

## Prevalência de aleitamento materno antes e após a implantação de um programa de redução de morbimortalidade infantil, no município de Campo Mourão (PR)

Breastfeeding prevalence before and after the implementation of a children's morbid mortality reduction program in the municipality of Campo Mourão, Paraná State

Crysthianne Cônsolo de Almeida <sup>1</sup>

Maria José Scochi <sup>2</sup>

Regina Kazue Tanno de Souza <sup>1</sup>

Wladithe Organ Carvalho <sup>1</sup>

**Abstract** *Health services evaluation contributes to the reformulation and establishment of new health practices and improvement of health indicators. The purpose of this study was to describe breastfeeding prevalence in the sixth month in children who were born before and after the implementation of a children's morbid mortality reduction program, in the municipality of Campo Mourão, Paraná State, and to verify the scope of actions to support breastfeeding. One hundred ninety-seven mothers, who had a child born before and after the implementation of the program, were interviewed. In their sixth month of life exclusive breastfeeding prevalence was 34.0% and 36.5%, respectively, for those born before and after the implementation. As for coverage, 16.2% of women took part in at least one educational lecture, 87.8% were interviewed by the group during admission to puerperium, 79.7% received educational material and 77.2% received material for the newly-born care. This study provided evidence of low impact of the program on breastfeeding prevalence. Other evaluative studies are suggested, so that the planning of actions and procedures of the program achieve their goal which is to provide a better care for the woman and child.*

**Key words** *Breastfeeding Program evaluation, Health service*

**Resumo** *A avaliação dos serviços de saúde contribui para a reformulação e estabelecimento de novas práticas sanitárias e melhora dos indicadores de saúde. Este estudo objetivou descrever a prevalência de aleitamento materno no sexto mês, em crianças nascidas antes e após a implantação de um programa de redução de morbimortalidade infantil, no município de Campo Mourão (PR) e verificar a cobertura das ações de apoio à amamentação. Foram entrevistadas 197 mães que tiveram um filho nascido antes e outro após a implantação do programa. A prevalência de aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida foi de 34,0% e de 36,5%, respectivamente, para os nascidos antes e após a implantação. Quanto à cobertura, 16,2% das mulheres participaram de pelo menos uma palestra educativa, 87,8% foram visitadas pela equipe durante a internação no puerpério, 79,7% receberam material educativo e 77,2% receberam material para cuidado ao recém-nascido. Este estudo evidenciou baixo impacto do programa na prevalência do aleitamento materno. Sugere-se que outros estudos avaliativos sejam realizados com frequência, para que o planejamento das ações e das condutas do programa cumpra com os objetivos de melhor atender à saúde da mulher e da criança.*

**Palavras-chave** *Aleitamento materno, Avaliação de programa, Serviço de saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Av. Robert Koch 60, Vila Operária. 86039-440 Londrina PR. crysconal@uol.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.

## Introdução

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a descentralização das ações de saúde, os municípios passaram a ser responsáveis pela organização de seus serviços, devendo utilizar a análise dos indicadores para avaliação, planejamento e tomada de decisões. Um dos indicadores - classificado como universal - é o coeficiente de mortalidade infantil, que permite comparação entre diferentes locais e populações, além de fornecer parâmetros das efetividades das práticas de saúde.

Segundo o IBGE<sup>1</sup>, os coeficientes de mortalidade infantil no Brasil nos anos de 1930, 1965 e 1990 eram, respectivamente, 162,4; 116,0 e 48,3 óbitos/1.000 nascidos vivos (NV). Essa redução pode ser explicada por um conjunto de ações tais como ações de saneamento básico, programa de vacinação, medidas de incentivo e estímulo ao aleitamento materno, terapia de reidratação oral, combate às infecções respiratórias e doenças diarreicas, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), entre outros.

Em relação ao incentivo ao aleitamento materno, a prática profissional tem apresentado, em geral, o paradigma biológico, higienista que reduz e naturaliza a amamentação como ato próprio da espécie, comum aos mamíferos<sup>2</sup>. O que sucede, entretanto, é que como todo o processo saúde-doença, também a amamentação é uma prática definida social, histórica e culturalmente, influenciada de forma dinâmica pela sociedade em que a mulher e sua família estão inseridas<sup>2,4</sup>.

