

Mírian Navarro Serrano

**Conhecimentos e práticas dos agentes
comunitários de saúde na promoção do
aleitamento materno**

Araçatuba – SP

2014

Mírian Navarro Serrano

**Conhecimentos e práticas dos agentes
comunitários de saúde na promoção do
aleitamento materno**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia Preventiva e Social.

Orientador: Prof. Titular Orlando Saliba

ARAÇATUBA - SP

2014

Dedico este fragmento de minha vida:

A Deus.

Aos meus amados pais.

Às minhas queridas irmãs.

Ao meu amor.

Agradecimentos Especiais

A Deus, pela oportunidade inestimável de aprendizagem e maturação neste plano terreno. Pela generosidade em me presentear com uma família tão especial e amável.

Ao meus pais. Como eu amo vocês! Meu caminho tem os vossos passos. Obrigada por me darem as mãos e me ensinarem a direção e O Caminho.

Às minhas queridas irmãs – Vívian, Lílian e Rose, que sempre me incentivam e que se esforçam por andar mais uma milha comigo, afim de que eu não me sinta só.

À minha metade – Mauricio Massao - que Deus tão generosamente preparou para mim. Sem você, creio, que o meu fôlego seria mais curto.

À Prof. Nemre Adas Saliba pelo exemplo de dedicação à Saúde Coletiva, pela coragem e pioneirismo. Um exemplo de mulher e pesquisadora.

Ao meu orientador, Dr. Orlando Saliba, pelo carinho fraterno. Há tempos o conhecia de ouvir falar. Agora, Deus me deu a oportunidade de também poder aprender um pouquinho contigo. Obrigada pela oportunidade de convívio e pelo exemplo de profissionalismo e coragem!

À prof.^a Suzely que me inspira a crescer e a desenvolver um espírito crítico construtivo de qualidade.

Obrigada por não desistir de mim e sempre me impulsionar, mesmo que com solavancos, pelos conselhos nos momentos mais importantes. Por me fazer enxergar o que deve ser visto. Com sabedoria.

Agradecimentos

À reitoria, na pessoa do excelentíssimo senhor Reitor Julio Cezar Durigan e excelentíssima senhora Vice-Reitora Marilza Vieira Cunha Rudge pela excelência no trabalho de aprimoramento da nossa Universidade.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, nas pessoas da Diretora Professora Ana Maria Pires Soubhia e Vice-Diretor Professor Wilson Roberto Poi pelo acolhimento e por terem proporcionado condições para o desenvolvimento do meu trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, por terem me recebido quando ainda eu era uma aluna da graduação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social: Suzely, Cléa, Tânia, Maria Lúcia, Ana Claudia, Dóris, Renato, Ronald e Artênio. Vocês acreditaram no meu trabalho e me proporcionaram os meios para eu vencer essa etapa.

Aos funcionários do Departamento: Valderez, Neusa e Nilton. Sem vocês, nosso curso teria menos brilho. Obrigada, dona Neusa, por estar sempre disposta.
Obrigada, Val, pelas horas de conversa.

E ah! Niltinho, obrigada, pelo carinho. Você tem alegria no coração!

Aos professores da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, que contribuíram para minha formação, como profissional e ser humano.

Aos funcionários da Seção Técnica de Pós-Graduação, que sempre nos atenderam e nos compreenderam com muita boa vontade.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP: Ana Cláudia, Izabel, Izamar, Cláudio, Ivone, Luzia, Marina, Maria Cláudia e Alexandra, por estarem sempre tão dispostos a nos ajudarem e pela gentileza com que nos atendem.

A Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior), pela concessão de bolsa que viabilizou a realização desse trabalho.

À minha turma de mestrado - *Gabriela Barreto Soares, Kristiane Hitomi Shimizu, Luís Fernando Dahmer Peruchini, Mirelli Ramiro da Silva, Patrick Raphael Vicente Gonçalves e Neila Paula de Souza* . Obrigada pelos momentos tão gostosos que vivemos nessa etapa e pela força para caminhar sem focar nos obstáculos. Levo de um pedaço de vocês comigo!

A todos os doutorandos que sempre com muita disposição nos mostravam o caminho das pedras e que, por muitas vezes, ‘pegavam na nossa mão’ afim de nos ensinar a fazer. Vocês são demais e a vossa recompensa está guardada!

“Tua é, Senhor, a magnificência, e o poder, e a honra, e a vitória, e a majestade;
porque teu é tudo quanto há nos céus e na terra; teu é, Senhor, o reino, e tu te
exaltaste por cabeça sobre todos.
E riquezas e glória vêm de diante de ti, e tu dominas sobre tudo, e na tua mão há
força e poder; e na tua mão está o engrandecer e o dar força a tudo.
Agora, pois, ó Deus nosso, graças te damos, e louvamos o nome da tua glória.
Porque quem sou eu, e quem é o meu povo, para que pudéssemos oferecer
voluntariamente coisas semelhantes? Porque tudo vem de ti, e do que é teu to
damos.”

(1 Crônicas 29:11-14)

SERRANO, M.N. **Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno**. 2014. 43 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

RESUMO

Avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde é fundamental, para que haja políticas públicas de qualificação e capacitação da equipe e melhoria da qualidade dos serviços prestados. Objetivou-se identificar o nível de conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre as práticas de aleitamento materno. Realizou-se estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa e como instrumento de pesquisa questionário semiestruturado, com questões abertas e fechadas. As variáveis foram: sócio demográficas, capacidade percebida para orientação sobre aleitamento, participação em treinamentos/cursos, conhecimentos sobre vantagens do aleitamento para mãe e bebê. Realizou-se análise descritiva e foram empregados os testes Qui-quadrado, Exato de Fischer e G, ao nível de significância de 5%. As questões abertas foram analisadas de acordo com a técnica de pesquisa qualitativa. Participaram da pesquisa 148 ACS. Desses 92,30% eram do sexo feminino; 71,60% com 2º completo e 70,30% atuavam como ACS há menos de 5 anos. Grande parte dos ACS (45,95%) relatou não se sentir capacitado para orientar sobre aleitamento materno e 63,30% nunca participaram de treinamentos/cursos sobre amamentação. Embora 85,14% acreditassem que a amamentação deveria ser iniciada logo após o parto, apenas 25,00% realizavam visitas domiciliares até 3 dias após o nascimento. A maioria citou vantagens do aleitamento relacionadas somente ao bebê, emergindo as categorias: nutrição do bebê, imunológica, desenvolvimento/saúde do bebê, dentição/ossos. Quanto às orientações para os problemas advindos da amamentação, 12,90% das respostas foram consideradas corretas para o tratamento de seios ingurgitados, 29,84% em caso de fissuras. Houve associação estatisticamente significativa entre capacidade de orientar as mães na amamentação e participação em treinamentos ($p < 0,001$). Conclui-se que o conhecimento dos ACS sobre o manejo clínico da

amamentação é limitado, apesar de exercerem atividades de promoção do aleitamento materno e visitas domiciliares pós-parto de forma tardia.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde. Aleitamento materno. Conhecimento.

