

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO - MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

FABIANA DOS SANTOS FRANCISCO

**PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO E SUPORTE
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**RECIFE
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FABIANA DOS SANTOS FRANCISCO

**PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO E SUPORTE DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Mestrado de Nutrição em Saúde Pública do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marília de Carvalho Lima.

PhD em Medicina -London School of Hygiene and Tropical Medicine.
Prof^a.Adjunto do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal de Pernambuco.

RECIFE
2007

Francisco, Fabiana dos Santos

Perfil do aleitamento materno e suporte dos
agentes comunitários de saúde / Fabiana dos Santos
Francisco. – Recife: O Autor, 2007.

xi, 58 folhas : il., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Nutrição e Saúde Pública,
2007.

Inclui bibliografia, anexo.

1. Aleitamento materno . 2. Aleitamento materno
exclusivo - Intervenção I. Título.

613.953
649.33

CDU (2.ed.)
CDD (20.ed.)

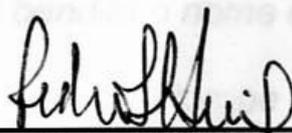
UFPE
CCS2007-33

Perfil do Aleitamento Materno e Suporte dos Agentes
Comunitários de Saúde

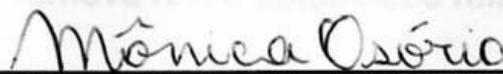
Fabiana dos Santos Francisco

Dissertação Aprovada em: 12/03/2007

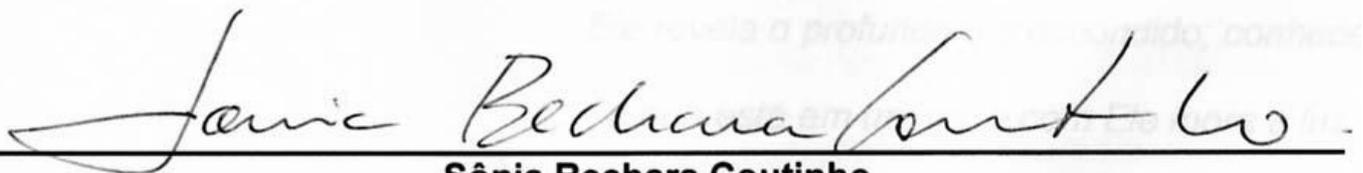
Banca Examinadora:



Pedro Israel Cabral de Lira



Mônica Maria Osório



Sônia Bechara Coutinho

*“Seja bendito o nome de Deus para todo o sempre,
Porque Dele é a sabedoria e a força,
É Ele quem muda os tempos e as horas,
remove reis e estabelece reis: Ele dá sabedoria aos sábios
e ciência aos entendidos.
Ele revela o profundo e o escondido; conhece
o que está em trevas, e com Ele mora a luz .
A Ti, ó Deus dos meus pais, eu Te rendo
graças e Te louvo, porque me deste sabedoria e força”*

Daniel 2:20-23

DEDICATÓRIA

*A Deus pela presença sempre constante,
iluminando-me nos momentos mais difíceis,
indicando a melhor forma de agir e
colocando em meu caminho pessoas
maravilhosas.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Manoel e Célia, que sempre me incentivaram ao longo da minha vida a lutar para conquistar os meus ideais com as armas da fé, da coragem, da ética e da verdade, e a confiar em Deus e ter esperanças em todos os momentos.

Aos meus irmãos, Anderson e Macelly, por constituírem nosso núcleo familiar onde fortalecemos uns aos outros, através da nossa amizade e bem querer sincero.

Ao meu marido, Iury Pedro, sempre prestativo e cuidadoso, pelo seu amor constante, companheirismo, carinho, paciência e atenção a mim dedicados, possibilitando, desta forma, a concretização de mais essa etapa profissional.

À Prof^a. Dr^a. Marília de Carvalho Lima, enquanto orientadora deste trabalho, soube me conduzir com competência, segurança e tranquilidade.

Um agradecimento muito especial ao Prof. Dr. Pedro Israel Cabral Lira, pelo seu extremo apoio desde o início até o término deste trabalho.

Um enorme agradecimento à Prof^a. Dr^a. Sônia Bechara Coutinho, por ser a idealizadora deste projeto e por ter participado da seleção das variáveis deste estudo.

Às amigas do Mestrado, pela convivência saudável e harmoniosa durante todo o curso.

A todos os meus amigos e amigas que me apoiaram, incentivaram e pelos vários anos de amizade, consideração, respeito e carinho.

Meus sinceros agradecimentos a todos que fazem parte do Laboratório de Saúde Pública do Departamento de Nutrição pelo apoio e amizade.

Agradeço de todo coração à Neci Maria, secretária da pós-graduação em Nutrição, pela presteza e carinho.

A todos que participaram do trabalho de campo que foram fundamentais para concretização desse estudo.

Agradeço especialmente a todos os bebês, mães e agentes comunitários de saúde que fizeram parte deste trabalho.

Agradeço ao CNPq e à Unicef pelo financiamento desta pesquisa.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente comunitário de saúde

AME - Aleitamento materno exclusivo

CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DS - Distrito Sanitário

IBFAN - International Baby Food Action Network

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INAN- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de agentes comunitários de saúde

PESN - Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PSF- Programa de saúde da família

SUS - Sistema Único de Saúde

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Características sócio-demográficas da família, reprodutivas maternas e biológicas das crianças antes e após a intervenção.	43
Tabela 2 – Frequência do aleitamento materno exclusivo e ingestão de água segundo a idade da criança em meses antes e após a intervenção.	45
Tabela 3 – Frequência do uso de chupeta, chupa/mamadeira segundo a idade da criança em meses antes e após a intervenção.	47
Tabela 4 – Avaliação da orientação sobre aleitamento materno no pós-natal realizada pelo agente comunitário de saúde segundo a idade da criança em meses antes e após a intervenção.	48

RESUMO

Um dos objetivos da presente dissertação foi realizar revisão da literatura sobre a atuação do agente comunitário de saúde (ACS) no estímulo ao aleitamento materno. Esta revisão constatou que existem poucos artigos na literatura que retratam este tema. Os dados foram coletados nas bibliotecas virtuais MEDLINE, Lilacs e SciELO, livros técnicos, teses e publicações de organismos nacionais e internacionais do período de 1981 a 2006. Em seguida são apresentados os resultados de um artigo original que objetivou avaliar o impacto de um programa de estímulo ao aleitamento materno exclusivo, através do treinamento de ACS, em dois distritos sanitários (DS) da cidade do Recife. Este estudo consistiu de um programa de intervenção de base comunitária do tipo 'antes-depois' que comparou observações obtidas com diferentes populações, antes e seis meses após o início do programa. A amostra consistiu de 411 crianças menores de seis meses de vida cujas mães foram entrevistadas antes da intervenção e de 426 após a intervenção. Foram treinados 156 ACS do DS V e 244 do DS III, sendo o programa conduzido para o DS –V no período de julho a setembro de 2003 e para o DS-III no período de novembro de 2003 a abril de 2004. Verificou-se um significativo aumento na frequência do aleitamento materno exclusivo antes e depois da intervenção nas faixas etárias de 3 a 6 meses de idade. A ingestão de água, o uso de chupeta e o uso de chupa/mamadeira diminuíram após a intervenção, bem como um aumento significativo no percentual de orientações prestadas às mães pelos ACS no pós-natal. Portanto, este estudo mostra a importância do ACS que adequadamente capacitados possam vir a incentivar, promover, apoiar as mães contribuindo para a ampliação da duração da amamentação exclusiva.

ABSTRACT

One of the aims of this dissertation was to conduct a literature review on the role of community health agents (CHA) towards the encouragement of breastfeeding. This review found out that there are a few articles addressing this subject. These data were collected from MEDLINE, Lilacs and SciELO, technical books and also some reports from national and international organizations from 1981 to 2006. Secondly, it is presented the results of an original article that aimed to assess the impact of an intervention program to encourage exclusive breastfeeding through the training of community health agents (CHA) in two Sanitary Districts (SD) in Recife. This study consisted of a 'before-after' community trial, which compared data obtained with different subjects, before and six months after the establishment of the program. The sample comprised 411 infants under six months of life before the intervention and 426 infants after it. A total of 156 CHA were trained in SD V and 244 in SD III, being the program from July to September 2003 in SD V and from November 2003 to April 2004 in SD III. It was verified a significant increase of the frequency of exclusive breastfeeding before and after the intervention in the age group from three to six months. There was a decrease in the proportion of water intake, use of pacifier and of bottle after the intervention, as well as a significant increase in the proportion of orientation provided to the mothers by the CHA during the postnatal period. Therefore, this study shows the important role of the CHA that if adequately trained might encourage, promote and support the mothers contributing to increase the duration of exclusive breastfeeding.

SUMÁRIO

LISTAS DE SIGLAS	Pág. VII
LISTA DE TABELAS	VIII
RESUMO	IX
ABSTRACT	X
1. APRESENTAÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1- Breve histórico da amamentação.	16
2.2- Perfil do aleitamento materno no Brasil.	18
2.3- Programas de Saúde da Família - PSF e de Agente Comunitário de Saúde - PACS.	21
2.4- A importância dos agentes comunitários de saúde no trabalho com aleitamento materno.	23
2.5- Considerações finais.	27
2.6- Referências bibliográficas.	28
3. ARTIGO ORIGINAL- Impacto de um programa de intervenção com agentes comunitários de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo em dois distritos sanitários da cidade do Recife	33
-Resumo	33
-Abstract	34
-Introdução	35
-Método	38
-Resultados	42
-Discussão	49
-Referências bibliográficas	54
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	58
5. ANEXOS	59
Anexo 1-Questionário domiciliar	59
Anexo 2- Pré-teste	64
Anexo 3- Pós-teste	65
Anexo 4-Termo de Consentimento	67
Anexo 5- Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética	68

1.APRESENTAÇÃO

Uma grande estratégia para diminuir a morbimortalidade infantil é o aleitamento materno exclusivo por seis meses¹⁻⁵. No entanto, apesar das enormes vantagens do leite humano na alimentação infantil, principalmente para a sobrevivência das crianças pobres dos países subdesenvolvidos, a prática do aleitamento materno é pouco exercida^{6,7}.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 1999⁸, que avaliou a prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, revelou aumento desta prevalência, provavelmente devido aos programas de estímulo à amamentação.

No sentido de apoiar o aleitamento materno, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) desempenha papel bastante importante. Vários estudos demonstraram que é possível melhorar a prática do aleitamento materno, nas maternidades, com o treinamento de 18 horas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, tendo como base o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno⁹⁻¹¹. No entanto, no pós-natal, já em seus domicílios, momento em que as mães não podem mais contar com a ajuda dos profissionais dos hospitais e maternidades, encontra-se o momento que surgem as maiores dificuldades para amamentar, é neste contexto, portanto, que este estudo insere os agentes comunitários de saúde.