A prática da amamentação tem mostrado diversidade sociocultural não apenas geográfica, mas também temporal, conforme as mudanças no modo de produzir a vida em diferentes momentos históricos<sup>2,4</sup>. Em períodos recentes, na segunda metade do século XX, houve declínio mundial da amamentação gerado por diversos fatores e também reação mundial às suas consequências sobre a saúde infantil. Especificamente no Brasil, tal reação foi sentida a partir de 1981, na implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, com intensa campanha em diferentes mídias. Ao final dos anos oitenta, prosseguindo pela década de noventa, ocorreram mudanças na legislação, normas e regulamentos, criação dos Bancos de Leite Humanos, credenciamento de Hospitais Amigos da Criança e participação na Semana Mundial de Aleitamento, culminando ao final da década com ampla capacitação nacional dos profissionais de saúde, dos fiscais sanitários, da defesa do consumidor e das procuradorias jurídicas<sup>5</sup>.

Ainda na década de noventa, a implantação do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) teve como um dos objetivos imediatos sua utilização para a vigilância dos recém-nascidos (RN) de risco<sup>6</sup>. Tendo em mãos esta ferramenta, vários municípios organizaram programas de redução da morbimortalidade infantil, tais como Porto Alegre (RS), em 1992; Santos (SP), Curitiba e Londrina (PR), em 1993; Guarapuava (PR), meados da década de noventa; Belo Horizonte (MG), em 1994; Florianópolis (SC) em 1997 e Maringá (PR), em 1999.

Assim como nessas localidades, em Campo Mourão, situada no Noroeste do Paraná, com população aproximada de 80.476 habitantes<sup>7</sup>, o Programa Cegonha Feliz (PCF) foi implantado em 1996, devido aos altos índices de mortalidade infantil (39,97 óbitos/1.000 NV em 1994)<sup>8</sup>.

O programa apresenta estratégias de ação voltadas à redução da morbimortalidade materno-infantil, dentre as quais o incentivo ao aleitamento, com assistência individual ou em grupos de mães. Atua nas seguintes instâncias de assistência: acompanhamento de gestantes de risco usuárias do SUS e das crianças de risco menores de um ano; palestras educativas mensais; visitas diárias às maternidades; orientações sobre cuidados à criança; incentivo ao aleitamento materno; fornecimento de *kit* contendo pomada para prevenção de dermatites das fraldas, frasco com álcool e gaze para o curativo umbilical; guia "mãe-bebê"; diário de acompanhamento da criança e visitas ao domicílio quando os recém-nascidos são considerados de risco.

O PCF dispõe de um veículo próprio, um ambulatório de pré-natal de alto risco e um ambulatório sediado em hospital filantrópico onde são realizadas consultas médicas e de enfermagem e palestras às mães que apresentem dificuldades na amamentação, além de contar com recursos didático-pedagógicos de suporte às palestras educativas.

Nas palestras educativas mensais, realizadas na área central do município, as gestantes são orientadas acerca da gestação, do aleitamento materno e de cuidados com a criança, participam de um lanche e concorrem ao sorteio de um carrinho de bebê. Os convites às gestantes acontecem por meio das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (ACS), cartazes de divulgação nas unidades básicas de saúde (UBS) e meios de comunicação (rádio).

Nas visitas às maternidades, além do contato com as puérperas e seus RN, a equipe do PCF recolhe uma via das declarações de nascidos vi-

vos, anexa e preenche uma ficha perinatal com dados relacionados ao binômio (histórico de gestações anteriores, gestação atual, parto, planejamento familiar, dificuldades vividas pela mãe no estado puerperal, peso e altura ao nascer, perímetro cefálico, perímetro torácico, índice de Apgar, condições do coto umbilical, aleitamento materno, vacinação), agenda consulta puerperal e a primeira de puericultura e realiza a pré-seleção dos RN de risco.