SERRANO, M.N. **Knowledge and practices of community health workers in breastfeeding promotion.** 2014. 43 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

ABSTRACT

Assess the knowledge of health professionals is essential, so that there is public policy qualification and training of staff and improving the quality of services provided. This study aimed to analyze the knowledge and practices of breastfeeding promotion of Community Health Agents (CHW). We conducted a descriptive exploratory study using quantitative and qualitative approach. CHW 148 participated in the survey and the survey instrument was semi-structured questionnaire with open and closed questions. The variables were: sociodemographic, perceived for guidance on breastfeeding, participation in training/courses, knowledge of benefits of breastfeeding for mother and baby capability. A descriptive analysis and chi-square and Fisher's exact level of 5% significance tests were used. The open questions were analyzed according to qualitative research technique. Of the total, 92,30 % were female, 71,6 % with 2° full and 70,3% worked as CHW for less than five years. Much of the CHW (45,95%) reported not feel qualified to advise on breastfeeding and 63,30% never participated in training/courses on breastfeeding. Although 85,14% believed that breastfeeding should be initiated soon after birth, only 25% had home visits up to 3 days after birth. The most cited advantages of breastfeeding related only to the baby, according to the categories: baby nutrition, immunological, development/baby health, teeth/bones. The Guidelines for the problems created by breastfeeding, 12,90% of the responses were considered

correct to treat engorged breasts, 29,84% in case of cracks. There was a statistically significant association between ability to advise mothers on breastfeeding and participation in training ($p < 0.001$). We conclude that knowledge of CHW is limited and despite exercise of breastfeeding orientation activities, the solution of the main problems during lactation is still unknown, which highlights the need for continuing education of health teams.

Keywords: Community health workers. Breast feeding. Knowledge.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos agentes comunitários de saúde da cidade de Araçatuba – SP. 2012.	24
Tabela 2	Respostas dos agentes comunitários de saúde, referentes às visitas domiciliares de pré-natal. Araçatuba – SP. 2012.	25
Tabela 3	Respostas dos agentes comunitários de saúde, referentes às visitas domiciliares de puerpério. Araçatuba – SP. 2012.	26
Tabela 4	Resultados dos testes estatísticos de associação entre características dos ACS e conhecimento e práticas de promoção do aleitamento materno. Araçatuba-SP. 2012.	28
Tabela 5	Distribuição das respostas de ACS com relação as vantagens do aleitamento materno e categorias identificadas. Araçatuba-SP. 2012.	30
Tabela 6	Distribuição das respostas de ACS com relação aos aspectos importantes a serem verificados na mamada e categorias identificadas. Araçatuba-SP. 2012.	31
Tabela 7	Distribuição das respostas de ACS com relação às orientações para os problemas advindos do período de aleitamento e categorias identificadas. Araçatuba-SP. 2012.	32

LISTA DE FIGURAS

- | | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Distribuição percentual dos ACS, segundo a primeira visita domiciliar que o bebê recebe após sair da maternidade. Araçatuba, 2012. | 27 |
| Figura 2 | Distribuição percentual dos ACS, segundo a primeira visita domiciliar que o bebê recebe após sair da maternidade. Araçatuba, 2012. | 27 |

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS =	Agente Comunitário de Saúde
AME=	Aleitamento Materno Exclusivo
CHW =	Community health worker
ESF =	Estratégia Saúde da Família
OMS =	Organização Mundial de Saúde
PACS =	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF =	Programa Saúde da Família
SUS =	Sistema Único de Saúde
UBS=	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução	17
2 Metodologia	20
3 Resultados	23
4 Discussão	33
5 Conclusão	40
Referências	41
Anexos	45

1 Introdução

O aleitamento materno exclusivo, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) durante os primeiros seis meses de idade, fornece os nutrientes essenciais e energia necessária para promoção do crescimento e desenvolvimento saudável do bebê, além de proteger a criança contra doenças crônicas e infecciosas, reduzir a taxa de mortalidade infantil por enfermidades comuns à infância, como diarreia e pneumonia e auxiliar na recuperação destas, tudo isso devido às vantagens nutricionais referentes ao leite materno e ao seu papel no sistema imunológico.^{1, 2, 3}

Ainda que se considere a amamentação materna essencial na alimentação infantil, em todo mundo, poucos recém-nascidos são alimentados exclusivamente com leite materno por mais de algumas semanas.¹ No Brasil, um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde,⁴ revelou que a duração média do aleitamento materno exclusivo é de apenas 23,4 dias, revelando que as crianças recebem outro tipo de alimento já no primeiro mês de vida.⁴

As razões para se justificar a interrupção do aleitamento materno ou a introdução de outros alimentos são várias. A literatura^{2,3,5} destaca como obstáculos para o aleitamento materno exclusivo alguns mitos relacionados à amamentação, tais como: “o leite é fraco”, “o leite não sustenta”, “o leite secou”. Atitudes negativas da mulher em relação à continuidade da amamentação são vistas quando surgem os primeiros contratempos: recusa ou dificuldade do bebê em pegar o peito, aparecimento dos problemas ligados à mama como ingurgitamento, fissura mamilar e mastites, doenças maternas, doenças transmissíveis, uso contínuo de medicamentos prejudiciais ao bebê, internação hospitalar, existência de rotinas hospitalares rígidas, retorno ao trabalho.^{2, 3, 5}

Os problemas no período da lactação correspondem a um fator interventor na amamentação. Corroborando os achados de Pereira,⁶ a maioria das lesões ocasionadas no período de aleitamento é evitável, principalmente se forem utilizadas medidas de prevenção no pré-natal, parto e puerpério.^{6,7}

As intercorrências mamárias, a exemplo das fissuras, decorrem de posicionamento e pega inadequada, como também de mamilo protruso ou normal, plano, comprido e invertido; alterações orais da criança; sucção prolongada. O ingurgitamento mamário corresponde à retenção de leite nos

alvéolos, obstrução do fluxo de leite, aumento da obstrução e edema devido a estase vascular e linfática.⁸

A falta de preparo da mulher no período pré-natal, ou até mesmo a ideia de que ela não terá problemas relacionados à amamentação, impedem-na de assimilar as informações recebidas, transformando a amamentação – ato sublime - num momento de desconforto, dor e lágrimas.⁹

A responsabilidade imputada à mãe pela sociedade e pela família no processo da amamentação faz com que os casos de intercorrências mamárias, em que a mãe não consegue aleitar, ocasionem sentimentos de culpa e frustração de forma bastante contundente.¹⁰

As dificuldades vividas pelas recém-mães são traduzidas em choro, dor, insegurança, determinando diminuição das mamadas e desmame precoce. Nesse momento, a equipe multidisciplinar de saúde deve estar preparada para assistir a mulher, não apenas no aspecto biológico, visando à cura, como também valorizando como a mulher se sente vivenciando sofrimento e tendo que cumprir um ritual que lhe é imputado pela sociedade.¹¹

Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como parte do processo de reforma do setor saúde, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.¹² A consolidação e criação do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para reorganização da Atenção Básica, imputaram a necessidade de se regulamentar as atividades dos ACS, o que aconteceu com a publicação da portaria nº 648, de 28 de março de 2006, a qual definiu o agente comunitário de saúde como profissional integrante à Estratégia Saúde da Família (ESF).^{13,14,15}

No serviço de Saúde, a equipe deve ser capacitada para trabalhar de forma integrada e no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, o agente comunitário de saúde (ACS) tem ganhado destaque ao realizar a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária e a comunidade.¹²

O agente comunitário de saúde tem importante papel no sucesso do aleitamento materno por ser o profissional de saúde mais próximo das nutrizes e por atuar como elo integrador entre a equipe de saúde e a comunidade/família.