Em decorrência da situação apresentada justifica-se a avaliação da implantação de ações de incentivo ao aleitamento materno no Programa de Saúde da Família, o qual atuando com uma equipe prestadora de serviços domiciliares teria maiores oportunidades de divulgar e promover o aleitamento materno, apoiando as mães que aleitam seus filhos, melhorando a saúde e a qualidade de vida da dupla mãe/filho.

A presente dissertação intitulada “Perfil do aleitamento materno e suporte dos agentes comunitários de saúde” teve por objetivo traçar o perfil do aleitamento materno exclusivo sob o âmbito da atenção primária à saúde na Cidade do Recife.

Para atingir tal objetivo, este trabalho foi composto por duas partes, a primeira trata-se de um capítulo de revisão da literatura sobre o perfil do aleitamento materno no Brasil e sobre a atuação do agente comunitário de saúde na promoção do aleitamento materno. A segunda parte é composta por um artigo original intitulado “*Impacto de um programa de intervenção com agentes comunitários de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo em dois distritos sanitários da cidade do Recife*” consiste de um estudo de intervenção que avaliou o impacto de um programa de estímulo ao aleitamento materno exclusivo com agentes comunitários de saúde em dois distritos sanitários da cidade do Recife.

Por último, são referidas as considerações finais e as recomendações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Victora CG, Smith PG, Vaughan JP. Evidence for a strong protective effect of breastfeeding against infant deaths from infections disease in Brazil. *Lancet* 1987; (8554): 319-22.
- 2 Morris SS, Grantham-McGregor SM, Lira PIC, Assunção MAS, Ashworth A. Effect of breastfeeding and morbidity on the development of low birthweight term babies in Brazil. *Acta Paediatr* 1999; 88: 1101-6
- 3 Anderson JW, Johnstone BM, Remely DT. Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 525-35.
- 4 Hanson LA. Human milk and host defense: immediate and long-term effects. *Acta Paediatr* 1999; 88 Suppl: 42-6.
- 5 World Health Organization Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. How much does breast-feeding protect against infant and child mortality due to infection disease? A pooled analysis of six studies from less developed countries. *Lancet* 2000; 355: 451-5.
- 6 American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-9.
- 7 Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev S Públ* 2001; 35: 409-14.
- 8 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília; 2001.

- 9 Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996; 5: 669-75.
- 10 Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breastfeeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997; 87: 659-63.

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1-Breve histórico da amamentação

Com a revolução industrial, ocorreram várias transformações no estilo de vida das pessoas em todo mundo e também no Brasil, tanto sociais e econômicas quanto culturais, trazendo, com isso, mudanças nos hábitos alimentares das crianças brasileiras. Desta forma, houve um avanço tecnológico nas indústrias multinacionais produtoras de fórmulas lácteas, bem como uma disseminação de propagandas dos substitutos do leite materno através dos meios de comunicação. Esse fato foi bastante propagado até a década de 70 quando teve início, na Europa, um movimento em prol do aleitamento materno¹.

Na década de 70, foi publicado um estudo inglês - "The Baby Killer" - que alertava para a contribuição do *marketing* das multinacionais de leites industrializados para a ocorrência de diarreia e desnutrição, com conseqüente elevação das taxas de morbi-mortalidade infantil nas populações pobres dos países da África, Ásia e América Latina².

Visando reduzir os gastos com a saúde, a partir da década de 80, o Estado passou a destacar as vantagens do aleitamento, como forma de promovê-lo. Surgem então as primeiras regras normalizadoras da amamentação, muitas das quais, embora ultrapassadas, são ainda amplamente difundidas, como: regulamentação de horário e intervalos das mamadas, duração determinada das mesmas, emprego de chupetas para acalmar o bebê, restrições alimentares à nutriz entre outras³.

Contudo, promover o aleitamento não era suficiente; era preciso estimular e ensinar as mães a fazê-lo, pois elas tradicionalmente não tinham este costume. O "leite fraco" surgiu como uma justificativa "biológica" para o insucesso, permitindo

a aceitação social das mamadeiras e leites industrializados, estimulando o desmame. E ainda, o aumento do número de partos hospitalares contribuiu para a queda na prevalência do aleitamento materno. Além disso, as mudanças na estrutura familiar também tiveram grande influência, as mulheres passaram a participar cada vez mais ativamente do mercado de trabalho e da renda familiar, sendo obrigadas a assumir o triplo papel de mãe, dona-de-casa e trabalhadora³.

Ainda no início dos anos 80, a OMS e o Unicef promoveram uma mobilização mundial para retomar a valorização da amamentação natural. Em 1981, foi aprovado pela Assembléia Mundial de Saúde o Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno, o qual deveria controlar as práticas inadequadas de comercialização de alimentos infantis, protegendo o aleitamento².

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Em 1988, o país aprovou sua própria Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes, posteriormente revisada em 1992⁴.

Foi na década de 80 que, no Brasil, foram iniciadas as estratégias importantes no estímulo à amamentação: a implantação de alojamento conjunto nas maternidades e bancos de leite humano nos hospitais, grupos de apoio à amamentação, a Constituição de 1988 que garantiu às mulheres que trabalham a licença-maternidade de 120 dias, as pausas durante o trabalho para amamentar e a obrigatoriedade de creches nas empresas. Apesar da melhora dos índices observada nas décadas de 80 e 90, persiste ainda a tendência muito elevada ao desmame precoce⁵.

Em 1990, na Itália, a OMS e o Unicef organizaram um encontro internacional sobre aleitamento, em conjunto com diversas organizações não governamentais. Os documentos produzidos foram reunidos na chamada Declaração de Innocenti. Nela, reconhece-se que " o aleitamento materno é um processo único e, mesmo

quando aplicado isoladamente, é capaz de reduzir a morbi-mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas; proporciona nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento; contribui para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de câncer e anemia, assim como, amplia o espaçamento entre os partos; proporciona benefícios econômicos para a família e a nação e, quando bem adotado, proporciona satisfação à maioria das mulheres". A Declaração também recomendava o aleitamento exclusivo até os primeiros 4 a 6 meses de vida, e mesmo após a introdução de outros alimentos, as crianças deveriam continuar a ser amamentadas até os 2 anos de vida ou mais⁶.

Visando atingir este objetivo, a Declaração estabeleceu diversas metas para todos os países até o ano de 1995. Entre estas metas, deveriam ser colocados em prática em todas as maternidades os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação", que constituiriam a base da proposta da Iniciativa Hospital Amigo da Criança⁵.

2.2-Perfil do aleitamento materno no Brasil

Uma grande estratégia para diminuir a morbimortalidade infantil é o aleitamento materno exclusivo por seis meses⁷⁻⁹. No entanto, apesar das enormes vantagens do leite humano na alimentação infantil, principalmente para a sobrevivência das crianças pobres dos países subdesenvolvidos, a prática do aleitamento materno é pouco exercida^{10,11}.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 1999¹², que avaliou a prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, revelou aumento desta prevalência, provavelmente devido aos programas de estímulo à amamentação.

No sentido de apoiar o aleitamento materno, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) desempenha papel bastante importante. Vários estudos demonstraram que é possível melhorar a prática do aleitamento materno, nas maternidades, com o treinamento de 18 horas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, tendo como base o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno^{13,14}. No entanto, no pós-natal, já em seus domicílios, momento em que as mães não podem mais contar com a ajuda dos profissionais dos hospitais e maternidades, encontra-se o momento que surgem as maiores dificuldades para amamentar, é neste contexto, portanto, que este estudo insere os agentes comunitários de saúde.

Apesar de verificarmos um aumento significativo da mediana do aleitamento materno no Brasil, a amamentação exclusiva ainda é pouco praticada neste país. Na pesquisa do Ministério da Saúde (2001), o tempo mediano foi de 23,4 dias, variando de 6,8 dias, no Recife¹².

Em um estudo realizado Vasconcelos et al (2006)¹⁵ que avaliou o perfil do aleitamento materno no Estado de Pernambuco em crianças de 0 a 24 meses de idade com base na II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (1997) foi visto que a prevalência das crianças que iniciaram amamentação é alta (93,2%). Porém no curso do primeiro mês de vida, apesar da maioria das crianças terem sido amamentadas, menos da metade delas recebeu aleitamento materno total até a idade de quatro meses (46,7%) e seis meses (37,9%), já mostrando elevada taxa de desmame nos primeiros quatro meses de vida, sendo encontrado aos doze meses 21,7% e aos vinte e quatro meses 13,5% das crianças ainda sendo amamentadas. A duração mediana do aleitamento materno total foi de 112 dias. Para o aleitamento materno predominante foi observado no primeiro mês de vida um percentual de 71,6% de crianças sendo amamentadas, reduzindo-se para 32,6% aos quatro meses e aos seis meses, apenas 22,9%. A duração mediana do aleitamento predominante foi de 77 dias. Com relação ao aleitamento materno

exclusivo, logo nos primeiros meses de vida ocorre um alto declínio desta prática, pois já no primeiro mês de vida apenas 39,4% das crianças recebiam leite materno sem a introdução de outros líquidos, este percentual caiu no quarto e sexto mês para 13,7% e 7,4% respectivamente. A duração mediana do aleitamento exclusivo ficou em torno de 24 dias.

Estudo realizado por Lima e Osório (2001)¹⁶ em que os autores analisaram a situação do aleitamento materno na região Nordeste em crianças menores de 2 anos de idade, utilizando o banco de dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996), verificaram que a maioria das crianças iniciaram a amamentação (95,1%). No primeiro mês de vida 90,4% das crianças mamavam, no quarto mês 64,7% e no final do sexto mês 54,4% ainda estavam mamando. Sendo a duração mediana da amamentação total de 199,8 dias. A introdução de alimentos do desmame foi realizada precocemente. Mais da metade das crianças de até três meses de idade utilizaram água (58,9%) e leite artificial (54,8%). O chá e outros alimentos foram consumidos por 29,5% e 19,9% das crianças nesta faixa etária.

Estudo de coorte prospectivo realizado por Nascimento (1998) na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, mostrou uma mediana de aleitamento materno exclusivo de zero dias, pois o hábito de usar água, chá e outros alimentos é adotado precocemente nesta área do interior de Pernambuco. Através da avaliação do perfil do aleitamento materno neste local, foi verificado que de todas as mães estudadas, 98,8% iniciaram o aleitamento materno dos seus filhos, no entanto, no primeiro mês de vida da criança este percentual declinou para 84,9% e somente 6% destas crianças estavam em aleitamento materno exclusivo, sendo a duração mediana do aleitamento materno total de 94 dias e do aleitamento exclusivo quase nulo¹⁸.