A ficha perinatal é enviada à equipe do PSF responsável pela área de abrangência do domicílio da mãe, que no prazo de até quinze dias de nascimento realiza a visita domiciliar, preenche os dados necessários e devolve ao PCF. Cada criança é classificada conforme critérios de risco que determinam seu acompanhamento. A criança classificada como de risco é acompanhada pelas equipes do PCF e do PSF, com visitas hospitalares e/ou domiciliares mais frequentes, consultas ambulatoriais, orientações à mãe e familiares. Quando necessário, são feitos encaminhamentos para especialidades, acompanhamento dos tratamentos e desenvolvidas ações intersetoriais como, por exemplo, com a Secretaria de Ação Social, para resolução de problemas que ultrapassam a atuação do setor saúde.

A implantação do PCF ocorreu em contexto nacional favorável à amamentação, na sequência de um período de incentivo a essa prática, com ampla divulgação e debate na sociedade brasileira. Além disso, em 1998, houve a introdução da primeira equipe do PSF e de quatro equipes do PACS. À época da coleta dos dados da pesquisa (2006), o PSF alcançava 70,51% da população, com catorze equipes do PSF e três equipes do PACS.

Nos dez anos que se seguiram à inserção do PCF, houve declínio acentuado da taxa de mortalidade infantil no município, que passou de 27,3 para 8,3 óbitos/1.000 NV<sup>8</sup>; entretanto, o programa não foi submetido a qualquer tipo de avaliação.

Segundo Scochi<sup>9</sup>, a avaliação é um dos componentes da garantia de qualidade dos serviços de saúde e, naquelas direcionadas aos resultados, o impacto pode ser observado por meio de comparação entre estudos transversais anteriores e posteriores à intervenção. A avaliação propicia melhor conhecimento das intervenções e pode mostrar a diferença entre o fracasso de um programa e a insuficiência de sua base teórica, oferecer informações imprescindíveis para as tomadas de decisões, esclarecer problemas conceituais das medidas, prever efeitos/resultados, auxiliar no consenso dos atores e favorecer a for-

mulação de intervenções<sup>10</sup>. Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)<sup>11</sup> “ao se estimar os efeitos que os projetos, programas e políticas apresentam na saúde das populações, pode-se maximizar os efeitos positivos e evitar os negativos”.

Diante dos objetivos do PCF, da ausência de estudo de linha de base no período de sua criação e de documentação sobre sua efetividade, foi proposto o presente estudo, cuja finalidade foi verificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças nascidas em Campo Mourão antes e depois da implantação do Programa Cegonha Feliz.

## Métodos

Trata-se de estudo comparativo, de corte transversal, com dados primários coletados em entrevistas domiciliares nos meses de julho e agosto de 2006. A população de estudo foi composta por residentes no município de Campo Mourão, divididos em dois grupos, ambos filhos biológicos da mesma mulher: um grupo com idade de um a nove anos e o outro grupo na faixa etária de dez a catorze anos.

A fonte de dados para seleção da população de estudo foi a Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de todas as UBS do Município. O critério de seleção foi incluir mães que tivessem no mínimo dois filhos legítimos, nascidos em Campo Mourão: um com idade entre dez e catorze anos - denominado filho A - e um com idade entre um e nove anos - filho B. Os ACS responsáveis pela área de residência das 980 famílias que atendiam ao critério da faixa etária dos filhos identificaram em visitas domiciliares o município de nascimento dos mesmos, o que resultou em 631 famílias que atenderam ambos os critérios.

Foi realizada amostragem aleatória simples das famílias que atendiam o critério em cada UBS. Para o cálculo amostral, utilizou-se parâmetro de confiabilidade de 95% e erro de 6%. Nos casos em que a mãe tivesse mais de um filho na mesma faixa etária, foi realizado sorteio para definição do participante do estudo. A amostra ficou estabelecida em 184 entrevistas.

O roteiro de entrevista para as mães foi constituído de questões distribuídas em três blocos: caracterização da mãe, assuntos referentes ao filho na faixa etária entre um e nove anos e referentes ao filho na faixa etária entre dez e catorze anos.

Foi realizado estudo piloto, com dez mães sorteadas aleatoriamente, dentre as que não fa-

riam parte da amostra, para adequação do instrumento de coleta. No estudo piloto, não houve dificuldade por parte das mães em lembrar fatos relacionados ao aleitamento materno.