Para tanto, o ACS deve estar preparado para apoiar e incentivar as mães, levando até seu domicílio informações necessárias e transmitindo de maneira correta os conhecimentos médico-científicos e acompanhando a prática do aleitamento.¹²

Na proposta do PSF, a visita domiciliar deve se articular aos desafios que se colocam para este, tendo as famílias, em seu contexto sociocultural de vida, como unidade central de atenção, abarcando suas diversas necessidades, tendo em vista não só a prevenção da saúde e a recuperação e reabilitação de doenças mas, também, a promoção da saúde.¹⁶

Tal importância articula-se ao fato de a visita favorecer o reconhecimento da vivência de um dado problema de saúde e provocar a procura do serviço. A visita é vista como uma estratégia que viabiliza a intermediação entre o domicílio e a Estratégia Saúde da Família (ESF) e vice-versa, ao favorecer o acesso ao serviço local.¹⁶

O diagnóstico sobre o conhecimento acerca da prática do aleitamento materno pode contribuir para o direcionamento de programas educativos e posicionamento dos profissionais de saúde, pois estes devem exercer importante papel no incentivo ao aleitamento materno ao apoiar e esclarecer a gestante e a nutriz e assim, traçar políticas mais efetivas no sentido de melhorar os resultados relativos aos índices de aleitamento materno exclusivo.¹²

Reconhecendo a relevância do aleitamento materno, como alimento fundamental para a saúde e desenvolvimento saudável das crianças, bem como a necessidade de se instituir estratégias de educação permanente nos serviços de saúde, objetivou-se identificar o nível de conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre as práticas de aleitamento materno, com vistas ao desenvolvimento futuro de projetos educacionais de encorajamento à amamentação.

2 Metodologia

Realizou-se um estudo transversal, descritivo, tipo inquérito envolvendo os agentes comunitários de saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família do município de Araçatuba-SP, Brasil.

Foi incluído na pesquisa todo agente comunitário de saúde presente no ciclo de palestras multiprofissional em comemoração à Semana Mundial do Aleitamento Materno, do ano de 2012, realizado pelo Programa de Atenção Odontológica a Gestantes, do Programa de Pós-Graduação Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia-FOA/UNESP, nas dependências da faculdade, e que consentiu em responder o questionário. Aqueles que não participaram do ciclo de palestras foram, automaticamente, excluídos do estudo. Dos 182 agentes comunitários de saúde do município de Araçatuba, participaram da pesquisa 148 ACS, o que corresponde a 81% do total (existente no momento da coleta).

O método de coleta de dados, aplicado antes do início do ciclo de palestras, constituiu-se de um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, sobre percepção e conhecimento dos ACS sobre o aleitamento materno, sem indução das respostas e sem consulta durante o preenchimento do mesmo.

As variáveis estudadas foram: faixa etária, gênero, grau de escolaridade, tempo de atividade na Equipe Saúde da Família, cursos ou treinamento de capacitação para o desempenho de suas funções, participação em visitas domiciliares de pré-natal e puerpério e conhecimento sobre aleitamento materno: início ideal da amamentação, período adequado do aleitamento exclusivo, início da complementação da dieta do bebê com outros alimentos, vantagens do aleitamento para as gestantes, aspectos importantes para uma boa mamada, sugestões para seios ingurgitados ou fissuras no bico, orientações às gestantes e lactantes durante as visitas.

Após a aplicação do questionário, os dados foram digitados e categorizados para análise nos programas EpiInfo 3.5.3¹⁷ e BioEstat 5.0.¹⁸

Foi realizada análise estatística descritiva, bem como empregados os testes Qui-quadrado, Exato de Fischer e G, ao nível de significância de 5% ($\alpha=0.05$), para verificar associação entre as variáveis: grau de escolaridade, idade e treinamento, com as variáveis desfecho: tempo após o parto para início

da amamentação, período de aleitamento exclusivo e início do aleitamento materno complementar.

Considerou-se iniciar a amamentação do bebê logo após o parto, ou seja, em até 3 horas¹⁹ e aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade.¹⁹

Nas perguntas abertas, referentes à percepção dos ACS sobre aleitamento materno, as questões propostas foram: “*liste três vantagens da amamentação para a mãe ou para o bebê*”; “*liste três aspectos importantes a serem verificados na mamada para uma boa amamentação*” e “*liste duas sugestões que você faria para uma mãe com seios ingurgitados ou com fissuras no bico*”.

Para a análise qualitativa dessas questões abertas, foi empregada a técnica das representações sociais, baseada na forma como indivíduos de uma determinada sociedade, pertencendo a determinado grupo social, expressam sua realidade e a interpretam, dependendo do seu nível de conhecimento pautado na sua experiência do cotidiano.²⁰

Após leitura geral e exaustiva das respostas dos ACS, foi realizada *análise de conteúdo*, cumprindo três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. As respostas foram categorizadas e analisadas em profundidade dos conteúdos manifestos pelos atores sociais envolvidos,²¹ revelando as seguintes categorias para “vantagens da amamentação para a mãe”: prevenção contra câncer; emagrecimento; involução uterina/diminuição de sangramento/recuperação; produção de leite. As categorias para “vantagens da amamentação para o bebê” foram: nutrição; imunológica; desenvolvimento/saúde; dentição/ossos. Emergiram também as categorias: praticidade, economia; afetividade.

As categorias emergentes na questão sobre os aspectos importantes que devem ser verificados na mamada foram: posicionamento do bebê; atitudes da mãe; pega/sucção. Para sugestão de tratamento de seios ingurgitados e com fissuras no bico, as respostas foram incluídas nas categorias: adequadas; inadequadas e consultar médico/enfermeira.

A fim de manter o anonimato foi utilizada a sigla ACS, seguida de número arábico para identificar as falas dos sujeitos da pesquisa: ACS1, ACS2...

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- FOA/UNESP aprovou o presente estudo (processo

FOA nº 2006-01471) e todos os ditames da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde foram rigorosamente respeitados.

3 Resultados

Do total de 148 (81,00%) ACS, 93,24% eram mulheres; a faixa etária predominante englobou o intervalo de 40-49 anos; 66,22% dos profissionais possuíam ensino médio completo; 70,27% atuavam nesta profissão há menos de 5 anos e 62,16% não receberam treinamento ou curso em amamentação, conforme demonstra a tabela 1. Cabe ressaltar que a média de tempo de serviço dos ACS, neste estudo, equivale a 4,06 anos, bem como a média de idade 39,32 anos, muito embora tais dados não estejam apontados na referida tabela. **(Tabela 1).**

Tabela 1- Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da cidade de Araçatuba–SP. 2012.

Idade (anos)	n	%
19 - 29	24	16,21
30 - 39	48	32,43
40 - 49	50	33,80
50 - 59	19	12,83
60 - 66	4	2,70
Não responderam	3	2,03
Total	148	100,00
Gênero	n	%
Feminino	138	93,24
Masculino	9	6,08
Não respondeu	1	0,68
Total	148	100,00
Grau de Escolaridade	n	%
Ensino Fundamental Completo	3	2,03
Ensino Médio Completo	98	66,22
Ensino Médio Incompleto	2	1,35
Superior Completo	28	18,92
Superior Incompleto	9	6,08
Técnico	4	2,70
Não responderam	4	2,70
Total	148	100,00
Tempo atuante como ACS	n	%
Menor que 5 anos	104	70,27
Entre 5 e 10 anos	22	14,87
Maior que 10 anos	18	12,16
Não responderam	4	2,70
Total	148	100,00
Você fez algum treinamento ou curso em amamentação	n	%
Sim	55	37,16
Não	92	62,16
Não respondeu	1	0,68
Total	148	100,00
Você se considera capacitado para orientar as mães a melhorar a técnica de amamentação	n	%
Sim	68	45,95
Não	68	45,95
Não respondeu	12	8,10
Total	148	100,00

A maioria (91,89%) dos ACS responderam que a frequência de visitas domiciliares de pré-natal foi estabelecida em sua UBS; 83,11% dos ACS participavam frequentemente dessas visitas; a média de gestantes visitadas, por semana, era de até 2, conforme 64,19%; em 79,05% das respostas a microárea de abrangência tinham ≤ 5 gestantes e 85,81% dos ACS frequentemente falavam das vantagens da amamentação nas visitas domiciliares de pré-natal. (**Tabela 2**)

Tabela 2. Respostas dos Agentes Comunitários de Saúde, referentes às visitas domiciliares de pré-natal. Araçatuba–SP. 2012.