2.3-Programas de Saúde da Família - PSF e de Agente Comunitário de Saúde - PACS

No início da década de 80, alguns países iniciaram os primeiros passos na direção da saúde da família, aparecendo Canadá, Cuba, Inglaterra e outros, como pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de reconhecida resolutividade e impacto. Das experiências mundiais e as realizadas em vários pontos do território brasileiro é elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de “Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde”, o PSF e o PACS¹⁹.

No Brasil a implantação do PACS, surge em 1991 com trabalhos de pessoas da comunidade treinadas, capacitadas e supervisionadas por profissionais de saúde. O PACS foi criado baseado em experiências anteriores bem sucedidas, constituindo-se em uma estratégia que agrega idéias de proporcionar a população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações²⁰.

O PSF iniciou-se no Brasil como estratégia no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde/MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/Unicef. A estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população. A estratégia da saúde da família surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital. Privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. O PSF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade com o objetivo de implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade, equidade e participação social¹⁹.

Estruturado como uma estratégia para dar conta do processo de reorganização da rede de atenção básica ou primária, por essa potencialidade, seria também uma estratégia de reorganização de todo o sistema, sendo os aspectos relevantes a territorialização com a adscrição de clientela/criação de vínculo equipe-usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde e de suas áreas de abrangência, aumentando, desta forma, a racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais^{19,20}.

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS fazendo parte tanto no PACS quanto no PSF: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados²⁰.

Por meios de ações individuais ou coletivas, o agente comunitário de saúde realiza atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde sob supervisão do gestor local do SUS (a Secretaria Municipal de Saúde). Quanto às atribuições básicas desse profissional, elas estão previstas no subitem 8.14 do Anexo I da Portaria nº 1.886/1997, do Ministro de Estado da Saúde, sendo o exercício da sua atividade profissional prevista na Lei nº 10.507/2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde²¹.

Entre as atribuições do ACS consideradas básicas²³, tendo em vista a proposta deste estudo, cabe destacar:

- Promoção do aleitamento materno exclusivo;
- Identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;

- Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação; seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição;
- Incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto;
- Atenção, monitoramento e cuidados ao recém-nascido e às puérperas;
- Realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade.

2.4-A importância dos agentes comunitários de saúde no trabalho com aleitamento materno

Graças às campanhas realizadas na mídia brasileira para incentivar o aleitamento materno, as mães conhecem muito bem a importância da amamentação. Porém, quando vão amamentar seu bebê, por não terem recebido os conhecimentos e suporte necessários, não conseguem superar as dificuldades e acabam desmamando. Na maioria dos casos esse quadro poderia ser revertido se a mãe recebesse, no momento oportuno, a ajuda de que precisa, e se os programas levassem também em conta seus conhecimentos, mitos, temores e suas necessidades específicas ²³.

Um programa comunitário de estímulo ao aleitamento materno exclusivo desenvolvido na zona periférica da cidade de Fortaleza, Ceará, teve como base pequenos grupos formados pelas próprias mães, chamadas "mães vigilantes" e que estivessem amamentando ou que já tivessem amamentado e além disso, que tivessem tempo livre e interesse no assunto. Trabalhando em duplas, elas davam

orientações a um grupo de gestantes em seus domicílios e também, quinzenalmente, se reuniam com um grupo de apoio formado por um médico, uma enfermeira e alguns estudantes. Verifica-se que o aleitamento materno exclusivo aumentou expressivamente, contribuindo, desta maneira, para a diminuição da desnutrição das crianças assistidas²⁴.

Os estudos apontam a necessidade de expansão das atividades de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil. O Ministério da Saúde reconhece que, no contexto da política de municipalização, torna-se fundamental a adesão dos gestores municipais às políticas de amamentação²⁵.

As equipes do PSF priorizam a assistência dos grupos populacionais considerados de maior risco a doenças e agravos de saúde como: crianças menores de dois anos, gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Nas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde se destacam a assistência materno-infantil, que envolve a promoção e o manejo do aleitamento materno. Dentre outras ações, várias pesquisas científicas comprovam que o leite materno exclusivo até seis meses de vida e complementado até os dois anos ou mais é fundamental para combater a desnutrição precoce, reduzir a morbidade e a mortalidade infantil^{7,26,27}.

O PSF e o PACS podem ser uma boa estratégia para promoção e apoio ao AM, na medida em que oferece às famílias atenção à saúde preventiva e curativa, em suas próprias comunidades. Especificamente com relação à amamentação, a equipe de saúde da família pode desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer suas experiências anteriores, o que significa para ela, naquele momento, a gravidez e outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o processo do aleitamento materno. Também é possível atuar efetivamente nas intercorrências comuns no início da amamentação, como traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, responsáveis muitas vezes

pelo desmame precoce. Entretanto, mesmo em áreas de atuação de equipes de saúde da família, tem sido um desafio ampliar a adesão à prática do aleitamento materno, especialmente na forma exclusiva²⁸.

Um estudo realizado em São Paulo a respeito de uma experiência de um programa comunitário de estímulo ao aleitamento materno, relata que as pessoas da comunidade são interessadas em colaborar com esse tipo de programa e as mulheres admitem que não amamentaram ou o fizeram por pouco tempo, porque não tinham os conhecimentos necessários ou porque foram mal orientadas²⁹.

Um outro estudo de intervenção foi realizado em Porto Alegre-RS no qual seu objetivo consistiu em avaliar os conhecimentos das mães em aleitamento materno antes e após orientação fornecida no período pós-parto e verificar sua relação com a prevalência de amamentação. Este estudo foi constituído por 405 mães (197 no grupo controle e 208 no grupo experimental) e teve como resultado que o grupo que recebeu a intervenção (grupo experimental) obteve um escore significativamente maior no teste de conhecimentos em aleitamento materno ao final do primeiro mês, quando comparado ao grupo controle. A intervenção aumentou a chance das mães em 1,7 vezes de obter um escore acima da média. Por sua vez, as mães que ficaram com escores acima da média tiveram uma chance 8,2 vezes maior de estar amamentando exclusivamente no final do terceiro mês e duas vezes maior no final do sexto mês, portanto esse estudo mostra que estratégias simples para aumentar o conhecimento das mães sobre aleitamento materno podem ter impacto positivo nas taxas de amamentação³⁰.

Estudo realizado na cidade do Recife, que identificou o perfil de profissionais de saúde da área materno-infantil em relação ao aleitamento materno referiu que são necessárias ações educativas mais eficazes para os profissionais de saúde para melhorar os índices de amamentação, pois o estudo constatou que foi baixo o percentual das profissionais de saúde que, mesmo prestando assistência à mãe

ou ao recém-nascido, apenas 22,8% amamentaram seus próprios filhos exclusivamente até o sexto mês de vida, 17,8% delas até os 12 meses e 6,4% até os 24 meses, referindo que as principais dificuldades foram: fissuras e mastites, falta de apoio ou incentivo, mamas doloridas, leite fraco ou insuficiente e incompatibilidade com o trabalho. O que chama a atenção nessas dificuldades para amamentar é que com exceção da última, todas as outras são atitudes realizadas por falta de conhecimento no manejo do aleitamento materno, pois fissuras/mastites, mamas doloridas são geradas pela pega errada do bebê ao mamilo materno, e leite fraco não existe³¹.

Com base em evidências científicas, que apontam inúmeras vantagens do aleitamento materno para mães e bebês, a promoção dessa prática tem sido colocada como uma prioridade no contexto das políticas voltadas à saúde materno-infantil. No Brasil, mediante os esforços e a elaboração de um conjunto de atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde desde 1981, a prática da amamentação vem se recuperando progressivamente³².

Segundo Venancio e Monteiro,1998³³ a duração mediana da amamentação no país passou de 2,5, em 1975, para 5,5 meses em 1989. Esse aumento é verificado principalmente em áreas urbanas, na região Centro-Sul do País, entre mulheres de maiores renda e escolaridade. Os resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-PNDS, realizada em 1996 também confirmam a tendência de aumento da duração mediana da amamentação, estimada em torno de sete meses³³ Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras, em 1999, aponta uma duração mediana de amamentação de 9,9 meses³².

Comparando-se os dados de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses, observa-se um aumento importante dessa prática no país, passando de uma freqüência de 3,6% em 1986 para 35,6% nas capitais

estudadas¹² Através desses estudos pode-se verificar que a situação nacional do aleitamento materno está em ascensão, porém longe de atingir as metas da Cúpula Mundial pela Infância³⁵ Dessa forma, o estímulo ao aleitamento materno tem muito a ser desenvolvido em todas as esferas de governo, pelos profissionais assistenciais de saúde, pelas comunidades, e organizações não governamentais³².

2.5-Considerações Finais

A partir desta revisão, verificamos que há poucos estudos de intervenção que mostram a atuação do agente comunitário de saúde em aleitamento materno. No entanto, outros estudos que mostram o apoio de profissionais de saúde ou de grupos de mães da própria comunidade, ou estudos de intervenção com programas de incentivo à amamentação mostram uma melhora considerável do aleitamento materno.

Um dos grandes desafios de toda equipe de saúde para alcançar os objetivos de projetos e programas de incentivo ao aleitamento materno reside na busca por compreender os reais motivos pelos quais muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos. Desafio maior, portanto, é atuar junto a elas, na tentativa de intervir nos aspectos que levam à decisão de desmame e introdução precoce de outros líquidos, ou alimentos, na dieta do recém-nascido.

2.6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Coutinho SB. Aleitamento materno exclusivo: um estudo de intervenção randomizado na Zona da Mata de Pernambuco [tese de doutorado]. Recife. Universidade Federal de Pernambuco;2003.

2-Akré J. Infant feeding: the physiological basis. Bull World Health Organ 1989;67 Suppl:1-108.

3-Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

4-BRASIL. Ministério da Saúde. Normas de atenção humanizada do recém-nascido de baixo-peso: Método Mãe-Canguru. Brasília: 1999. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento, manual do participante. Brasília: 1993.

5- Sakae PPO, Costa MTZ, Vaz FAC. Cuidados perinatais humanizados e o aleitamento materno promovendo a redução da mortalidade infantil. Pediatria (São Paulo) 2001;23(2):179-87. <http://www.pediatrisaopaulo.usp.br/upload/pdf/520.pdf>. Acesso em: 20/01/2006.

6- Schanler RJ. Human milk for preterm infants: nutritional and immune factors. Semin Perinatol 1989;13:69-77.