As entrevistas foram realizadas no domicílio em todos os períodos do dia, totalizando 45 dias, por dez alunos de cursos de enfermagem: nove de curso técnico e um de graduação, previamente treinados pela pesquisadora. A respondente foi a mãe e foram realizadas até quatro tentativas.

As respondentes foram orientadas quanto ao objetivo da pesquisa, sobre sua participação voluntária e permissão de desistência a qualquer momento e, posteriormente, obtida a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O desfecho analisado foi a duração do AME e a variável independente em relação ao desfecho foi o Programa Cegonha Feliz. Verificou-se os fatores associados ao AME no sexto mês de vida do filho B e a cobertura das ações de apoio à amamentação do PCF.

Considerou-se o conceito de aleitamento materno exclusivo da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>12</sup> como o uso exclusivo do leite materno como único alimento para a criança, permitindo-se apenas gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais e outros medicamentos.

Os dados foram processados no programa de computador Excel e analisados com o auxílio do programa Statistic 6.0. Para análise estatística das diferenças entre as características maternas, por ocasião do nascimento do filho A e filho B, adotou-se valor de *p* significativo quando menor que 0,05, calculado a partir do Stat Calc (Epi Info 2002).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, de acordo com a Resolução nº 196/96 do CNS/MS (Parecer COPEP nº 096/2006) e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão.

## Resultados e discussão

Foram entrevistadas 197 mulheres, não ocorrendo nenhuma recusa ou perda. A prevalência de AME referida aos trinta dias foi de 84,3%, no filho A, e 87,8% no filho B. Ambas foram superiores aos valores encontrados em Itaúna (MG)<sup>13</sup> (62,6%) e São José do Rio Preto (SP)<sup>14</sup> (23,7%). No sexto mês de vida, a prevalência foi de 34,0% para o filho A e de 36,5% para o filho B, também

superiores a 21,1%, 5,3% e 3,1%, observadas, respectivamente, em Conchas (SP)<sup>15</sup>, Itaúna (MG)<sup>13</sup> e São José do Rio Preto (SP)<sup>14</sup>. No Brasil, a prática de amamentação vem aumentando, com variações significativas de acordo com o local e características socioeconômicas da população estudada<sup>16</sup>.

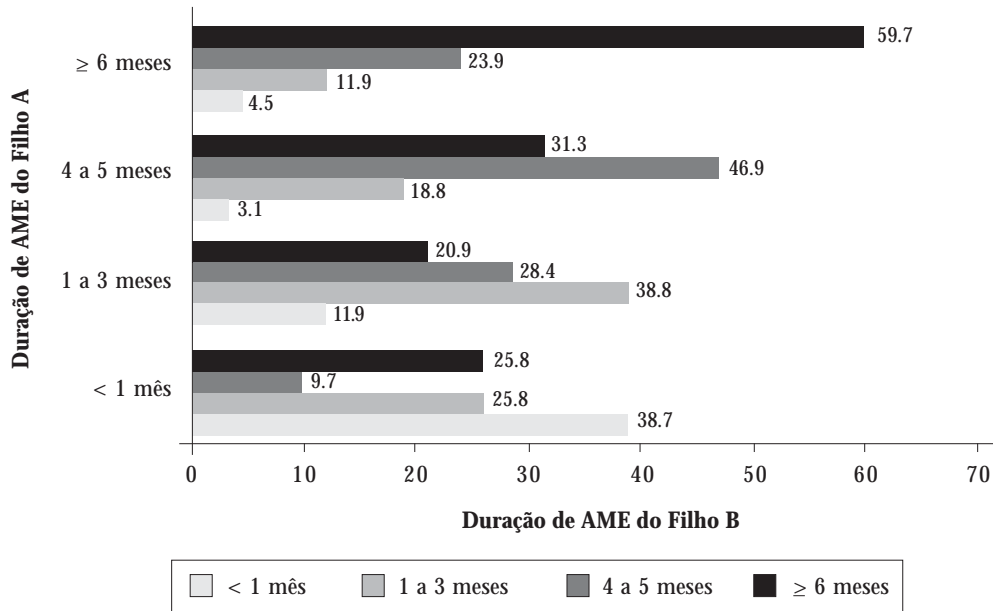
Com a introdução de práticas estimulantes e motivadoras nos últimos anos, como, por exemplo, iniciar a amamentação ainda na sala de parto, a prevalência de AME logo após o nascimento é alta (próximo dos 100%). Porém, a introdução de alimentos precocemente faz com que ocorra decréscimo no decorrer dos meses<sup>13,14,17</sup>.