Foi estabelecida a frequência de visitas domiciliares às gestantes em sua UBS?	n	%
Sim	136	91,89
Não	11	7,43
Não respondeu	1	0,68
Total	148	100,00
Você participa de visitas domiciliares de pré-natal?	n	%
Frequentemente	123	83,11
Eventualmente	18	12,16
Não participo deste tipo de atividade	3	2,03
Nunca ou muito raramente	1	0,67
Não respondeu	3	2,03
Total	148	100,00
Aproximadamente, quantas gestantes você visita em média, por semana?	n	%
até 2	95	64,19
mais de 2	19	12,84
No momento, nenhuma	7	4,73
Não respondeu	27	18,24
Total	148	100,00
Aproximadamente, quantas gestantes existem na sua área de abrangência?	n	%
0	8	5,41
≤ 5	117	79,05
$> 5 \leq 10$	15	10,14
> 10	2	1,35
Não respondeu	6	4,05
Total	148	100,00
Em suas visitas de pré-natal, você fala das vantagens da importância da amamentação?	n	%
Frequentemente	127	85,81
Eventualmente	13	8,78
Não participo deste tipo de atividade	2	1,35
Nunca ou muito raramente	3	2,03
Não respondeu	3	2,03
Total	148	100,00

A maioria (89,86%) dos ACS responderam que a frequência de visitas domiciliares de puerpério foi estabelecida em sua UBS; 73,65% dos ACS participavam frequentemente dessas visitas; 43,24% dos ACS não responderam sobre a média de gestantes visitadas, por semana e 88,52% dos ACS orientavam as mães sobre amamentação em quase todos os encontros. (**Tabela 3**)

Tabela 3. Respostas dos Agentes Comunitários de Saúde, referentes às visitas domiciliares de puerpério. Araçatuba–SP. 2012.

Foi estabelecida a frequência de visitas domiciliares às puérperas em sua UBS?	n	%
Sim	133	89,86
Não	5	3,38
Não respondeu	10	6,76
Total	148	100,00

Você participa de visitas domiciliares a puérperas?	n	%
Frequentemente	109	73,65%
Eventualmente	27	18,24%
Não participo deste tipo de atividade	4	2,71%
Nunca ou muito raramente	2	1,35%
Não respondeu	6	4,05%
Total	148	100,00

Se participa, quantas puérperas, você visita em média por semana?	n	%
1	45	30,40
até 2	10	6,76
mais de 2	5	3,38
Quando o bebê nasce	14	9,46
A cada nascimento	9	6,08
Não participo	1	0,68
Não respondeu	64	43,24
Total	148	100,00

Nestas atividades as mães são orientadas sobre amamentação?	n	%
Em quase todos os encontros	131	88,52
Muito raramente	6	4,05
Não participo deste tipo de atividade	4	2,70
Não respondeu	7	4,73
Total	148	100,00

A figura 1 faz referência à primeira visita domiciliar que o binômio mãe-filho recebe após sair da maternidade e verifica-se que 47,30% dos ACS fazem sua primeira visita domiciliar até 7 dias após o parto.

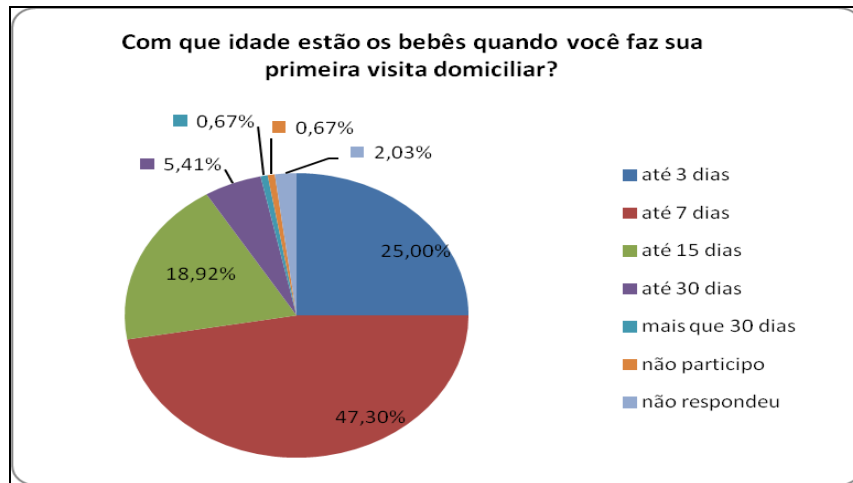


Figura 1. Distribuição percentual dos ACS, segundo a primeira visita domiciliar que o bebê recebe após sair da maternidade. Araçatuba, 2012.

A figura 2 demonstra que 35,00% dos ACS responderam que costumam verificar a mamada e corrigir os possíveis erros frequentemente.

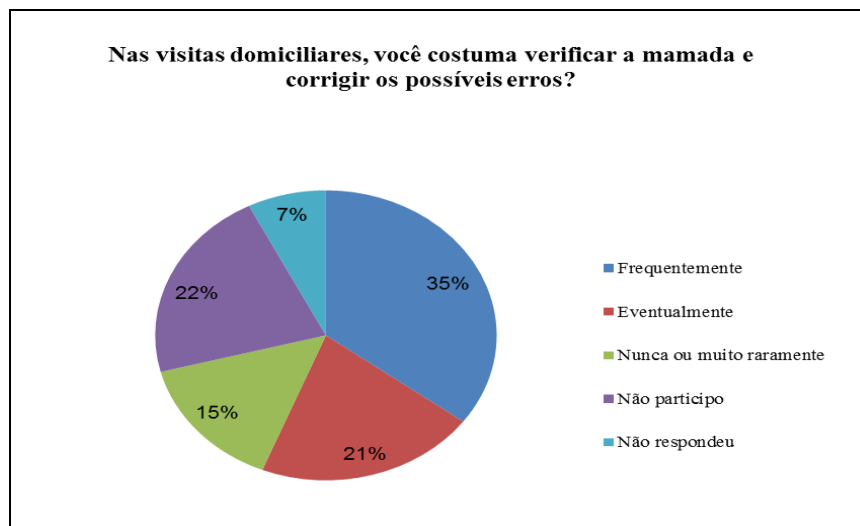


Figura 2. Distribuição percentual dos ACS, segundo verificação da mamada, nas visitas domiciliares, e correção dos possíveis erros. Araçatuba, 2012.

Os resultados sobre o momento correto de se iniciar o aleitamento materno, 126 (85,14%) concordam que deverá ser iniciado logo após o nascimento, 3 (2,03%) relatam que deverá ser iniciado até 6 horas após o parto, 11 (7,43%) relatam em até 24 horas, e 8 (5,40%) não responderam à pergunta.