7-Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Nobre LC, Teixeira MB, Moreira LB, Barros FC. Evidence for protection by breast feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet 1987; 2: 19-22.

8-Anderson JW, Johnstone BM, Remely DT. Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis. Am J Clin Nutr 1999; 70: 525-35.

9-Hanson LA. Human milk and host defense: immediate and long-term effects. *Acta Paediatr* 1999; 88 Suppl: 42-6.

10-American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-9.

11-Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 409-14.

12- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília (DF): O Ministério; 2001.

13-Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996; 5: 669-75.

14-Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997; 87: 659-63.

15- Vasconcelos, MGL, Lira PIC, Lima, MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006;6 (1): 99-105.

16- Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003;3(3):305-14.

17-Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Batista Filho M, Huttly SRA et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. Pediatrics 2001; 108: e66.

18-Nascimento MER. Perfil do aleitamento materno na Zona da Mata Meridional de Pernambuco:um estudo de coorte. [dissertação]. Mestrado em Nutrição em Saúde Pública -Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2002.

19-BRASIL.Ministério da Saúde. Estratégia do Programa Saúde da Família - PSF e Programa Agentes Comunitários – PACS no Estado de Santa Catarina.2002. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/>. Acesso em: 14/02/2006.

20-BRASIL.Ministério da Saúde. DAB – Departamento de Atenção Básica.Saúde da Família.2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>. Acesso em: 14/02/2006.

21-BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria da gestão do trabalho e da educação em saúde.2006. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/> Acesso em: 14/02/2006.

22-Batezini HT, Cocco M, Domingues PB, Mello RLG, CHAMIS NMA. O agente comunitário de saúde como facilitador no aleitamento materno [monografia]. Especialização em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Porto Alegre-RS, 2004.

23-Montrone, VG. Formação de agentes comunitários para a promoção do aleitamento materno e da estimulação do bebê. São Paulo: Manole, 2002. 98 pp.

24-Souza MA, Lima RLTM. AME, Aleitamento materno exclusivo. Fortaleza:Universidade Federal do Ceará e Sociedade de Cooperação Técnica Alemã, 1988.56 pp.

25-Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2002; 36 (3): 313 -18.

26-Monteiro CA, Rea MF, Victora CG. Can infant mortality be reduced by promoting breast feeding? Evidence from São Paulo city. Health Policy Plan 1990; 5: 23-9.

27-Woolridge MW, Phil D, Baum JD. Recent advances in breast feeding. Acta Paediatr Jpn 1993; 35: 1-12.

28-Parada CM, Carvalhaes GL, Leite MAB, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005; 13 (3):407-14.

29-Hardy E, Vich AM, Bahamondes YM, Pinotti JA, Filho JM. Programa comunitário de estímulo ao aleitamento materno. Rev Ass Méd Brasil. 1981;27(10): 288-90.

30-Susin, Lulie R.O., Giugliani, Elsa RJ, Kummer, Suzane C, Marciel, M, Benjamin, ACW, Machado, DB *et al.* Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. Rev. Chil. Pediatr.2000;71 (5):461-70.

31-Dias MLCM, Perez EP, Torres IHB, Oliveira BD, Silva VXL. Experiências e atitudes dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno na cidade do Recife. An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb.2002;47 (1).74-78.

32-Ciconi RCV, 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. Saude Mater. Infant.. 2004;4(2):193-202.

33-Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. Rev Bras Epidemiol 1998; 1: 40-39.

34-BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar da Família no Brasil). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: relatório. Rio de Janeiro: UNICEF; 1997.

35-WHO (World Health Organization). Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Ecol Food Nutr 1991; 26: 271-3.

3- Artigo Original

Impacto de um programa de intervenção com agentes comunitários de saúde para aumentar a duração do aleitamento materno exclusivo em dois Distritos Sanitários da cidade do Recife

RESUMO

Objetivo: avaliar o impacto de um programa de estímulo ao aleitamento materno exclusivo através do treinamento de agentes comunitários de saúde (ACS) em dois distritos sanitários (DS) da cidade do Recife.

Métodos: este estudo consistiu de um programa de intervenção de base comunitária do tipo 'antes-depois' que comparou observações antes e após o programa. A amostra consistiu de 411 crianças menores de seis meses de vida cujas mães foram entrevistadas antes da intervenção e de 426 após a intervenção. Foram treinados 156 ACS do DS V e 244 do DS III, sendo o programa conduzido para o DS –V no período de julho a setembro de 2003 e para o DS-III no período de novembro de 2003 a abril de 2004. A avaliação inicial sobre a duração do aleitamento materno exclusivo, ingestão de água, uso de mamadeira e chupeta e estímulo ao aleitamento materno no período pós-natal pelos ACS foi obtida através de entrevista com as mães antes do treinamento dos ACS e a segunda avaliação foi realizada seis meses após.

Resultados: verificou-se um aumento na duração do aleitamento materno exclusivo após a intervenção com diferenças estatisticamente significantes nas idades de 3 a 6 meses (percentuais antes e após a intervenção aos 6 meses foram 11,4% vs 32,1%, respectivamente). Também se observou uma redução na ingestão de água, no uso de chupeta e da mamadeira, bem como um aumento no percentual de orientações às mães sobre aleitamento materno no pós-natal.

Conclusões: A melhora na duração do aleitamento materno exclusivo mostrada neste estudo ressalta a importância do treinamento dos ACS no estímulo e suporte à amamentação. Este tipo de programa deveria ser adotado em outros DS da cidade do Recife e em outros municípios do estado.

Palavras-chave: aleitamento materno exclusivo, intervenção, agente comunitário de saúde.

Impact of an intervention program with community health agents to increase exclusive breastfeeding duration in two Sanitary Districts in Recife

ABSTRACT

Objective: to assess the impact of an intervention program to encourage exclusive breastfeeding through the training of community health agents (CHA) in two Sanitary Districts (SD) in Recife.

Methods: this is a 'before-after' community trial which compared data before and after the establishment of the program obtained with different subjects. The sample comprised 411 infants under six months of life whose mothers were interviewed before the intervention and 426 after the intervention. A total of 156 CHA were trained in SD V and 244 in SD III, being the program conducted from July to September 2003 in SD V and from November 2003 to April 2004 in SD III. The baseline assessment on breastfeeding duration, water intake, use of bottle and pacifier and posnatal support to breastfeed by the CHA was obtained through maternal interviews before CHA training and the second assessment was done six months later.

Results: it was observed an increase in the duration of exclusive breastfeeding after the intervention with a significant difference among infants in the age group from 3 to 6 months (pre- and pos-intervention figures at 6 months were 11,4% vs 32,1%, respectively). It was also observed a reduction in water intake, use of bottle and pacifier and an increase on posnatal support to breastfeed by the CHA.

Conclusion: the improvement in exclusive breastfeeding duration showed in this intervention highlights the importance of CHA training in the encouragement and support of breastfeeding. This sort of program should be spread up over different Sanitary Districts in Recife, as well as in other state municipalities.

Key-words: exclusive breastfeeding, intervention, community health agents.

INTRODUÇÃO

O leite materno é fundamental para a saúde da criança, por sua composição e disponibilidade de nutrientes e por seu conteúdo em substâncias imunoativas. A amamentação favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor. Apresenta também a propriedade de promover o espaçamento gestacional e diminuir a incidência de algumas doenças da mulher.¹

Dados nacionais mostram que 96% das mulheres iniciam a amamentação, no entanto, apenas 11% amamentam exclusivamente até 4 a 6 meses, 41% mantêm o aleitamento materno até 1 ano, e 14% até os 2 anos ², índices abaixo dos aconselhados pela Organização Mundial de Saúde, que recomenda aleitamento exclusivo até 6 meses e aleitamento materno complementado até 2 anos, no mínimo.³

É preocupante o elevado percentual de crianças que recebem líquidos (água/chás) durante os primeiros meses de vida. Considerando-se a elevada ocorrência de desmame até o segundo mês de vida, é possível sugerir que esta prática seja um elemento importante na determinação deste processo⁴ e isso pode ser ocasionado pela falta de informações das mães a respeito das propriedades do leite materno, o desconhecimento no manejo do aleitamento materno e a falta de apoio para amamentar.

A partir da década de 1980, o Ministério da Saúde investiu em programas e políticas de saúde a favor da amamentação, através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)⁵⁻⁷, interagindo com órgãos internacionais como o Unicef, a OMS, a International Baby Food Action Network (rede IBFAN), algumas organizações não-governamentais e sociedades de classe, como a Sociedade Brasileira de Pediatria. Mais recentemente, o governo

brasileiro, através do Sistema Único de Saúde e da Secretaria de Políticas de Saúde, tem adotado a estratégia de substituir um modelo centrado na assistência hospitalar pelo Programa de Saúde da Família, no qual as ações preventivas e a promoção da saúde constituem ênfases principais.

Para fazer frente ao desafio de reverter o quadro de baixa prevalência do aleitamento materno são necessários a implementação de atividades educativas e o envolvimento institucional. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família, é um cenário pertinente para realização desse trabalho, haja vista que a Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS - SUS 01/2001)⁸ destaca a promoção ao Aleitamento Materno como uma das ações mínimas para a Atenção Básica à Saúde da Criança.

Neste sentido, apoiando, treinando, dando mais informações, enfim capacitando a Equipe de Saúde da Família e principalmente o Agente Comunitário de Saúde-ACS, por ter maior contato com a família, gera maiores oportunidades de divulgar e promover o aleitamento materno nos domicílios.

Estudos de intervenção utilizando visitas domiciliares, com apoio e incentivo à amamentação, após o parto, demonstraram aumento na duração do aleitamento materno⁹. Coutinho et al¹⁰ em estudo de intervenção, randomizado, de base comunitária, realizado através das visitas domiciliares de mulheres da comunidade, treinadas, à semelhança do agente comunitário de saúde, ofereceram apoio e estímulo ao aleitamento materno, durante os seis primeiros meses de vida da criança. Esta intervenção, com reduzido número de perdas, foi efetiva em aumentar a prevalência do aleitamento materno e exclusivo, reduzir o uso de água, chá, outro leite, bem como de chupetas e mamadeiras, durante os seis primeiros meses de vida.

Em Recife, o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) está implantado, porém, desenvolvendo muitas funções e, ainda, sem o treinamento adequado no manejo da lactação e nas técnicas de aconselhamento em amamentação.

Conhecendo-se a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde infantil e com base na experiência do Projeto de Estímulo ao Aleitamento Materno Exclusivo na Zona da Mata Meridional de Pernambuco¹⁰ foi elaborado o presente projeto para os Distritos Sanitários da cidade do Recife com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo conduzido por agentes comunitários de saúde em dois distritos sanitários da cidade do Recife.