Silva e Souza<sup>18</sup> afirmam que há grande dificuldade para se manter indicadores altos de AME após os quatro meses devido a grande parte das mães brasileiras trabalharem fora do lar, mesmo sendo amparadas pela Constituição Brasileira que assegura o seu afastamento por até 120 dias, além de permitir o aleitamento materno durante o horário de trabalho. Consideram que estes direitos, na prática, são difíceis de serem exercidos.

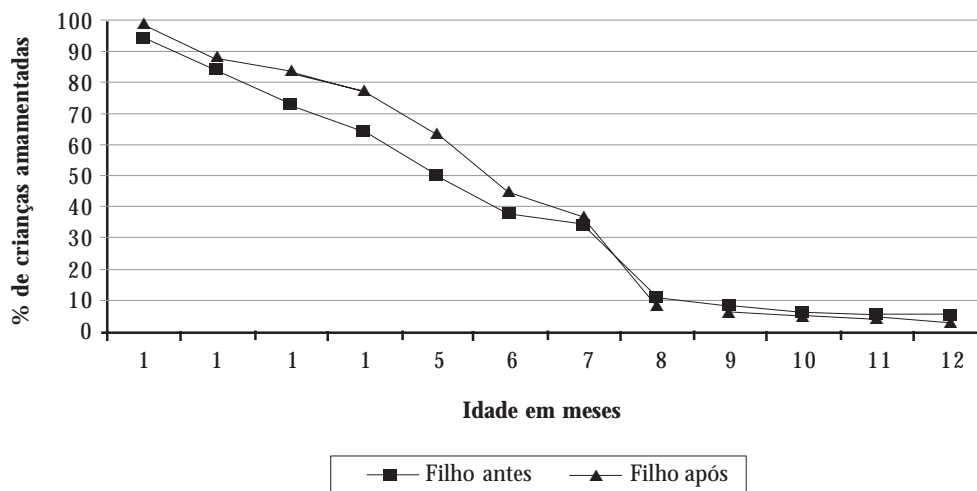
No presente estudo, ao identificar os diferentes momentos de vida de ambos os filhos, verificou-se redução da taxa de abandono do filho B em relação ao filho A, com aumento da prevalência do AME no primeiro mês (84,3% para 87,8%), mantido até os seis meses de idade (Figura 1). Apesar da tendência positiva, a prevalência de AME no sexto mês não apresentou diferença significativa entre os filhos nascidos antes e após a implantação do PCF: RP 1,07 [IC 0,82-1,40].

Na Figura 2, estão relacionadas a duração do AME do filho A e do filho B. Entre as mulheres que não amamentaram ou abandonaram o AME no primeiro mês de vida do filho A, apenas 38,7% assim procederam no filho B. Em relação às mães que amamentaram exclusivamente no período de um a três meses o filho A, 11,9% abandonaram no primeiro mês e 49,3% aumentaram para quatro meses ou mais. De modo geral, nota-se melhora na duração, porém ainda é relevante o número de mães que realizaram o desmame precoce ou mesmo diminuíram o tempo de AME entre o primeiro e o segundo filho do estudo.

Um dos limites metodológicos em estudos retrospectivos refere-se ao viés de memória. O período recordatório utilizado em estudos epidemiológicos varia em relação à importância do evento para o indivíduo: eventos de importâncias diferentes pedem diferentes períodos recordatórios, informações marcantes costumam ser menos afetadas pela perda de memória e alguns



**Figura 1.** Duração do AME do filho nascido após a implantação do PCF (filho B) em relação à duração do AME do filho nascido antes (filho A). Campo Mourão (PR), 1996-2005.



**Figura 2.** Prevalência de aleitamento materno exclusivo entre os nascidos antes e após a implantação do programa em meses de vida. Campo Mourão (PR), 1996-2005.

grupos populacionais - incluindo as mulheres -, tendem a fornecer informação mais precisa a respeito de eventos relacionados à saúde<sup>19,20</sup>.