Com relação ao período de aleitamento exclusivo, 131 (88,51%) responderam que esse período deve se estender até os seis meses de vida e 81,76% responderam que o momento correto para introdução de outros alimentos é após os seis meses de vida.

Tabela 4. Resultados dos testes estatísticos de associação entre características dos ACS e conhecimento e práticas de promoção do aleitamento materno. Araçatuba-SP. 2012.

Variáveis	Teste Estatístico	Valor de p	Significante
Momento correto de do início do aleitamento materno X Grau de escolaridade	Exato de Fisher	p=0,4736	N
Momento correto de se iniciar o aleitamento materno X Idade	Teste G	p=0,4499	N
Momento correto de se iniciar o aleitamento materno X Fez treinamento ou curso	Qui-quadrado	p=0,8423	N
Período de aleitamento exclusivo X Grau de escolaridade	Exato de Fisher	p=0,2496	N
Período de aleitamento exclusivo X Idade	Teste G	p=0,5793	N
Período de aleitamento exclusivo X Fez treinamento ou curso	Exato de Fisher	p=0,4548	N
Momento correto para introdução de outros alimentos X Grau de escolaridade	Exato de Fisher	p=0,6422	N
Momento correto para introdução de outros alimentos X Idade	Teste G	p=0,6669	N
Momento correto para introdução de outros alimentos X Fez treinamento ou cursos	Exato de Fisher	p=0,4403	N
Capacidade para orientar as mães na técnica de amamentação X Fez treinamento ou curso	Qui-quadrado	p<0,001	S
Participação em visitas domiciliares a puérperas X Fez treinamento ou cursos	Exato de Fisher	p=0,0593	N
Participação em visitas domiciliares de pré-natal X Fez treinamento ou cursos	Exato de Fisher	p=0,1513	N

*p<0,005; N=não; S=sim

Na análise quantitativa da questão sobre as vantagens do aleitamento materno, notou-se que 116 (80%) citaram as 3 vantagens, 11 (7,58%) relataram 2 vantagens; 6 (4,14%) relataram apenas 1 e 10 (6,90%) não responderam.

Quanto aos três aspectos importantes a serem verificados na mamada para uma boa amamentação, 91 (61,48%) dos agentes listaram os 3 aspectos importantes a serem verificados na mamada, 22 (14,86%) listaram apenas 2 aspectos e 25 (16,90%) não responderam.

Para a questão vantagens da amamentação, foram consideradas corretas as seguintes respostas: para o bebê - crescimento normal bebê, redução de anemia, prevenção contra infecções, proteção contra alergias, imunização, alimento completo -, para a mãe - redução do risco de câncer de mama e de útero, involução rápida do útero, perda de peso, protege a mãe de nova gravidez, método mais barato e seguro, está sempre pronto e na temperatura ideal para consumo, proximidade entre mãe e filho, estreitamento dos laços afetivos.

Quanto aos aspectos a serem verificados na mamada, as respostas consideradas corretas foram: posicionamento do bebê no colo da mãe, pega do bebê na aréola, sucção, jeito da mãe segurar a mama para não tapar a narina do bebê, esperar o bebê acordar para mamar, oferecer os dois seios para o bebê mamar (primeiro esvaziar um, depois o outro), tranquilidade da mãe e do ambiente no momento da amamentação.

As respostas consideradas corretas para a questão que sugere tratamento para seios ingurgitados foram: ordenha manual, dar de mamar sempre que o bebê quiser, posição correta do bebê e verificar a boa pega, não parar de amamentar, massagear, compressa frio depois de retirar o leite e, para fissuras no bico foram consideradas: posição correta do bebê para pega do mamilo, verificar os sinais de boa pega, não lavar os seios com sabão e excessivamente (apenas 1 vez ao dia), não passar pomadas, não interromper a mamada, aplicar o próprio leite no mamilos, arejar e tomar sol no mamilos.

Tabela 5. Distribuição das respostas de Agentes Comunitários de Saúde com relação às vantagens do aleitamento materno e categorias identificadas. Araçatuba-SP. 2012.

Categorias observadas	n	fr	%
Prevenção contra câncer na mãe: “ <i>reduz o risco de câncer de mama</i> ”; “ <i>evita câncer de mama</i> ”; “ <i>previne câncer no seio</i> ”	23	0,1554	15,54
Emagrecimento da mãe: “ <i>a mãe perde peso mais rapidamente</i> ”; “ <i>perda de peso</i> ”; “ <i>ajuda na forma física</i> ”; “ <i>facilita a perda de peso para a mãe</i> ”	25	0,1689	16,89
Involução volume uterino/diminuição do sangramento/recuperação: “ <i>o sangramento diminui</i> ”; “ <i>útero contrai mais rápido</i> ”; “ <i>auxilia na contração do útero, ajudando que volte mais rápido ao normal</i> ”; “ <i>recuperação mais rápida da mãe</i> ”; “ <i>ajuda a mãe na recuperação</i> ”	21	0,1418	14,18
Produção de leite: “ <i>Ajuda a mãe a produzir mais leite pelo ato de mamar da criança</i> ”; “ <i>Na mãe após cada mamada do bebê seu leite vai aumentando</i> ”	2	0,0135	1,35
Nutrição do bebê: “ <i>Tem todos os nutrientes que o bebê precisa</i> ”; “ <i>Melhor alimento</i> ”; “ <i>Alimentação própria para o bebê</i> ”; “ <i>Protege a criança contra a desnutrição</i> ”; “ <i>Alimento Completo</i> ”; “ <i>Rico em vitaminas e nutrientes</i> ”; “ <i>Nunca é fraco</i> ”; “ <i>Leite materno não é fraco</i> ”	58	0,3918	39,18
Imunológica: “ <i>Fortalece o Sistema Imunológico</i> ”; “ <i>Primeira vacina(colostro)</i> ”; “ <i>Evitar doenças infecciosas</i> ”; “ <i>Imunidade positiva</i> ”; “ <i>Evitar alergias respiratórias</i> ”; “ <i>Cria anticorpos</i> ”; “ <i>Bebê fica protegido</i> ”; “ <i>Colostro é antibiótico natural</i> ”	99	0,6689	66,89
Desenvolvimento/saúde do bebê: “ <i>Saúde para o bebê</i> ”; “ <i>crescimento</i> ”; “ <i>Melhora o desenvolvimento</i> ”; “ <i>Saúde para o bebê; vida saudável</i> ”; “ <i>a criança tem menor chance de adoecer</i> ”; “ <i>o bebê fica mais forte</i> ”	68	0,4594	45,94
Dentição/ossos: “ <i>Melhora a dentição</i> ”; “ <i>não deforma arcada dentária do bebê</i> ”; “ <i>Fortalece a dentição; Fortalecimento dos ossos</i> ”	19	0,1283	12,83
Vantagens econômicas: “ <i>não precisa comprar leite</i> ”; “ <i>Economia para mãe</i> ”; “ <i>É econômico</i> ”	3	0,002	2,00
Praticidade: “ <i>Já está pronto não precisa ser modificado</i> ”; “ <i>Sempre pronto para mamar</i> ”; “ <i>Estar sempre na temperatura ideal</i> ”; “ <i>Praticidade</i> ”; “ <i>Já vem pronto para beber</i> ”	25	0,1689	16,89

fr=frequência relativa

A somatória da frequência relativa (fr) poderá ser maior que 100,00%, já que a mesma vantagem pode ser referida por mais de um ACS.

Tabela 6. Distribuição das respostas de ACS com relação aos aspectos importantes a serem verificados na mamada e categorias identificadas. Araçatuba-SP. 2012.