MÉTODO

1- População e local do estudo

A população do estudo foi composta por crianças menores de seis meses de vida e suas respectivas mães assistidos pelo Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes comunitários de Saúde.

O estudo foi desenvolvido nos Distritos Sanitários (DS) III e V da cidade do Recife. O DS-III, situado na região noroeste, compreende 29 bairros e o Distrito Sanitário V, situado na região sudoeste, compreende 16 bairros.

2-Desenho e seleção da amostra do estudo

Este estudo faz parte de um estudo maior que consiste numa intervenção, de base comunitária, que visa capacitar todos os agentes comunitários de saúde de todos os distritos sanitários do município da cidade do Recife para estimular o aleitamento materno exclusivo.

A avaliação do impacto desta intervenção foi realizado através de dois cortes transversais com populações diferentes, constituídas por 411 crianças e suas respectivas mães antes da intervenção e 426 duplas mães/bebês após a intervenção.

Para a seleção amostral das duplas mães/bebês, foi obtida a relação dos ACS dos distritos sanitários III e V. Houve sorteio aleatório do total de ACS dos dois distritos utilizando-se a tábua de números randômicos do programa EpiTable, do software EPI-INFO 6,04. Após o sorteio, foram selecionadas até quatro famílias que possuíam filhos com a idade de seis meses ou menos, e que eram visitadas pelo agente comunitário sorteado para participar da pesquisa. Quando havia mais de quatro famílias, a escolha era realizada através de sorteio. Quando o ACS

sorteado não estava acompanhando famílias com este critério, era escolhido na lista o ACS de número imediatamente posterior.

Para o treinamento foram selecionados todos os ACS dos dois distritos sanitários. Foram treinados 156 agentes comunitários de saúde do DS III e 244 ACS do DS V, sendo que do total de ACS existentes nos dois distritos deixaram de ser capacitados apenas 6 do DS III e 10 do DS V visto que estes agentes faltaram ao treinamento porque estavam de licença médica, portanto, quase 100% dos ACS destes dois distritos participaram da intervenção.

3-Desenvolvimento do Estudo

O estudo foi desenvolvido em três etapas:

1. Avaliação prévia da prevalência do aleitamento materno exclusivo;
2. Intervenção: treinamento dos agentes comunitários de saúde em aleitamento materno;
3. Avaliação da prevalência do aleitamento materno exclusivo (seis meses após os treinamentos).

Avaliação prévia da prevalência do aleitamento materno exclusivo

As 411 mães dos dois distritos sanitários foram entrevistadas nos períodos de junho a setembro de 2003 para o Distrito Sanitário V e em novembro de 2003 para o DS III através de visitas domiciliares. O questionário empregado nas entrevistas foi constituído por dados sócio-demográficos da família e biológicos da criança, a prática da alimentação, uso de chupetas, mamadeiras nos seis primeiros meses de vida e orientações recebidas em relação ao aleitamento materno nos períodos pré-natal, natal e pós-natal.

A equipe de campo foi composta por quatro assistentes de pesquisa e uma supervisora de campo treinadas no preenchimento dos questionários. Após a coleta dos dados, os questionários eram revisados regularmente pela supervisora de campo e encaminhados para digitação.

Intervenção: treinamento dos agentes comunitários de saúde

Na etapa de intervenção foram realizados cursos com duração de 20 horas. No Distrito Sanitário V esta intervenção ocorreu no período de julho a setembro de 2003 e no DS III ocorreu no período de novembro de 2003 a abril de 2004. As atividades teóricas foram desenvolvidas através de aulas expositivas, trabalhos em grupo e vídeos comentados sobre a importância, vantagens e as técnicas de suporte e estímulo ao aleitamento materno. Nas aulas práticas houve simulação de casos vividos por mães da comunidade com dificuldades em amamentação e treinamento nas técnicas de ordenha do leite humano. Durante os cursos foram distribuídos materiais educativos dos assuntos discutidos, como também um manual de aleitamento materno com ilustrações e linguagem simples para ser utilizado pelo agente comunitário durante as visitas domiciliares.

Com o intuito de avaliar a qualidade do curso e a assimilação do treinamento pelos agentes comunitários de saúde, foram realizados testes antes e após os cursos de capacitação em aleitamento materno.

Avaliação da prevalência do aleitamento materno exclusivo

Seis meses após os treinamentos foi iniciada nova coleta de dados para avaliar se ocorreram mudanças na prevalência do aleitamento materno exclusivo, no uso de chupetas, na utilização de mamadeiras e nas orientações às mães quanto ao aleitamento materno.

Os questionários utilizados na segunda avaliação foram semelhantes ao da primeira etapa do estudo.

Considerou-se, neste estudo, amamentação exclusiva quando a criança ingeriu somente leite materno com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos¹¹.

4-Processamento dos dados e análise estatística

Foi realizada dupla-entrada dos dados e validação da digitação através dos subprogramas *check* e *validate* do software EPI-INFO versão 6.04. Este pacote também foi utilizado para a análise estatística.

Os desfechos estudados foram a frequência do aleitamento materno exclusivo, ingestão de água, uso de chupetas, utilização de mamadeiras e de orientações sobre aleitamento materno dadas às mães no pré-natal, na maternidade e no pós-natal, segundo a faixa etária da criança.

O teste de significância empregado para avaliar a associação entre as variáveis categóricas foi o teste do qui quadrado (com correção de Yates, quando necessário), sendo adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises estatísticas.

5-Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira (Processo Nº 512). As mães das crianças selecionadas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e solicitado o seu consentimento livre e esclarecido para participar da mesma.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas das famílias, reprodutivas maternas e biológicas das crianças que participaram deste estudo, antes e após à intervenção de estímulo e suporte ao aleitamento materno realizada com agentes comunitários de saúde.

Cerca da metade das mães tinham de 5 a 8 anos de escolaridade; a maioria expressiva teve assistência no pré-natal e 79% delas, tanto antes como depois da intervenção, afirmaram ter recebido orientação sobre aleitamento materno no pré-natal.

Quanto às características biológicas da criança, verifica-se uma frequência de baixo peso ao nascer em cerca de 9% da amostra.

Verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa quanto aos indicadores estudados nas duas fases da pesquisa.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas da família, reprodutivas maternas e biológicas das crianças antes e após a intervenção

	Intervenção				p
	Antes (n=411)		Após (n=426)		
	n	%	n	%	
• Dados maternos					
Alfabetização	318	77,4	344	80,8	0,32
Anos de escolaridade					
0 a 4	104	25,3	105	24,6	
5 a 8	188	45,7	189	44,4	0,81
≥ 9	119	29,0	132	31,0	
Coabitação	329	80,0	331	77,7	0,45
Paridade					
1	191	46,5	187	43,9	
2	174	42,3	191	44,8	0,74
≥ 3	46	11,2	48	11,3	
Posse de geladeira	334	81,3	338	79,3	0,54
Posse de TV	336	89,1	388	91,1	0,21
Assistência ao pré-natal	402	97,8	413	96,9	0,57
Início do pré-natal					
1º trimestre	276	67,2	306	71,8	
2º trimestre	114	27,7	97	22,8	0,06
3º trimestre	5	1,2	9	2,1	
Número de consultas					
1 a 3	37	9,0	33	7,7	
4 a 6	197	47,9	196	46,0	0,56
7 a 9	145	35,3	153	35,9	
10 ou mais	32	7,8	44	10,3	
Orientação sobre AM no pré-natal	325	79,1	337	79,1	0,85
Orientação sobre AM na maternidade	335	81,5	352	85,6	0,13
Tipo de parto					
Normal	273	66,4	273	64,1	0,52
Outro	138	33,6	153	35,9	
Local do nascimento					
IHAC	270	65,7	302	70,9	0,12
Outro	141	34,3	124	29,1	
• Dados da criança					
Sexo					
Masculino	193	47,0	229	53,8	0,06
Feminino	218	53,0	197	46,2	
Idade da entrevista (meses)					
0 a 1	86	20,9	78	18,3	
1,1 a 2	78	19,0	77	18,1	
2,1 a 3	71	17,3	75	17,6	0,83
3,1 a 4	64	15,6	64	15,0	
4,1 a 5	68	16,5	76	17,8	
≥ 5	44	10,7	56	13,1	
Peso ao nascer					
< 2500 g	42	10,2	35	8,2	
2500 a 2999 g	113	27,5	105	24,6	0,26
3000 a 3499 g	160	38,9	163	38,3	
> 3500 g	96	23,4	123	28,9	

A tabela 2 mostra a freqüência do aleitamento materno exclusivo e da ingesta de água segundo a idade da criança antes e após a intervenção.

Verifica-se uma diferença significativamente maior na freqüência do aleitamento materno exclusivo após a intervenção nas crianças com faixas etárias de 3,1 a 6 meses.

Foi observada uma menor freqüência da ingesta de água após a intervenção em todas as faixas etárias. No entanto, diferenças estatisticamente significantes só foram observadas nas crianças com idade de 3,1 a 4 meses e de 5,1 a 6 meses de vida.

Tabela 2 – Frequência do aleitamento materno exclusivo e ingestão de água segundo a idade da criança em meses antes e após a intervenção

Idade de criança (meses)	Aleitamento materno exclusivo	Intervenção				Valor p
		Antes (n=411)		Após (n=426)		
		n	%	n	%	
0 a 1,0	Sim	64	74,4	60	76,9	0,85
	Não	22	25,6	18	23,1	
1,1 a 2,0	Sim	54	69,2	55	71,4	0,90
	Não	24	30,8	22	28,6	
2,1 a 3,0	Sim	28	39,4	34	45,3	0,58
	Não	43	60,6	41	54,7	
3,1 a 4,0	Sim	21	32,8	34	53,1	0,03
	Não	43	67,2	30	46,9	
4,1 a 5,0	Sim	13	19,1	28	36,8	0,03
	Não	55	80,9	48	63,2	
5,1 a 6,0	Sim	5	11,4	18	32,1	0,03
	Não	39	88,6	38	67,9	
Idade das crianças (meses)	Ingesta de água					
0 a 1,0	Sim	13	15,1	9	11,5	0,66
	Não	73	84,9	69	88,5	
1,1 a 2,0	Sim	17	21,8	14	18,2	0,72
	Não	61	78,2	63	81,8	
2,1 a 3,0	Sim	36	50,7	32	42,7	0,42
	Não	35	49,3	43	57,3	
3,1 a 4,0	Sim	37	57,8	24	37,5	0,03
	Não	27	42,2	40	62,5	
4,1 a 5,0	Sim	43	63,2	39	51,3	0,20
	Não	25	36,8	37	48,7	
5,1 a 6,0	Sim	34	77,3	28	50,0	0,01
	Não	10	22,7	28	50,0	

A tabela 3 apresenta a freqüência do uso de chupeta e de chupa/mamadeira segundo a idade da criança em meses antes e após a intervenção.

