

ALIADNE CASTORINA SOARES DE SOUSA

**Oferta e qualidade da promoção do Aleitamento Materno na
Atenção Básica do Brasil**

**Brasília – DF
2018**

ALIADNE CASTORINA SOARES DE SOUSA

Oferta e qualidade da promoção do Aleitamento Materno na

Atenção Básica do Brasil

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para o título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Muriel Bauermann Gubert

**Brasília - DF
2018**

ALIADNE CASTORINA SOARES DE SOUSA

**Oferta e qualidade da promoção do Aleitamento Materno na
Atenção Básica do Brasil**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, como requisito para o título de Mestre em Saúde Coletiva, à seguinte banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Muriel Bauermann Gubert (Presidente)

Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Nutrição

Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Maria Fátima de Sousa (membro efetivo)

Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Saúde Coletiva

Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Denise de Lima Costa Furlanetto (membro efetivo)

Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Saúde Coletiva

Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos (membro suplente)

Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Saúde Coletiva

Universidade de Brasília

Dedico este trabalho às minhas filhas, Lis e Sofia, e ao meu companheiro, Allan, que cotidianamente me inspiram a acreditar que sempre podemos ser melhores.

Agradecimentos

À professora Muriel Gubert, minha orientadora, pela parceria e todo cuidado com que tratou nosso trabalho. Pelo respeito, sensatez e delicadeza que sempre estiveram presentes em suas considerações.

Aos professores convidados para fazer parte da comissão examinadora deste trabalho que certamente contribuirão para a conclusão do estudo.

Aos professores e professoras do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, pelos constantes ambientes de reflexão proporcionados. À singular turma do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (2º/2016), pessoas lindas com quem tive o imenso prazer de conviver e compartilhar experiências acadêmicas e também de vida. Aos discretos, aos inquietos, aos cômicos, aos preocupados, aos diretos, aos poéticos, aos sinceros, aos disciplinados, à todos. Vocês se tornaram amigos que levo com carinho no coração.

À minha mãe, que me ensinou que o caminho da construção do saber é árduo mas também imensamente prazeroso. À minha família que me permitiu essa experiência de crescimento e aprendizado, contribuindo para minha condição de aprendiz e reafirmando minha certeza de estar sempre amparada. Pelo conforto, pelo apoio, pelas conversas duras que me permitiram chegar até aqui.

Ao meu companheiro de vida, Allan, pelo amor, carinho, paciência e dedicação, sempre me resgatando dos caminhos da dúvida e da insegurança, trazendo motivação e esperança. Estar ao seu lado tornou esse sonho possível. Às nossas filhas, Lis e Sofia, que sofreram cada ausência da mãe sem a completa compreensão dos porquês, mas já percebendo que nós mulheres podemos ser tudo que quisermos - mães, militantes, trabalhadoras, estudantes - pois, somos fortes, capazes e temos muito a contribuir.

Gratidão imensa à todas as mulheres inspiradoras com quem tive, e tenho, a sorte e o prazer de cruzar. Colegas, amigas, irmãs, mãe, sogra e mestras juntas somos melhores. Meu agradecimento especial com muito carinho e admiração.

Sumário

RESUMO	08
ABSTRACT	09
1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1. A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NA ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL	18
2.2. O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	27
2.3. A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO PMAQ-AB	31
3. OBJETIVOS	34
3.1. OBJETIVO GERAL	34
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4. METODOLOGIA	35
4.1. AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB.....	35
4.2. SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS	37
4.3. AMOSTRA	40
4.4. ESCORE GERAL DE QUALIDADE	41
4.5. ANÁLISE DOS DADOS	47
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1. ARTIGO: OFERTA E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO (AM) NA ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL.....	48
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

8. ANEXO 01 - QUADRO 01: DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS NO MÓDULO EQUIPES 780

9. ANEXO 02 - QUADRO 02: DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS NO MÓDULO USUÁRIOS 80

Lista de Figuras e Quadros

- Figura 1** - Apresentação dos padrões qualidade da Atenção Básica relacionados a promoção e proteção ao aleitamento materno. AMAQ, 2013..... 33
- Figura 2** - Apresentação das variáveis selecionadas e respectivos critérios utilizados para analisar a promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica. Módulo Equipes. PMAQ-AB, 2015..... 38
- Figura 3** - Apresentação das variáveis selecionadas e respectivos critérios utilizados para analisar a promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica. Módulo Usuários. PMAQ-AB, 2015..... 39
- Quadro 1** - Composição do Escore Geral de Qualidade da Promoção do Aleitamento Materno nos serviços de Atenção Básica orientado pela Matriz do cuidado materno-infantil..... 45
- Quadro 2** - Apresentação dos critérios de qualidade selecionados para análise da Promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica e método de priorização das ações obrigatórias. 46