Categorias observadas	n	fr	%
Posicionamento do bebê: <i>“posição da criança no colo da mãe”; “observar se não está obstruindo a narina”; “Não deixar a criança dormir no peito”; “O bebê tem que estar bem acomodado”; “Criança próxima do peito; Nariz do bebê”</i>	108	0,729 7	72,97
Atitudes da mãe: <i>“Calma e tempo da mãe”; “Boa alimentação; Posição melhor sentada”; “Passar a criança para outro peito quando esvaziar um”; “Posição da mãe para segurar o bebê”</i>	143	0,966 2	96,62
Pega/sucção: <i>“Jeito que o bebê mama para evitar que engula o ar”; “Pegada correta da aureola”; “Sucção do bebê”; “Se o bico e a aureola está toda dentro da boca”; “observar como a criança está pegando no mamilo”</i>	71	0,479 7	47,97

fr=frequência relativa

A somatória da frequência relativa (fr) poderá ser maior que 100,00%, já que a mesma vantagem pode ser referida por mais de um ACS.

Tabela 7. Distribuição das respostas de ACS com relação às orientações para os problemas advindos do período de aleitamento e categorias identificadas. Araçatuba-SP. 2012.

Práticas e categorias observadas	n	fr	%
Tratamento de seios ingurgitados - Adequadas: <i>"Ordenhar sempre; Compressa de água fria"; "Insistir na amamentação"; "Não desistir mesmo que seja doloroso"; "Trocar de seio frequentemente"; "Massagem"; "massagem no seio"</i>	36	0,243 2	24,3 2
Tratamento de seios ingurgitados - Inadequadas: <i>"Compressa de água morna"; "Colocar pano morno"; "Compressa ou chuveirada de água quente"; "Estimular o bico com bombinha"</i>	28	0,189 1	18,9 1
Tratamento de fissuras no bico dos seios - Adequadas: <i>"Passar o próprio leite; secar bem as mamas"; "tomar sol"; "Tomar sol da manhã no seio"; "Expor o bico do seio (mama) ao sol para não rachar; posicionar a criança para que ela não ponha só o bico do seio na boca e sim um pouco da aureola"; "Quando estiver ferido não ficar limpando muito e sim antes e após as mamadas passar sempre o próprio leite ao redor do bico:"</i>	64	0,432 4	43,2 4
Tratamento de fissuras no bico dos seios - Inadequadas: <i>"Procurar sempre deixar os seios bem limpos"; "Passar a casca da banana"; "Passar pomada receitada pelo médico"; "Sempre colocar algodão ou gazes úmidas para manter a pele hidratada"; "colocar casca de banana, aprendi com a mãe do meu neto passar mamão"</i>	55	0,371 6	37,1 6
Consultar médico/enfermeira: <i>"Procurar orientação com a enfermeira e o médico obstetra que realizou o pré-natal"; "Consultar ginecologista para fazer o tratamento adequado"; "Ai a enfermeira e o médico devem fazer as orientações"; "Levaria com urgência a enfermeira em para listar as sugestões"</i>	32	0,216 2	21,6 2

fr=frequência relativa

A somatória da frequência relativa (fr) poderá ser maior que 100,00%, já que a mesma vantagem pode ser referida por mais de um ACS.

4 Discussão

Nesse estudo sobre o conhecimento dos ACS e as práticas de promoção do aleitamento materno, verificou-se que apesar de a maioria saber que o aleitamento materno deve ser iniciado logo após o parto, as visitas domiciliares nos 3 primeiros dias de vida dos bebês não eram realizada pela maioria dos agentes de saúde.

Segundo as respostas dos ACS, a maioria realizava sua primeira visita 7 dias após o parto. Durante esse intervalo, muitas mulheres podem estar enfrentando algumas dificuldades com relação à amamentação de seus bebês, como: ingurgitamento mamário, fissuras no bico dos seios e até mesmo o desmame precoce. Segundo a OMS,²² para que o início e o estabelecimento do aleitamento tenha êxito, as mães necessitam de apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidade, mas também de todo sistema de saúde. As visitas tardias podem ser ineficazes, considerando que os problemas já estarão instalados e as possibilidades para a solução estarão diminuídas.

No contexto de educação em saúde, a visita domiciliar é fundamental por promover a qualidade de vida através da promoção da saúde, sendo um instrumento facilitador na abordagem do usuário e sua família, para se entender o contexto familiar, e assim verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido.¹⁴

De acordo com os dados levantados, observou-se, conforme tabela 1, que os agentes de saúde apresentaram uma média de idade de 39,32 anos, próxima às médias encontradas em outros estudos analisados.^{23,24,25} Estudos sobre os recursos humanos para Estratégia Saúde da Família vêm revelando, entre algumas tendências do mercado de trabalho em saúde, a feminilização das profissões, como os estudos de Santos et al.²³ e Coelho e Machado,²⁴ sobre os profissionais inseridos nas equipes de saúde da família.

A imagem do ACS, associada ao ato de cuidar, orientar, zelar pelo bem-estar físico e social de toda família, apesar de referenciado na legislação que cria

a profissão e define suas atribuições, é o fator que acaba por desvalorizar a profissão, porque é vista como uma profissão feminina.²⁶

A constatação de a profissão ser predominantemente feminina e a importância da função educativa do ACS, que está mais próximo do usuário, a exemplo dos momentos em que realiza visitas domiciliares, onde ocorre constante troca de informações levantam a prerrogativa se esses agentes comunitários de saúde estão transmitindo o conhecimento médico-científico, ou suas experiências de vida, baseadas no saber empírico.²⁶

Ao se verificar o nível de escolaridade dos agentes comunitários de saúde, constatou-se que a maioria tem ensino médio completo. Tendo em vista que o ACS atua como pilar dos programas de saúde voltados à atenção básica, cuja função é intermediar os demais profissionais da saúde à comunidade, é importante que o profissional tenha formação necessária para melhor desempenhar sua função com informações técnicas e não conhecimento empírico.²⁵

Após a implantação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, saiu do foco materno infantil para a família e a comunidade, além de exigir novas competências no campo político e social. Desse modo, é necessário que o ACS tenha um grau de escolaridade mais elevado, para dar conta desse novo papel, bem mais complexo e abrangente.²⁷

A constatação da maioria dos ACS terem menos de 5 anos no trabalho pode estar relacionada à forma de contratação desse pessoal e também pelo fato de a profissão ter sido regulamentada a partir da portaria nº 648, de 28 de março de 2006,^{13,23} cujas atribuições foram redefinidas pela portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011.²⁸ Essa portaria estabelece que o ACS deve desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças, de acordo com o planejamento da equipe, desenvolver ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de agravos, e de vigilância à

saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletiva no domicílio e na comunidade.²³

Pode ser considerado, outros fatores de os ACS estarem a menos de 5 anos no serviço em saúde, como: as condições insalubres de trabalho, a baixa remuneração mediante os riscos aos quais são expostos diariamente, o sentimento de desvalorização com relação ao tipo de contratação e falta de ações efetivas para melhoria das condições de trabalho, resultando em desmotivação pelo trabalho e aumento da rotatividade na profissão.²⁹ Esse fato é considerado desfavorável para a comunidade, pois a questão do vínculo fica comprometida e os laços de confiança que deveriam ser estabelecidos acabam ficando estremecidos.²³

Com relação à capacitação e educação permanente dos ACS, os resultados apontaram deficiência de treinamentos ou qualquer outro tipo de curso sobre amamentação. A capacitação desses profissionais de saúde é fundamental para ajudá-los a desenvolverem suas habilidades e utilizá-las na prática, implantando no cotidiano da sua área de abrangência o conhecimento adquirido,³⁰ além de possibilitar a melhoria de seu desempenho.^{31,32} Oliveira et al.³³ demonstraram a efetividade da promoção do aleitamento materno em unidades de atenção básica com recursos humanos capacitados, por meio de atividades coletivas, visitas domiciliares usadas para identificar as dificuldades das mães com relação ao período de aleitamento, orientação para a resolução de problemas e envolvimento da família no apoio à amamentação durante os períodos pré e pós-natal.