Estudo de caso-controle sobre aleitamento materno e diabetes mellitus do tipo 1 realizou entrevistas dirigidas às mães de indivíduos de um gru-

po de pacientes diabéticos insulínodépendentes com diagnóstico realizado até os trinta anos e de um grupo controle de estudantes de oitava série não-diabéticos<sup>21</sup>. Estudo transversal sobre causas do desmame precoce coletou dados primários em entrevistas, em geral com mães de crianças com

idade média pouco superior a três anos, utilizando a própria abordagem do questionário como técnica para minimizar o viés de memória<sup>22</sup>.

O aleitamento materno como fato cultural, e não apenas biológico, foi avaliado no presente estudo como evento significativo para as mulheres entrevistadas, fato reforçado no estudo piloto quando as mães não demonstraram dificuldade em fornecer informações sobre o aleitamento materno. Assim, considerando a maior exatidão das mulheres em relatar fatos relacionados à saúde e a redução de perda de memória para eventos marcantes, é provável que os resultados do presente estudo traduzam a situação do aleitamento materno na população estudada.

Conforme a Tabela 1, apesar da prevalência de AME no sexto mês ter sido discretamente superior entre as mães de menor escolaridade, com idade igual ou superior a vinte anos, que não vivi-

am com o companheiro, que não trabalharam fora do lar, cujo parto foi vaginal, que realizaram preparo das mamas, não tiveram problemas com amamentação e cujos bebês não usaram chupeta, as diferenças não foram estatisticamente significativas. Tais resultados se assemelharam aos de outras pesquisas, o que corrobora, também, a validade interna da investigação.

A ausência de associação entre AME no sexto mês e essas variáveis assemelha-se ao resultado de um estudo realizado, em 2007, no município de Maringá (PR) – que dista oitenta quilômetros de Campo Mourão –, entre mulheres residentes em áreas de atuação de equipes de saúde da família. Conclui a autora que fatores sociais e culturais influenciam marcadamente a prática da amamentação e a relação desta prática com as variáveis estudadas nem sempre se confirma nas pesquisas já realizadas sobre o tema<sup>23</sup>.

**Tabela 1.** Prevalência de aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida segundo variáveis maternas e relacionadas à prática do aleitamento, entre os nascidos após a implantação do PCF (filho B). Campo Mourão (PR), 1996-2005.

Variáveis	AME				RP (IC)
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Escolaridade					0,71 [0,46-1,10]
> = 8	19	28,8	47	71,2	
< 8	53	40,5	78	59,5	
Faixa etária					0,53
> = 20	72	36,9	123	63,1	
< 20	0	0,0	2	100,0	
Presença do companheiro					0,79 [0,50-1,27]
Sim	60	35,3	110	64,7	
Não	12	44,4	15	55,6	
Trabalho fora do lar					1,63 [0,98-2,71]
Não	59	40,7	86	59,3	
Sim	13	25,0	39	75,0	
Tipo de parto					1,17 [0,79-1,75]
Vaginal	49	38,6	78	61,4	
Cesárea	23	32,9	47	67,1	
Preparo das mamas					1,08 [0,74-1,59]
Sim	25	38,5	40	61,5	
Não	47	35,6	85	64,4	
Problemas na amamentação*					1,17 [0,81-1,69]
Não	41	39,8	62	60,2	
Sim	31	34,1	60	65,9	
Uso de chupeta					1,17 [0,79-1,75]
Não	49	38,6	78	61,4	
Sim	23	32,9	47	67,1	

\* Excluídos três casos por falta de amamentação.



Quanto à cobertura das atividades do PCF, 29,4% das entrevistadas receberam convite para as palestras educativas mensais e somente 16,2% das mulheres estudadas participaram pelo menos em uma ocasião. Além da ausência de convite, dificuldades de acesso ao local onde as mesmas eram realizadas, incluindo o estado final da gestação (cansaço, dores nas costas e fadiga) e/ou problemas de ordem financeira, contribuíram para a baixa cobertura das palestras.