Verifica-se que o percentual de crianças que utilizavam chupeta decresceu com a intervenção, sendo encontradas diferenças significantes a partir da faixa etária de 3,1 até 6 meses.

Quanto ao percentual de crianças que utilizavam chupa/mamadeira, também houve diminuição do seu uso após a intervenção. Entretanto, diferenças significantes só foram registradas para as duas últimas faixas etárias (4,1 a 5,0 e 5,1 a 6,0 meses) onde se verificaram as maiores diferenças percentuais entre os grupos antes e após a intervenção.

Tabela 3 – Frequência do uso de chupeta e chuca/mamadeira segundo a idade da criança em meses antes e após a intervenção

Idade das crianças (meses)	Uso de chupeta	Intervenção				Valor p
		Antes (n=411)		Após (n=426)		
		n	%	n	%	
0 a 1,0	Sim	31	36,0	20	26,3	0,25
	Não	55	64,0	56	73,7	
1,1 a 2,0	Sim	35	44,9	28	36,8	0,40
	Não	43	55,1	48	63,2	
2,1 a 3,0	Sim	36	50,7	39	52,0	0,99
	Não	35	49,3	36	48,0	
3,1 a 4,0	Sim	39	60,9	24	37,5	0,01
	Não	25	39,1	40	62,5	
4,1 a 5,0	Sim	44	64,7	31	40,8	0,07
	Não	24	35,3	45	59,2	
5,1 a 6,0	Sim	27	61,4	12	21,4	0,0001
	Não	17	38,6	44	78,6	
Idade das crianças (meses)	Uso de chuca/ Mamadeira					
0 a 1,0	Sim	32	37,2	26	33,3	0,72
	Não	54	62,8	52	66,7	
1,1 a 2,0	Sim	36	46,2	34	44,2	0,93
	Não	42	53,8	43	55,8	
2,1 a 3,0	Sim	46	64,8	50	66,7	0,95
	Não	25	35,2	25	33,3	
3,1 a 4,0	Sim	46	71,9	39	60,9	0,26
	Não	18	28,1	25	39,1	
4,1 a 5,0	Sim	54	79,4	47	61,8	0,03
	Não	14	20,6	29	38,2	
5,1 a 6,0	Sim	36	81,8	29	51,8	0,01
	Não	8	18,2	27	48,2	

Com relação à orientação pós-natal sobre aleitamento materno realizada pelo agente comunitário de saúde, a tabela 4 mostra que os percentuais das mães que afirmaram tê-la recebido foram mais elevados depois da intervenção em todas as faixas etárias. No entanto, diferenças significantes só foram observadas entre as crianças após o nascimento até 1 mês, de 3,1 a 4 meses e de 5,1 a 6 meses de vida.

Tabela 4 – Avaliação da orientação sobre aleitamento materno no pós-natal realizada pelo agente comunitário de saúde segundo a idade da criança em meses antes e após a intervenção

Idade das crianças (meses)	Orientação pós-natal pelo ACS	Intervenção				Valor p
		Antes (n=411)		Após (n=426)		
		n	%	n	%	
0 a 1,0	Sim	53	61,6	65	84,4	0,002
	Não	33	38,4	12	15,6	
1,1 a 2,0	Sim	49	63,6	54	73,0	0,29
	Não	28	36,4	20	27,0	
2,1 a 3,0	Sim	39	65,0	52	77,6	0,17
	Não	21	35,0	15	22,4	
3,1 a 4,0	Sim	25	54,3	47	87,0	0,0007
	Não	21	45,7	7	13,0	
4,1 a 5,0	Sim	29	56,9	42	70,0	0,22
	Não	22	43,1	18	30,0	
5,1 a 6,0	Sim	15	50,0	41	78,8	0,01
	Não	15	50,0	11	21,2	

DISCUSSÃO

Uma maneira simples e efetiva de realizar a promoção do aleitamento materno exclusivo na comunidade se dá através dos profissionais que têm maior contato com estas famílias - o agente comunitário de saúde - através das visitas domiciliares pós-parto, momento crucial em que as mães encontram dificuldades para amamentar e não podem contar com a ajuda dos profissionais do hospital, o que, muitas vezes, leva ao desmame precoce devido a falta de informação e orientação adequada. Por isso, é de extrema importância a atuação destes profissionais treinados no manejo da lactação e nas técnicas de aconselhamento em amamentação.

Após os treinamentos realizados com os agentes comunitários de saúde da presente pesquisa foi verificado que a frequência do aleitamento materno exclusivo aumentou significativamente após o terceiro mês de vida da criança quando comparada com a das mães entrevistadas antes da intervenção.

Fato semelhante foi também verificado em outros estudos de intervenção em aleitamento materno, como o estudo desenvolvido no interior do Pernambuco que comparou os dados de uma coorte histórica sobre as atividades de estímulo e apoio ao aleitamento materno desenvolvidas nas maternidades. Neste estudo, após o treinamento dos profissionais, foi verificado que houve melhor desempenho em 2001 do que anteriormente em 1998 havendo, portanto, aumento nas frequências de aleitamento materno exclusivo nas primeiras 48 horas após o parto e durante os 6 primeiros meses de vida¹².

Em uma revisão da literatura sobre estudos de intervenções com aconselhamento face a face para a promoção do aleitamento exclusivo, realizado em 2003 foi verificado que a maioria dos estudos levou a mudanças significativas nos índices de aleitamento materno exclusivo¹³.

Apesar da limitação de estudos de intervenção em aleitamento materno exclusivo com o agente comunitário de saúde, outros estudos de intervenção em AME com profissionais de saúde diversos, grupos de mães para atuarem nas próprias comunidades ou treinamentos em centros de saúde, bem como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC, mostraram resultados positivos ao capacitarem suas equipes no que se refere à duração do AME^{9,12,14,15,16}. Porém, todas essas perspectivas de capacitação das equipes em aleitamento materno tornam-se pouco efetivas para aumentar a duração do AME, pois as puérperas, ao voltarem para casa, necessitam do apoio para o manejo da amamentação¹⁰.

A importância da intervenção comunitária de estímulo ao aleitamento materno com agentes comunitários de saúde foi evidenciada em estudo realizado em Pernambuco em que todas as mães receberam apoio na maternidade e a metade delas recebeu apoio através de visitas domiciliares do nascimento até os seis primeiros meses de vida. Foi encontrado que a prevalência agregada média do AME, de 10 a 180 dias de vida da criança, foi de 45% no grupo que recebeu as visitas domiciliares comparados com um percentual de 13% das que não receberam visitas. Os autores acreditam que a combinação dos sistemas hospitalar e comunitário é necessária para que as mães possam continuar recebendo ajuda local, especialmente nas primeiras semanas após o nascimento da criança, quando as dificuldades geralmente aparecem¹⁷. Por este motivo torna-se essencial o trabalho dos ACS no estímulo e apoio ao aleitamento materno após a saída do hospital, no ambiente domiciliar.

Muitos outros países também realizaram estudos de intervenção em aleitamento materno, como a Dinamarca¹⁸ e País de Gales¹⁹, através de visitas domiciliares pós-parto por profissionais de saúde. No Reino Unido²⁰, em 1998, foram criados "passos" para que locais de assistência situados na comunidade fossem estimulados a apoiar, proteger e promover a amamentação. Na África do Sul²¹ o mesmo foi realizado através de agentes comunitários de saúde. E em países da América Latina, como o Chile²², que em 1995, pela primeira vez se criou uma iniciativa para o sucesso do aleitamento materno envolvendo os consultórios que

acompanham as mães. Outros países, como o Peru²³, a Nicarágua²⁴ e a Argentina²⁵ também desenvolveram "passos" para a rede básica, sendo que na Nicarágua oito centros de saúde já foram credenciados como "Centros de Saúde Amigos".

Com relação ao consumo de água pelas crianças foi verificado, no presente estudo, uma menor freqüência do consumo de água após a intervenção em todas as faixas etárias com redução significativa nas crianças com idade de 3,1 a 4 meses e de 5,1 a 6 meses de vida. Estes resultados encontrados foram diferentes do encontrado em um outro estudo em que a intervenção⁹ não teve nenhum impacto no tempo em que foi introduzido água.

No que se refere ao uso de bicos artificiais (chupeta e chucha/mamadeira) e sua interferência negativa para o AME, foi encontrado no presente estudo que o percentual de crianças que utilizavam chupeta decresceu significativamente com a intervenção, sendo encontradas diferenças significantes a partir da faixa etária de 3,1 até 6 meses de vida. Vários estudos relatam que para as crianças que usam esses bicos há mais chance de interrupção do AME quando comparadas àquelas que não usam. Da mesma forma existe associação significativa de seu uso e o desmame precoce^{26,27,28,29,30,31}. Portanto, a redução do uso de chupeta, no presente estudo, pode ter contribuído para os resultados positivos observados na prática do aleitamento materno exclusivo.

Com relação ao impacto produzido pelas orientações sobre aleitamento materno exclusivo no período pós-natal pelos agentes comunitários de saúde, verifica-se que houve melhora do percentual das orientações fornecidas nesta fase. Verificando-se, assim, um aumento da duração do aleitamento materno exclusivo coincidindo com o aumento da freqüência da orientação pós-natal, principalmente nas três últimas faixas etárias estudadas.

Este resultado é semelhante ao encontrado em um estudo de intervenção realizado em Porto Alegre-RS, no qual seu objetivo consistiu em avaliar os conhecimentos das mães em aleitamento materno antes e após orientação

fornecida no período pós-parto e verificar sua relação com a prevalência de amamentação. Este estudo foi constituído por 405 mães (197 no grupo controle e 208 no grupo experimental) e teve como resultado que o grupo experimental obteve um escore significativamente maior no teste de conhecimentos em aleitamento materno ao final do primeiro mês, quando comparado ao grupo controle. A intervenção aumentou a chance das mães em 1,7 vezes de obter um escore acima da média. Por sua vez, as mães que ficaram com escores acima da média tiveram uma chance 8,2 vezes maior de estar amamentando exclusivamente no final do terceiro mês e duas vezes maior no final do sexto mês. Portanto, esse estudo mostra que estratégias simples para aumentar o conhecimento das mães sobre aleitamento podem ter impacto positivo nas taxas de amamentação³².