As atividades de orientação, promoção e incentivo ao aleitamento materno estão entre as tarefas executadas pelos ACS; porém, verificou-se que metade dos ACS não se sente capacitado para orientar as mães sobre amamentação, confirmando a carência de conhecimento científico sobre a prática da amamentação,²³ levando a refletir se as práticas educativas estão sendo realizadas de forma eficaz.

Percebe-se a fragilidade desse profissional, ao não se sentir capacitado para orientar as mães sobre amamentação, por não dominar tão eficientemente o

saber biomédico, por não possuir uma formação específica ou, mesmo, por não precisar da formação técnica para atuar como agente comunitário de saúde.²⁶

A ‘educação permanente em saúde’ precisa ser entendida como uma “prática de ensino-aprendizagem”, traduzida como a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.³⁴

Os achados nesse estudo, relacionados ao momento correto para o início da amamentação, são inferiores do que os relatados por Coelho e Machado,²⁴ o que demonstra pouco conhecimento no assunto, alertando para a necessidade de capacitação frequente e continuada desses profissionais da saúde, que têm a função de transmitir de forma decodificada alguns saberes que envolve a medicina como um todo à comunidade.²⁴

No contexto do cuidado ao bebê, o incentivo ao aleitamento materno (AM) deve ser considerado uma prioridade para a equipe de saúde, visto seu papel como fator de proteção contra infecções e garantia do crescimento e desenvolvimento adequado do recém-nascido. A efetivação do aleitamento, porém, constitui, na prática, em desafio que sofre interferência de diversos fatores, como: dificuldade materna em manter a produção láctea, atribuível tanto às condições clínicas do bebê como ao estado físico e emocional da mãe; insegurança materna em relação ao ganho de peso do bebê quando em aleitamento materno exclusivo (AME); dentre outros.³⁵

O foco do aleitamento materno é, na maioria da vezes, centrado apenas nas necessidades da criança, esquecendo-se que o cuidado, treinamento e preparo da mãe é fundamental para que se estabeleça a amamentação sem intercorrências. O ACS deve estar preparado para que ao ouvir alguma queixa da nutriz, ela possa se sentir valorizada e compreendida ao ser assistida em suas dificuldades e dúvidas.³⁵

A maioria dos ACS mencionaram somente as vantagens da amamentação para o bebê, sugerindo que o conhecimento dos ACS sobre as vantagens do aleitamento materno é limitado às vantagens para a criança e pouco se conhece

sobre as outras vantagens para a mãe, família e comunidade. Notou-se nas respostas dos ACS o conhecimento dos aspectos imunológicos e nutricionais:

Imunológico: “...aumenta a imunidade; ...”ACS2; “Prevenção de doenças;...”ACS7; “...protege a criança contra a desnutrição e doenças pelos anticorpos presentes no leite”ACS30; “Vacina natural para o bebê; bebê mais saudável”ACS72; “...Leite é a primeira vacina para o bebê...”ACS12; “Colostro é antibiótico natural”ACS98

Nutricionais: “Todos os nutrientes que o bebê necessite;...”ACS2; “...melhor alimento”ACS7; “...Alimentação própria para o bebê...”ACS18; “...É o alimento mais completo”ACS58; “...Não precisa complementar porque o leite é completo”ACS97

Para o bebê, a amamentação não é apenas vantajosa por conter todos os nutrientes que ele necessita, ou por protegê-lo contra diversas formas de alergias ou infecções, ou ainda por diminuir consideravelmente a mortalidade e morbidade infantil, mas também por proporcionar um desenvolvimento normal do sistema estomatognático.³⁶

O aleitamento materno tem sido relacionado com a prevenção de oclusopatias, pois favorece o desenvolvimento dento facial, a obtenção de uma oclusão dentária normal e, conseqüentemente, uma mastigação correta no futuro.^{36,37} Este aspecto também foi observado nos relatos dos ACS.

“Desenvolve o maxilar...”ACS18; “Auxilia na dentição da criança”ACS52; “o bebê faz fisioterapia para os músculos da fala...”ACS84; “...não deforma arcada dentária do bebê”ACS94; “...a dentição fica mais bonita”ACS16

A manutenção da amamentação, até os dois anos de forma complementar, promove um intenso trabalho da musculatura peribucal, influencia o desenvolvimento correto dos padrões ósseos e musculares, além de gerar fadiga nesses músculos, fazendo com que a criança satisfaça seu instinto de sugar e não necessite de uma sucção não nutritiva.^{36,37}

O alto índice de respostas corretas sobre os aspectos importantes a serem verificados na mamada para uma boa alimentação demonstra um bom conhecimento sobre conceitos básicos, entretanto, destaca-se um percentual de respostas incorretas, influenciadas por valores e crenças populares dos ACS, como por exemplo, “verificar se o leite da mãe é fraco”. Daí a necessidade de se estipular e colocar em prática treinamentos e períodos de capacitação, que se referem à educação continuada, à toda equipe de saúde, principalmente ao ACS que é o integrante da equipe mais próximo da nutriz. No entanto, os maiores especialistas mundiais em aleitamento materno consideram o leite materno como insubstituível, por conter todos os nutrientes que o recém-nascido necessita.¹⁹

“observar se não está obstruindo a narina”ACS4; “...se o leite da mãe é fraco”ACS116; “...Esvaziar bem a mama antes de passar para outra”ACS9; “Posição adequada mãe e bebê...”ACS12; “...Não deixar a criança dormir no peito”ACS32; “Se o bico e a aureola está toda dentro da boca...”ACS15

A falta de conhecimento sobre o manejo clínico da amamentação, está comprovada nas respostas dos agentes, baseadas em conceitos errôneos e mitos, principalmente, com relação aos problemas comuns no período de lactação: ingurgitamento mamário e fissura no bico dos seios. Para a solução desses problemas há procedimentos muito simples como massagem e retirada do excesso de leite manual, ou mecanicamente (“bombinha”).³⁸

Iniciar a amamentação o mais cedo possível e amamentar o bebê em livre demanda são outras recomendações úteis na prevenção do ingurgitamento mamário, que decorre da retenção de leite nos alvéolos, obstrução do fluxo de leite, aumento da obstrução e edema devido a estase vascular e linfática.⁸

Para o alívio das fissuras mamilares, a correção do posicionamento da pega do bebê ao seio materno⁸ é o melhor tratamento no ato da amamentação. A dor para amamentar é uma importante causa de desmame e, por isso, sua prevenção é primordial. Amamentar com técnica correta, manter os mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar, não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante e se for preciso interromper a mamada, introduzir o dedo indicador ou mínimo

pela comissura labial da boca do bebê, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio são recomendações simples e fundamentais para a prevenção de traumas mamilares e, conseqüentemente, desmame precoce.⁸

A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Esse desconforto funciona como um ‘estranhamento’ da realidade, sentindo que algo está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas pessoalmente, coletivamente ou institucionalmente.³⁴

5 Conclusão

O conhecimento dos agentes de saúde sobre o manejo clínico da amamentação é limitado, apesar de exercerem atividades de promoção do aleitamento materno, as visitas domiciliares pós-parto têm sido realizadas tardiamente.