Nas atividades relacionadas à visita diária às maternidades, 87,8% das mães foram visitadas pela equipe do PCF no puerpério imediato; 79,7% receberam o guia “mamãe-bebê” e o diário de acompanhamento da criança, dentre as quais 91,7% relataram leitura da cartilha recebida; 77,2% receberam a bolsa com o *kit* completo e 5,6%, apenas a bolsa. A utilidade da bolsa e dos produtos foi atestada por 98,2% das que a receberam.

A entrega da bolsa pelo PCF foi uma ação de grande receptividade; das mães que a receberam, apenas uma mostrou-se indiferente, provavelmente devido à sua melhor condição econômica. As demais aprovaram a atitude e afirmaram que gerou satisfação, surpresa e incentivo no cuidado à criança. As mães com condições socioeconômicas mais baixas afirmaram-se satisfeitas, mesmo que tivessem recebido apenas a bolsa ou os itens. Quanto à utilidade do *kit*, a pomada para prevenção de assaduras foi o material mais utilizado (83,4%), seguido do álcool 70% (82,2%) e da gaze (68,7%).

Programas relacionados à saúde da mulher e da criança, que entregam a bolsa e o *kit* às mães na maternidade com vistas a melhorar a autoestima, estimular o cuidado com a criança e incentivar a amamentação, desenvolvidos em municípios como Campo de Goytacazes (RJ) – Nascer em Campos – em Florianópolis (SC) – Capital Criança –, serviram de exemplo para este procedimento.

Diante do quadro descrito, constatou-se que as ações de promoção do aleitamento estiveram ligadas principalmente às atividades posteriores ao nascimento, na visita à maternidade. A equipe vai ao encontro da mãe e seu RN e oportuniza a orientação de cuidados na amamentação, em grande parte, no puerpério imediato. Neste período, alguns fatores relacionados à mãe podem dificultar a absorção de conhecimentos sobre a amamentação fornecidos pela equipe durante a visita, tais como a dor da incisão, seja de cesariana ou episiotomia; a ansiedade no pós-parto, que pode incluir o primeiro contato com o bebê e a descida de leite; a preocupação com o parceiro e filhos que ficaram em casa<sup>24</sup>.

Assim, cabe à equipe do PCF o cuidado para perceber a real situação de cada mãe, por meio do contato puerperal imediato, respeitando-a e atentando-se para o acompanhamento domiciliar ou mesmo para o encaminhamento a outros serviços de apoio.

Deve-se salientar que apenas orientar pode ser uma tarefa de baixo êxito na amamentação, experiência em que estão envolvidos fatores maternos e outros relacionados ao RN e que não está na dependência exclusiva de conhecimentos sobre técnicas de manejo da amamentação<sup>25</sup>. Os determinantes desta prática envolvem as questões fisiológicas, as condições concretas de vida e os significados atribuídos pela mulher, o uso de meios de comunicação, as interferências socioeconômicas e culturais e um conjunto de ações que acontecem desde o início do pré-natal, com orientações às mães e práticas adotadas nos serviços de saúde, tais como o alojamento conjunto e a continuidade da atenção na puericultura. Assim, embora a visita hospitalar seja oportunidade valiosa para conhecer as limitações maternas e do RN, propiciar o vínculo e planejar o cuidado, é insuficiente para garantir a continuidade do aleitamento materno.

Revisão de literatura sobre promoção do aleitamento exclusivo resultante de aconselhamento face a face mostrou estudos em que o impacto foi diretamente proporcional ao número de visitas, sendo que o único estudo em que o efeito foi nulo relatou no máximo duas sessões de orientação. Os autores destacaram a importância do apoio após a alta hospitalar, com orientações e resolução de problemas relacionados com a amamentação<sup>26</sup>.

Desta forma, não seria possível esperar mudanças significativas na prevalência de AME no filho nascido após a implantação do PCF, comparativamente ao nascido antes, pois, além dos fatores determinantes mencionados, as ações do programa enfatizaram principalmente a orientação realizada em visita hospitalar pós-parto.

O PCF, assim como outros programas, foi implantado mediante necessidade de mudanças positivas dos indicadores relacionados à saúde da mulher e da criança. Os objetivos do programa, juntamente com a descrição das atividades que deveriam ser executadas e os recursos necessários, foram relacionados no projeto inicial há mais de dez anos.

A partir das metas do projeto de implantação, este estudo evidenciou baixo impacto do PCF na prevalência do AME; ênfase das ações na visita hospitalar; a importância de profissionais de

saúde capacitados para qualificar as consultas e a escuta não apenas do ponto de vista técnico e biológico, mas também para que compreendam as necessidades da mulher, em seu contexto familiar e sociocultural envolvido.

Depreende-se que o programa, reflexo de um contexto favorável à amamentação, pode influenciar a sua prática de forma qualificada, mas por si só não conseguiria modificar os hábitos maternos, já que os seus determinantes envolvem fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais<sup>2</sup>.

As questões aqui destacadas reforçam a importância de monitorar os programas e realizar estudos avaliativos para alertar gestores, profissionais, acadêmicos e usuários de serviços de saúde quanto à necessidade de revisão das atividades propostas. Caso não se proceda assim, os resultados poderão ser esforços infrutíferos, investimentos sem retorno e insatisfação do pessoal envolvido. Espera-se, finalmente, que este estudo possa contribuir para outras indagações e mobilizar sujeitos para a construção do conhecimento e motivar a prática constante de pesquisas avaliativas.

### **Colaboradores**

CC Almeida trabalhou na concepção do artigo, na pesquisa, na metodologia e na redação final do texto. WO Carvalho e RKT Souza trabalharam na revisão crítica e redação final do texto. MJ Scochi trabalhou na concepção da pesquisa e do texto, revisão crítica e redação final do texto.



## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Indicadores Sociais. [site da Internet]. [acessado 2005 nov 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J. Pediatr.* 2004; 80(Supl 5):119-125.
3. Bitar MAF. *Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes crenças e tabus ligados a esta prática* [dissertação]. Belém (PA): Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Pará; 1995.
4. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2002; 10(5):578-585.
5. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl 1):37-45.
6. Mello-Jorge MHP, Gotlieb SL, Soboll ML, Baldijão MFA, Latorre MR. *O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, Sinasc*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 1992.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo*. População. Censo 2000. [site da Internet]. [acessado 2005 nov 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
8. Campo Mourão. 11ª Regional de Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade. Campo Mourão; 2006.
9. Scochi MJ. Evolução por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá-PR. *Rev. Saude Publica* 1999; 33(2):129-136.
10. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 89-129.
11. Organização Pan-Americana de Saúde. Representação Brasil. *Avaliação de impacto na saúde*. [site da Internet]. [acessado 2006 mar 02]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=49&area=Conceito>
12. Organização Mundial de Saúde. *Indicadores para avaliar las prácticas de lactancia materna*. Genebra: OMS; 1991.
13. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J. Pediatr.* 2007; 83(3):241-246.
14. Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC, Carvalho FLP, Pascotto RC, Macri S, Cardoso MA. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):172-179.
15. Parada, CMGL, Carvalhaes MABL, Wincler CC, Wincler LA, Wincler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2005; 13(3):407-414.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde; 2002.
17. Kitoko PM, Rea MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação de aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saude Publica* 2000; 16(4):1111-1119.
18. Silva AP, Souza N. Prevalência do aleitamento materno. *Rev. Nutr.* 2005; 18(3):301-310.
19. Cartwright A. *Health surveys in practice and in potential: a critical review of their scope and methods*. London: King Edward's Hospital Fund for London; 1983.
20. Muller C. Review of twenty years of research on medical care utilization. *Health Serv Res* 1986; 21:129-414.
21. Macedo CLD, Ferreira MC, Naujorks AA, Terziyany A, Costa FJB, David HC, Nascimento LL, Dal Forno TO, Uggeri TM. Aleitamento materno e diabetes mellitus do tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* 1999; 43(5): 360-365.
22. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, Tomikawa SO. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2002; 2(3):253-261.
23. Campana MFT. *Aleitamento materno: prevalência e fatores associados em áreas de atuação de Equipes de Saúde da Família* [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2008.
24. Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2006; 28(3):171-178.
25. Silva IA. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. *Rev. Escola de Enfermagem da USP* 2000; 34(4):362-369.
26. Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14(1):17-24.

Artigo apresentado em 15/09/2007

Aprovado em 04/09/2008

Versão final apresentada em 21/10/2008