Outro resultado semelhante ao encontrado no presente estudo foi verificado em uma pesquisa do tipo caso-controle realizado no estado de Pernambuco em que foram estudadas 24 crianças que utilizaram exclusivamente o leite materno até quatro meses de idade, comparadas com 72 controles totalmente desmamadas antes dos dois meses de vida. Esse estudo mostrou que a orientação em AM contribuiu significativamente para o aumento da mediana do aleitamento total (126 dias), em relação às que não receberam esse tipo de orientação (101 dias)³³.

Os resultados positivos observados no presente estudo, possivelmente se devem a qualidade da intervenção. Os resultados excelentes da avaliação dos ACS demonstram que as informações sobre aleitamento materno devem ter sido apreendidos e possivelmente repassadas às mães em suas visitas domiciliares de forma clara, simples e objetiva. Os ACS tiveram o auxílio das cartilhas recebidas durante o curso, onde era destacada a importância do suporte ao aleitamento materno nos primeiros três meses e especialmente nos primeiros 15 dias de vida, devido à necessária criação do vínculo-mãe/bebê e à insegurança materna quanto às técnicas da amamentação.

Portanto, mesmo não existindo muitos estudos que relatem as experiências em aleitamento materno realizadas pelo agente comunitário de saúde, é notável a

melhora dos percentuais da maior parte das variáveis estudadas pelos autores do presente estudo e também através de outros estudos com semelhantes intervenções realizadas através de grupos de mães, de mulheres da comunidade e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre a prevalência de aleitamento materno exclusivo.

Contudo, ressaltamos a importância do ACS para que adequadamente capacitados, possam vir a introduzir esse trabalho em suas rotinas de visitas domiciliares no incentivo, na promoção e no apoio às mães. Também é fundamental a introdução de mudanças na prática da amamentação nos períodos pré e pós-natal imediato contribuindo para a manutenção do aleitamento materno exclusivo, até o sexto mês de vida e ampliação da duração da amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Política nacional de alimentação e nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
2. BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde. 1996. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças. Rio de Janeiro: 1997;125-38.
3. Sokol EJ. Em defesa da amamentação: manual para implementar o Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno. São Paulo: IBFAN Brasil; 1999.
4. Neutzling MB, Vieira, MF, Cesar JA, Gigante DP, Martins EB, Facchini LA. Medindo o impacto da promoção do aleitamento materno em serviços de atenção primária à saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, 1993;9 (2)149-54.
5. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. J Pediatr . 1996. 72: 363-7.
6. Ministério da Saúde. Informe Saúde. Ano 4. Nº 69. Brasília; 2000.
7. Santiago LB, Bettioli H, Barbieri MA, Guttierrez MRP, Del Ciampo LA. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. Rev. chil. pediatr. 2005; 76(4):433-4.

8. NOAS-SUS 01/2001. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde.

9. Barros CF, Halpern R, Victora CG, Teixeira AMB, Béria JU. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. Rev S Públ 1994; 28 (40): 277-83.

10-Coutinho SB. Aleitamento materno exclusivo: um estudo de intervenção randomizado na Zona da Mata de Pernambuco [tese de doutorado]. Recife. Universidade Federal de Pernambuco;2003.

11-World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO; 1992.

12-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(6):471-7.

13-Albernaz E, Victora CG. Impact of face-to-face counseling on duration of exclusive breast-feeding: a review. Rev Panam Salud Publica. 2003;14(1):17-24.

14-Vitolo MR, Bortoline GA, Feldens CA, Drachler ML. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. Cad. Saúde Pública.2005;21(5): 1448-57.

15-Neumann NA, Victora CG, Valle NJ, Cesar JA, Horta BL, Lima SM, Barros, FC. Impacto da Pastoral da Criança sobre a nutrição de menores de cinco anos no Maranhão: uma análise multinível. Rev. Bras. Epidemiol.2002;5(1): 30-40.

16-Lana APB, Lamounier JA, César CC. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. J. Pediatr.2004; 80(3): 235-40.

17-Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Ashworth A. Comparison of the effect of the two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 2005;366:1094-100.

18-Biering-Sorensen F, Hilden J, Bieringsorensen K. Breast-feeding in Copenhagen, 1938-1977. *Dan. Med. Bull.* 1980; 27: 42-8.

19- Jones DA, West RR. Effect of lactation nurse on the success of breast-feeding: a randomized controlled trial. *J. Epidemiol. Community Health.* 1986; 40: 45-9.

20- UNICEF UK Baby Friendly Initiative. A Seven Point Plan for the protection, promotion and support of breastfeeding in community health care settings. London. UNICEF UK BFI; 1998.

21-Ross SM, Loening, WE, Mbele BE. Breastfeeding support. *S. Afr. Med. J.* 1987; 72: 357-8.

22-Ministerio de Salud de la Republica de Chile, Comisión Nacional de Lactancia Materna. Criterios de evaluación de consultorios que apoyan la iniciativa conjunta OMS-UNICEF Hospitales Amigos. Santiago; 1995.

23-Giga VTS, Sanz NC. Centros y Puestos promotores de la alimentación infantil: Once pasos hacia una adecuada alimentación infantil. CEPREN; 1996.

24-Ministry of Education of Nicaragua et al. Eleven Steps to PHC for successful breastfeeding. In: *Baby-Friendly Hospital Initiative - Case studies and progress report*. New York: UNICEF Programme Division; 1999.

25-Vallone F, Mercer R. Programa Materno Infantil, Ministerio de Salud. 10 acciones del primer nivel de atención en apoyo de la lactancia materna. Buenos Aires; 1996.

26- Cotrim LC, Venancio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2002; 2:245-52.

27-Audi CAF, Corrêa AMS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.2003; 3(1): 85-93.

28-Santos VLF, Soler ZASG, Azoubel R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005; 5(3):283-91.

29-Valdés V, Sánches AP, Labbok M. Manejo clínico da lactação, assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

30-Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. J Pediatr. 2003; 79: 309-16.

31-Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. J Pediatr 2003; 79: 284-6.

32-Susin, Lulie RO, Giugliani, Elsa RJ, Kummer, Suzane C, Marciel, M, Benjamin, ACW, Machado, DB *et al.* Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. Rev. Chil. Pediatr. 2000; 71(5): 461-70.

33-Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2006; 6(1): 439-48.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A partir deste trabalho, verificamos que há poucos estudos de intervenção que mostram a atuação do agente comunitário de saúde em aleitamento materno, logo é necessária a realização de pesquisas sistemáticas nesta área, visto que mesmo sendo escassos, os estudos existentes mostram o aumento da prevalência do aleitamento materno.

A partir da intervenção através dos agentes comunitários de saúde objetivando elevar a duração do aleitamento materno exclusivo em dois distritos sanitários da cidade do Recife foi obtido(a):

- Melhora da prevalência do aleitamento materno exclusivo a partir dos três meses de vida;
- Diminuição dos percentuais de ingestão de água, de uso de chupeta e de uso de chucha/mamadeira nos seis primeiros meses de vida;
- Elevação dos percentuais de orientações pós-natais.

Estes resultados mostram o sucesso desta intervenção. Entretanto, se faz necessária a reavaliação contínua dos treinamentos realizados com os agentes comunitários de saúde e há necessidade também de promover novas avaliações sobre a duração do aleitamento materno exclusivo na área visando verificar se este resultado é sustentável.

5. ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUC/ SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO/ PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE/ CNPq

PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NAS COMUNIDADES DOS DISTRITOS SANITÁRIOS III e V, 2003/2004

QUESTIONÁRIO ACS- (QUESDOM1)

<p>1. NOME DA MÃE: _____</p> <p>2. NOME DA CRIANÇA: _____</p> <p>3. Nº DA CRIANÇA: _____</p> <p>4. ENDEREÇO: (Rua, Nº, Bairro, Ponto de Referência)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>NUMERO _____</p>
---	---------------------

<p>5. Revisado pelo Entrevistador? 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Entrevistador</p> <p>6. Revisado pelo Supervisor? 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não</p> <p>_____</p> <p><i>Assinatura do Supervisor</i></p>	<p>REVIENT</p> <p>_____</p> <p>REVISUP</p> <p>_____</p>
--	---

CONFIDENCIAL

As informações solicitadas neste questionário são confidenciais e só serão utilizadas para fins estatísticos.

88 () Ainda mama	99 () Não Sabe	DESMAME	_____
22. Recebe(u) outro tipo de alimento enquanto mama(va)?			
1 () Sim	2 () Não	0 () Nunca mamou	9 () Não Sabe
		OUTROALI	_____
23. Enquanto mama(va), com que idade começou a receber?			
23.1 Água	_____ Mês(es)	_____ Dia(s)	00 () Nunca Mamou
AGUA	_____		
23.2 Chá	_____ Mês(es)	_____ Dia(s)	88 () Nunca Recebeu
CHA	_____		
23.3 Suco	_____ Mês(es)	_____ Dia(s)	99 () Não Sabe
SUCO	_____		
23.4 Outro Leite	_____ Mês(es)	_____ Dia(s)	
LEITE	_____		
23.5 Mingau	_____ Mês(es)	_____ Dia(s)	
MINGAU	_____		
23.6 Outro	_____ Mês(es)	_____ Dia(s)	_____
OUTROAL	_____		
24. Como você está alimentando o seu bebê nas últimas 24 horas? –Esperar Resposta			
24.1 Leite Materno	1 () Sim	2 () Não	
MAMADA	_____		
24.2 Água	1 () Sim	2 () Não	
AGUA1	_____		
24.3 Chá	1 () Sim	2 () Não	
CHA1	_____		
24.4 Suco	1 () Sim	2 () Não	
SUCO1	_____		
24.5 Outro Leite	1 () Sim	2 () Não	
LEITE1	_____		
24.6 Mingau	1 () Sim	2 () Não	
MINGAU1	_____		
24.7 Outros Alimentos	1 () Sim	Qual (is)? _____	2 () Não
OUTROAL1	_____		
25. A senhora vem recebendo orientação sobre amamentação?			
1 () Sim	2 () Não	8 () Não mama	9 () Não Lembra
		ORIMAE	_____
26. Se <u>SIM</u>, quem está orientando?			
26.1 Agente Comunitário	1 () Sim	2 () Não	8 () Não Mama 9 () Não Lembra
AGENTE	_____		
26.2 Vizinha/ Amiga	1 () Sim	2 () Não	8 () Não Mama 9 () Não Lembra
AMIGA	_____		
26.3 Parente	1 () Sim	2 () Não	8 () Não Mama 9 () Não Lembra
PARENTE	_____		
26.4 Profissional de Saúde	1 () Sim	2 () Não	8 () Não Mama 9 () Não Lembra
PROFIS	_____		
26.5 Outro _____	1 () Sim	2 () Não	8 () Não Mama 9 () Não Lembra
OUTRORI	_____		
27. < > usa chupeta?			
1 () Sim	2 () Não	3 () Usou	9 () Não Sabe
		CHUPETA	_____
28. Se <u>USA</u>, por quê?			
1 () Para acalmar o bebê	4 () Todo bebê usa	9 () Não sabe	