Os ACS devem ser capacitados no sentido de levar às puérperas conhecimento quanto às vantagens da amamentação para mãe e para o bebê, quanto ao momento correto de se iniciar a amamentação, quanto aos aspectos importantes a serem verificados na mamada, de forma decodificada.

Nesse sentido, torna-se viável propor a formulação de um protocolo para a ESF com visitas aos domicílios com gestantes até o terceiro dia pós-parto, aprimoramento do sistema de informação entre UBS e ESF no sentido de proporcionar comunicação entre os profissionais de saúde, disponibilizar dados sobre o pré-natal e puerpério para melhor planejamento das ações de cuidado e serviço de saúde.

Referências

1. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices [Internet] Geneva: OMS; 1991 [citado 2013 out 14]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_CDD_SER_91.14.pdf?ua=1
2. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):103-109.
3. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Saliba O. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2477-2484.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis*. 2010;20(4):1293-1305.
6. Pereira GS. Amamentação e sexualidade. *Rev Estud Femin*. 2003;11(2):467-91.
7. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Pediatr*. 2003;79(5):385-90.
8. Giugliani, ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Pediatr*. 2004;80(5):5147-54.
9. Ávila MMM, Azevedo DV, Galvão MM, Moraes ML. Nutrição e saúde: o agente comunitário de saúde e as ações realizadas com crianças de 0-12 meses em Uruburetama (CE). *Cad Saúde Coletiva*. 2011;19(3):341-7.
10. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *Pediatr*. 1999;75(6):449-55.
11. Rego JD. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu; 2001.

12. Becker D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007
14. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1509-1520.
15. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl. 1):873-880.
16. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):131-40.
17. EPI Info TM for Windows, version 3.5.3 [software na internet]. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention – Division of Public Health Surveillance and Informatics; 2011. Disponível em: <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/html/downloads.htm>
18. Ayres M, Ayres Júnior M, Ayres DL, Santos AA. BIOESTAT – Aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. Belém: Maniraua; 2007.
19. Levy L, Bértolo H. Manual de aleitamento materno. Lisboa: Comitê Português para a UNICEF; 2008.
20. Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. 2nd ed. Goiania: AB Editora; 2000.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. 3rd ed. São Paulo: Ed. 70; 2004.
22. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS; 1989.

23. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl. 1):1023-8.
24. Coelho IJS, Machado MMT. Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno. *Rev Pediatr Ceará*. 2004;5(2):19-25.
25. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):131-144.
26. Rocha NHN, Barletto M, Bevilacqua PD. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. *Interface Interface Comun Saúde Educ*. 2013;17(47):847-57.
27. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002;6(10):84-7.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1: 48.*
29. Santana JCB, Vasconcelos AL, Martins CV, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2009;14(4):645-52.
30. Sossai LCF, Pinto IC, Mello DF. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. *Cien. Cuid Saude*. 2010;9(2):228-37.
31. Mialhe FL, Lefèvre F, Lefèvre AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali-quantitativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16 (11):4425-32.

32. Espínola FDS, Costa ICC. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. *Rev Odontol Univ Cidade São Paulo*. 2006;18(1):43-51.
33. Oliveira MIC, Camacho, LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact*. 2001;17(4): 326-43.
34. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(16):161-78.
35. Schmidt KT; Higarashi IH. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. *REME Rev Min Enferm*. 2012;16(3):391-9.
36. Moimaz SAS; Rocha NB; Garbin AJI; Saliba O. O aleitamento materno e sua relação com a prevenção das oclusopatias. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2012;14(4):29-35.
37. Moimaz SAS; Saliba O; Lolli LF; Garbin CAS; Garbin, AJI; Saliba NA. A longitudinal study of the association between breast-feeding and harmful oral habits. *Pediatr Dent*. 2012;34(2):117-21.
38. L'Abbate S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(supl. 2): 15-27.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –CEP-

OF. 148/2006
CEP
SFCD/bri

Araçatuba, 19 de setembro de 2006.

FLC.	56
PROÇ.	2006-01471
RUB.	BZ


Referência Processo FOA 2006-01471

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto "IMPACTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE BUCAL DO BINÔMIO MÃE-FILHO E NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO" expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial em 14/09/2007 e o relatório final em 14/09/2008.

5/09
Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP


Ilma. Senhora
Dr. LÍVIA GUIMARÃES ZINA
Araçatuba-SP-

Ciente.De acordo.

26/09/2006

Dr. Livia Guimarães Zina

ANEXO B – Instrumento de coleta dos dados

- Sexo: M () F () Idade: _____ Grau de escolaridade: _____
- Nome da UBS que trabalha: _____ Há quanto tempo trabalha na equipe? _____
- Nome da Equipe da Saúde da Família: _____
- 1.) Foi estabelecida a frequência de visitas domiciliares as gestantes em sua UBS?
() sim () não se sim, a mesma gestante é visita com qual frequência? _____
 - 2.) Você participa de visitas domiciliares de pré-natal?
() não participo deste tipo de atividade () Frequentemente () Eventualmente () Nunca ou muito raramente
 - 3.) Aproximadamente quantas gestantes, você visita em média por semana? _____
 - 4.) Aproximadamente quantas gestantes existem na sua área de abrangência? _____
 - 5.) Você fez algum treinamento ou curso em amamentação?
() Nunca () 1 vez () 2 vezes () pelo menos 3 vezes.
 - 6.) Em suas visitas de pré-natal, você fala da vantagens da importância da amamentação?
() não participo deste tipo de atividade () Frequentemente () Eventualmente () Nunca ou muito raramente
 - 7.) Foi estabelecida a frequência de visitas domiciliares as puérperas em sua UBS? (crianças até 6 meses)?
() sim () não se sim, a mesma mãe é visita com qual frequência? _____
 - 8.) Você participa de visitas domiciliares a puérperas?
() não participo deste tipo de atividade () Frequentemente () Eventualmente () Nunca ou muito raramente
 - 9.) Se participa, quantas puérperas, você visita em média por semana? _____
 - 10.) Nestas atividades as mães são orientadas sobre amamentação?
() não participo deste tipo de atividade () Em quase todos os encontros () Muito raramente
 - 11.) Com que idade estão os bebês quando você faz a primeira visita domiciliar após o nascimento?
() até 3 dias () até 7 dias () até 15 dias () até 30 dias () mais que 30 dias
() não participo deste tipo de atividade
 - 12.) Nestas visitas você costuma verificar a mamada e corrigir os possíveis erros?
() não participo deste tipo de atividade () Frequentemente () Eventualmente () Nunca ou muito raramente
 - 13.) Quanto tempo após o parto deve-se iniciar a amamentação? _____
 - 14.) Até quando o bebê deve receber somente leite materno? _____
 - 15.) Com que idade o bebê deve começar a receber leite materno complementado com outros alimentos?
 - 16.) Você se considera capacitado(a) para observar uma mamada e orientar a mãe para melhorar a técnica?
() sim () não
 - 17.) Liste três vantagens da amamentação para a mãe ou para o bebê:

 - 18.) Liste três aspectos importantes a serem verificados na mamada para uma boa amamentação:

 - 19.) Liste duas sugestões que você faria para uma mãe com seios ingurgitados ou com fissuras no bico:
