Abertura do curso. Dinâmica de aquecimento e de integração. Dinâmica para apresentação de todos. Dinâmica para montar grupos (desfazer panelas).		Cristina Márcio (psicólogo)
9:00h	Grupos- responder a questão: 1º Porque o tema – amamentação - é importante para o ACS na sua formação e no seu trabalho diário?	Batizar os grupos. Nos pequenos grupos, construção de um painel com a síntese das idéias. Formular uma frase síntese no cartaz que represente a idéia do grupo.	Maria Antonieta Cássia Cris Heinzle Ana Lucia Patrícia Renata Cris Oliveira
10:00h	Intervalo		
10:15h	Grupos – responder a questão : 2º Qual sua experiência pessoal e profissional com amamentação?	Cada um deve fazer um relato breve sobre sua experiência pessoal e profissional com a amamentação.No máximo 15 linhas, sem identificação e com letra legível. Após isso, os relatos devem ser trocados com os outros integrantes do grupo e deve ser lido em primeira pessoa. Almoço	
12:00h			
13:30h	Aula: Porque é importante amamentar?		Cássia (enf.)
14:40h	Grupos 1º Escrever cinco argumentos para orientar uma gestante quanto à amamentação. (colar os cartazes na parede)	Escrever em tarjetas e formar painel com os 05 principais argumentos para orientar uma gestante sobre aleitamento materno. Posteriormente o grupo deverá discutir o que pensa sobre estes argumentos.	Maria Antonieta Cássia Cris Heinzle Ana Lucia Patrícia Renata Cris Oliveira
15:30h	Intervalo		
15:45h	Aula : Composição do leite humano variações na aparência do leite. Que riscos o uso de outros leites pode trazer?		Maria Antonieta
17:00h	Tarefa : Leitura da pág. 37 a 41 da apostila e anotar as dúvidas. Avaliação do dia: em uma (01) palavra. Encerramento		

**Curso de Educação Permanente em Aleitamento Materno
Para Agentes Comunitários da Saúde
Programação**

Período	18/09	Técnica	Profissional
8:00h	Aula : Como o leite vai do peito para a boca do bebê?(Anatomia da mama e fisiologia da lactação e da sucção). Cuidados antes e após a mamada Como colocar o bebê para mamar e avaliar a mamada. Quando/ quanto amamentar?		Cássia Ana Lúcia
10:00h	Intervalo		
10:15h	Grupos Imagine-se como mãe de um recém-nascido de 07 dias e descreva como você gostaria de ser abordada/o e orientada/o sobre amamentação na visita domiciliar do/a ACS?	Representar dentro do grupo esta abordagem. Encenando e apresentando a situação.	
11:00h	Apresentação da simulação acima para a plenária e discussão.		
12:00h	Almoço		
13:30h	Aula : Como ouvir e aprender. Como tirar uma história de amamentação. Como desenvolver confiança e dar apoio. Ouvir, entender e orientar Como oferecer apoio permanente às mães.		Cássia e Ana Lúcia
15:30h	Intervalo		
15:45h	Grupos: Simulação e discussão de casos (cartões): lidando com a amamentação?	Simulação de casos	Maria Antonieta Cássia Cris Heinzle Ana Lucia Patrícia Renata Cris Oliveira
16:45h	Tarefa : Em uma visita domiciliar, observar uma mãe amamentando , avaliar a mamada, tirar a história da amamentação e anotar.		
17:00h	Avaliação do dia Encerramento		

**Curso de Educação Permanente em Aleitamento Materno
Para Agentes Comunitários da Saúde
Programação**

Período	25/09	Técnica	Profissional
08:00h	Aula – Aleitamento e odontologia. Importância para a formação e o fortalecimento da musculatura facial. Contra-indicações do uso de bicos e chupetas.		Luceli (dentista)
09:00h 09:15h	Intervalo Grupos: Discussão: Como lidar com uso de chupeta e mamadeira?	Discussão nos grupos Fazer cartazes com idéias levantadas pelo grupo. O cartaz será destinado à orientação da população nas unidades de saúde	Maria Antonieta Cássia Cris Heinzle Ana Lucia Patrícia Renata Cris Oliveira
10:00h	Apresentação dos cartazes p/ plenária		
10:45h	Aula: Problemas precoces e tardios com amamentação Como lidar com as queixas: pouco leite, leite fraco, leite secou? Como aumentar a produção de leite?	Dinâmica das bexigas.	Ana Lúcia Cássia
11h30m	Discussão da tarefa de casa do segundo dia.		
12h00m	Almoço		
13:30h 14:30h	Como proteger a amamentação das pressões comerciais Discussão nos grupos, com a utilização de casos sobre os problemas precoces e tardios com a amamentação		Cássia Maria Antonieta Cássia Cris Heinzle Ana Lucia Patrícia Renata Cris Oliveira
15:30h	Intervalo		
15:45h	Continuação da apresentação das tarefas do dia anterior		
16:45h	Tarefa: trazer uma receita de “papinha” para bebês a partir de seis meses de vida que fosse usual na comunidade.		
17:00h	Avaliação e encerramento		

**Curso de Educação Permanente em Aleitamento Materno
Para Agentes Comunitários da Saúde
Programação**

Período	02/10	Técnica	Profissional
08:00h	Aula: Como retirar leite materno e alimentar bebês quando a mãe precisar se afastar.		Patrícia
10:00h	Intervalo		
10:15h	Aula: Desmame e alimentação complementar Alimentação da mãe que amamenta. Resgate da tarefa das “papinhas”		Maria Antonieta
12:00h	Almoço		
13:30h	Estímulo, proteção e apoio ao aleitamento materno: o papel das unidades de saúde da família e dos agentes comunitários da saúde.	Resgate da produção do primeiro dia (primeiros cartazes). Construção de um novo, com as contribuições e pactos de toda a equipe. (Contribuir como? Fazendo o quê?). Pactos entre agentes e chefias das equipes.	Enfermeiras de todas as equipes de PSF de Botucatu + ACS. Cada uma com sua equipe.
15:00h	Apresentação da contribuição do ACS no sucesso do aleitamento, para a plenária.		
16:00h	Avaliação verbal e escrita e entrega de certificados.	Avaliação verbal e escrita	
17:00h	Encerramento.		

Apêndice 4

EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS EM SAÚDE AMAMENTAÇÃO

AVALIAÇÃO OBJETIVA DA AÇÃO EDUCATIVA

Identificação (opcional): _____ Data: ____/____/____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO				
Individual				
Motivação ao início				
Assiduidade				
Pontualidade				
Participação nas atividades				
Relacionamento com colegas				
Relacionamento com facilitadores				
Aumento no interesse no assunto				
Facilitadores				
Assiduidade				
Pontualidade				
Participação nas atividades				
Domínio do tema				
Relacionamento com participantes				
Conteúdo abordado				
Organização				
Escolha dos temas e subtemas				
Coerência com a prática				
Metodologia e recursos				
Dinâmicas empregadas				
Aproveitamento de conhecimento prévio dos participantes				
Contribuição dos colegas				
Exercícios propostos e realizados com o grupo				
Exercícios propostos e realizados individualmente (em serviço)				
Recursos didáticos (apostilas, textos, audiovisual)				
Número de facilitador/participantes				
Número de participantes				
Carga Horária Total				
Distribuição da Carga Horária				
Adequação do local				
Avaliação				
Métodos e oportunidades				

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS EM SAÚDE
AMAMENTAÇÃO**

AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA AÇÃO EDUCATIVA

Data: _____ **Identificação (opcional):** _____

1- Eu não esperava e aconteceu:

2- Decepçãoei-me um pouco com:

3 - Se fosse fazer propaganda sobre essa experiência, eu diria que:

4 - Como sugestão(ões), para melhorar essa ação educativa, tenho:

Anexo



Anexo 1
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Júnior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 04 de dezembro de 2006

OF. 619/2006-CEP*

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhães
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Drª Maria Antonieta,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "Impacto de uma intervenção dirigida à capacitação de agentes comunitários de saúde em aleitamento materno", a ser conduzido por Maria Cristina Heinzle da Silva Machado, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04/12/2006.

Situação do Projeto: APROVADO.

Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.