2 () Para dormir	5 () Outro _____	
3 () Porque acha bonito	8 () Não usa	USO _____
29. Se usa chupeta (SIM), com que frequência?		
1 () Só durante o dia	4 () Durante o dia e noite	8 () Não usa
2 () Só à noite	5 () De vez em quando	9 () Não lembra
3 () Quando chora		FREQDUM _____
30. A senhora vem usando chuquinha ou mamadeira?		CHUCA _____
	1 () Sim	2 () Não

OBS: SE <u>NÃO</u>, passe para a questão 35.		
Se <u>SIM</u>, pergunte:		
31. Com o que utiliza a chuquinha/ mamadeira?		
31.1 Com água	1 () Sim 2 () Não 8 () Não Usa 9 () Não Lembra	BAGUA _____
31.2 Com chá	1 () Sim 2 () Não 8 () Não Usa 9 () Não Lembra	BCHA _____
31.3 Leite materno Ordenhado	1 () Sim 2 () Não 8 () Não Usa 9 () Não Lembra	BLM _____
31.4 Com suco	1 () Sim 2 () Não 8 () Não Usa 9 () Não Lembra	BSUCO _____
31.5 Outro leite	1 () Sim 2 () Não 8 () Não Usa 9 () Não Lembra	BLEITE _____
31.6 Mingau	1 () Sim 2 () Não 8 () Não Usa 9 () Não Lembra	BMINGAU _____
31.7 Com sopa	1 () Sim 2 () Não 8 () Não Usa 9 () Não Lembra	BSOPA _____
32. Com que frequência utiliza a chuquinha/ Mamadeira?		
1 () Uma vez ao dia	4 () Em todas refeições	
2 () Duas vezes ao dia	5 () Outro _____	
3 () Três vezes ao dia	8 () Não usa	BFREQ _____
33. Alguém sugeriu começar a usar a chuquinha/ mamadeira?		
1 () Pai da criança	4 () vizinha	7 () Outro _____
2 () Avós	5 () Profissional de Saúde	8 () Não usa
3 () Outro parente	6 () Decisão da mãe	9 () Não Lembra
34. Por que a senhora decidiu usar a chuquinha/ mamadeira?		
1 () Leite insuficiente	4 () Bebê doente	7 () Outro _____
2 () Mãe trabalha/Estuda	5 () Criança não queria o seio	8 () Não usa
3 () Mãe Doente	6 () Problema no seio	9 () Não Lembra
35. A senhora teve quantos filhos?		NATVIV _____
1. Nascidos vivos _____	2. Vivos atualmente _____	VIVOS _____
36. A senhora está vivendo com o pai da criança?		

1 () Sim 2 () Não	MORA	___
37. A senhora pode ler uma carta ou uma revista?		
1 () Com facilidade 3 () Não lê		
2 () Com dificuldade	LEMÃE	___
38. Qual foi a última série que a senhora completou na escola? ____ Série ____ Grau		
8 () Nunca estudou 9 () Não Lembra	SERIE	___
OBS: Quando for universidade (Superior) codificar da seguinte forma:	GRAU	___
0 e 3 (série – grau) → incompleto / 1 e 3 (série – grau) → completo		
39. A senhora tem alguns desses aparelhos funcionando em casa?		
39.1 Geladeira 1 () Sim 2 () Não	GELA	___
39.2 Televisão 1 () Sim 2 () Não	TV	___

CURSO DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO PARA ACS DOS DISTRITOS
SANITÁRIOS III E V
PRÉ-TESTE

NOME:

1. Marque a resposta certa

- a) Mãe que possui peito pequeno tem pouco leite.
- b) Quando o dia está muito quente é preciso dar água ao bebê.
- c) Uma mãe não deve deixar que outra mãe amamente o seu filho.
- d) O leite nos primeiros dias após o parto é fraco e não sustenta o bebê.

2. Marque a resposta certa

- a) Comer doces aumenta a quantidade de leite.
- b) Quanto mais a criança mamar, mais leite é produzido.
- c) Arrostar no peito faz o leite empedrar.
- d) Uma mãe usando antibióticos, não deve amamentar o seu bebê.

3. Marque a resposta certa

- a) O bebê que não quer mamar pode estar usando chupeta.
- b) O leite do fim da mamada é fraco.
- c) Existem mulheres que não amamentam porque na sua família nenhuma mulher tem leite.
- d) Usar o chá de erva doce é importante para limpar o intestino nos primeiros dias após o parto.

4. Marque a resposta certa

- a) Antes de amamentar a mãe deve limpar o peito.
- b) O uso de colar de carrapateira pela mãe faz secar o leite.
- c) A tranquilidade e segurança da mãe ajudam o leite a descer.
- d) Não há necessidade da criança mamar à noite.

5. Marque a resposta certa

- a) O leite retirado do peito pode passar 15 dias no congelador da geladeira.
- b) O bebê deve mamar 10 minutos em cada seio.
- c) Toda mulher desnutrida tem leite fraco.
- d) A mulher deve deixar sempre um pouco de leite no peito para ajudar na próxima mamada.

CURSO DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO PARA ACS DO
DISTRITOS SANITÁRIOS III EV
PÓS-TESTE

NOME:

1. Marque a resposta certa

- e) Mãe que possui peito pequeno tem pouco leite.
- f) Quando o dia está muito quente é preciso dar água ao bebê.
- g) Uma mãe não deve deixar que outra mãe amamente o seu filho.
- h) O leite nos primeiros dias após o parto é fraco e não sustenta o bebê.

2. Marque a resposta certa

- e) Comer doces aumenta a quantidade de leite.
- f) Quanto mais a criança mamar, mais leite é produzido.
- g) Arrostar no peito faz o leite empedrar.
- h) Uma mãe usando antibióticos, não deve amamentar o seu bebê.

3. Marque a resposta certa

- e) O bebê que não quer mamar pode estar usando chupeta.
- f) O leite do fim da mamada é fraco.
- g) Existem mulheres que não amamentam porque na sua família nenhuma mulher tem leite.
- h) Usar o chá de erva doce é importante para limpar o intestino nos primeiros dias após o parto.

4. Marque a resposta certa

- e) Antes de amamentar a mãe deve limpar o peito.
- f) O uso de colar de carrapeteira pela mãe faz secar o leite.
- g) A tranqüilidade e segurança da mãe ajudam o leite a descer.
- h) Não há necessidade da criança mamar à noite.

5. Marque a resposta certa

- a) O leite retirado do peito pode passar 15 dias no congelador da geladeira.
- b) O bebê deve mamar 10 minutos em cada seio.
- c) Toda mulher desnutrida tem leite fraco.

- d) A mulher deve deixar sempre um pouco de leite no peito para ajudar na próxima mamada.

6. Marque a resposta certa

- a) Uma mãe muito jovem produz pouco leite para o bebê.
b) A falta de mamadas à noite pode ser uma razão para o bebê receber pouco leite.
c) Um bebê que urina 4 vezes ao dia, recebe quantidade satisfatória de leite materno.
d) A mãe tem pouco leite porque também teve pouco leite no primeiro filho.

7. Marque a resposta certa

- a) O número de mamadas deve ser diminuído para os bebês que estão doentes.
b) As mães de gêmeos produzem pouco leite para os dois filhos.
c) Bebês prematuros necessitam ser amamentados ao peito junto com a mamadeira.
d) O leite de mãe de bebê prematuro é especial para ele.

8. Marque a resposta certa

- a) O bebê chora muito dependendo somente do estresse da mãe.
b) Bebê carregado no colo chora mais.
c) Chorar é o único meio do bebê se comunicar.
d) Bebês que dormem com suas mães são chorões.

9. Marque a resposta certa

- a) A mãe deve tomar chá de erva doce para ter mais leite.
b) O fumo e o álcool não interferem na amamentação.
c) As proteínas estão presentes nos pães, bolos e doces.
d) As verduras e frutas são ricas em vitaminas e minerais.

10. Marque a resposta certa :

- a) O tratamento das rachaduras do peito deve ser feito com pomadas.
b) Uma mulher com leite empedrado não deve amamentar o bebê.
c) Quando o peito está muito cheio o leite deve ser retirado com as mãos.
d) Dar de mamar faz os peitos caírem.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

Nome da Pesquisa: *Perfil do aleitamento materno exclusivo após o treinamento dos agentes comunitários para avaliar as mudanças na prática da amamentação - Recife*

Local do Estudo: Distritos Sanitários da Prefeitura do Recife

Coordenador: *Prof. Pedro Israel Cabral de Lira
Departamento de Nutrição – CCS da UFPE
Cidade Universitária S/N*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um termo de consentimento que pode conter palavras que você não compreenda. Por favor, pergunte a um auxiliar de pesquisa do projeto sobre quaisquer palavras ou informações que você não entenda claramente.

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo estimular a prática do aleitamento materno exclusivo após o treinamento dos agentes comunitários deste município e constará de:

- **entrevista através da aplicação de um questionário visando conhecer a composição da família, condições da habitação, de saúde, hábitos alimentares e os alimentos mais freqüentemente consumidos.**

A sua participação deverá ser voluntária e você poderá sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Sempre que tiver dúvidas, procure um dos membros da equipe para esclarecimento.

CONSENTIMENTO DA MÃE DA CRIANÇA

Li e entendi as informações precedentes descrevendo este projeto de pesquisa e todas as minhas dúvidas em relação ao estudo e a minha participação nele foram respondidas satisfatoriamente. Livremente, dou o meu consentimento para a participação do meu filho neste estudo, até que me decida pelo contrário.

Recife,

Nome da mãe (letra de forma)

Assinatura

Nome da testemunha (letra de forma)

Assinatura

Nome do investigador (letra de forma)

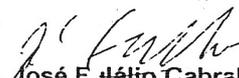
Assinatura



DECLARAÇÃO

Declaro que o Projeto de pesquisa no. 512 "Perfil do Aleitamento materno exclusivo após o treinamento dos Agentes Comunitários para avaliação as mudanças na prática da amamentação – Apresentação de novo questionário a se. aplicado com os Agentes de Saúde", apresentado pelo Pesquisador Pedro Israel Lira, foi aprovado pelo do Comitês de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, em sua reunião ordinária 03 de novembro de 2005.

Recife, 22 de novembro de 2005.


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
e Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)