Resumo

Objetivo: Analisar a oferta e a qualidade dos serviços de promoção do Aleitamento Materno (AM) na Atenção Básica do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal utilizando dados secundários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2014/2015. Foram investigadas ações relacionadas à promoção do AM nos Módulos de Avaliação Externa do Programa, resultando-se na utilização do Módulo Equipes e Módulo Usuárias. As práticas de promoção do AM avaliadas correspondem às ações ofertadas no pré-natal, puerpério e puericultura totalizando 13 variáveis informadas por usuárias (9.595) e outras 12 por equipes de saúde (29.778). Utilizou-se o teste qui-quadrado, com nível de significância $\leq 0,05$. Estimou-se a qualidade dos serviços de AB na promoção ao AM a partir de um Escore Geral de Qualidade (EGQ) classificando-os como alta, média ou baixa adequação. **Resultados:** Observou-se baixa execução das ações ofertadas no pré-natal, puerpério e puericultura, sendo as ações menos percebidas pelo usuário do que declaradas pelas equipes. As principais lacunas foram o cuidado da mama, a oferta de ações de grupos, a orientação sobre uso de chupetas e mamadeiras, as visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde e o conhecimento e aplicação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). Quanto à análise da execução das ações de AB segundo o EGQ, apenas 15,4% dos serviços foram classificadas como EGQ alta, 81,2% EQG média e 3,4% EQG baixa. A região Norte concentra maior proporção serviços com EGQ baixa, 6,8%, e menor com EGQ alta, 6,7%, seguida da região Centro-oeste com 9,9% de serviços com EGQ alta e 4,2% classificados com EGQ baixa. Municípios com mais de 100 mil habitantes obtiveram mais serviços com EGQ alta, 17,6%, o mesmo ocorre na estratificação do IDHM, quanto maior o IDHM maior também a proporção de serviços com EGQ alta. Municípios com menores cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentaram maior proporção de serviços com EGQ alta. **Conclusões:** Existe baixa adequação das práticas de promoção do AM na AB quando utilizados os critérios avaliados pelo PMAQ-AB. Esse resultado aponta para necessidade de intervenções estruturantes no contexto das atividades de promoção do AM na AB, especialmente direcionadas a maior divulgação e fiscalização da NBCAL articulada com os espaços de gestão e decisão do Sistema Único de Saúde, descrição e pactuação das ações que devem ser realizadas na AB, intensificar as ações de educação permanente, promover o registro eletrônico de informações de saúde e adoção de mecanismos de vinculação financeira como incentivo de execução das ações.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Aleitamento materno; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objectives: To analyze the offer and quality of breastfeeding promotion services in Primary Care (PC) in Brazil. **Methods:** Cross-sectional study using secondary data from the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) in 2014/2015. We investigated actions related to the promotion of the breastfeeding in the External Evaluation Modules of the Program, resulting in the use of the Teams Module and Users Module. The BP promotion practices evaluated correspond to the actions offered in prenatal care, puerperium and child care, totaling 13 variables reported by users (9,595) and 12 others by health teams (29,778). The chi-square test was used, with significance level ≤ 0.05 . The quality of the PC services in the promotion to the breastfeeding was estimated from a General Quality Score (GQS), classified as high, medium or low adequacy. **Results:** It was observed a low execution of the actions offered in prenatal, puerperal and puericulture, being the actions less perceived by the user than declared by the teams. The main shortcomings were breast care, group offerings, guidance on pacifier and bottle feeding, home visits by Community Health Agents, and the knowledge and application of the Brazilian Standard for the Marketing of Foods for Infants and Young Children, Nipples, Pacifiers and Bottles (NBCAL). Regarding the analysis of the performance of PC actions according to GQS, only 15.4% of the services were classified as high GQS, 81.2% medium GQS and 3.4% low GQS. The North region concentrates the highest proportion of services with low GQS, 6.8% and lower with high GQS, 6.7%, followed by the Central West region with 9.9% of services with high GQS and 4.2% with low GQS. Municipalities with more than 100 thousand inhabitants obtained more services with high GQS, 17.6%, the same occurs for the stratification of the Human Development Index (HDI), the higher the HDI, the higher the proportion of services with high GQS. Municipalities with lower coverage of the Family Health Strategy (FHS) had a higher proportion of services with high GQS. **Conclusions:** There is a low adequacy of the promotion practices of breastfeeding in PC when using the criteria evaluated by PMAQ-AB. This result points to the need for structuring interventions in the context of the promotion activities of the breastfeeding in , especially PC with the greater dissemination, NBCAL supervision and articulation with the spaces of management and decision of the National Health System, description of attributions of actions that should be carried out in the PC, intensify the actions of permanent education, promote the electronic registration of health information and financial linkage as an incentive to carry out actions.

Keywords: Primary Health Care; Breastfeeding; Family Health Strategy.

1. Introdução

O aleitamento materno (AM) tem sido objeto de muitos estudos que o relacionam com benefícios nutricionais, imunológicos, econômicos e ambientais, tanto para mulher como para criança. Estima-se que o aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de vida do bebê reduziria em até 1,8 milhões de dólares os investimentos de assistência à saúde pelos agravos ocorridos na infância a exemplo de diarreia; infecção respiratória; otite média aguda; eczema; alergia alimentar; rinite alérgica; asma/chiado, e; deficiências no estado nutricional. Os benefícios para a vida adulta incluem proteções contra infertilidade natural; câncer de mama e ovário; diabetes tipo 2; pressão sistólica e diastólica; sobrepeso e obesidade; colesterol total; osteoporose, entre outros (1,2).

Há evidências consistentes de que o AM tem influência sobre o desenvolvimento intelectual das crianças, com potenciais consequências na qualidade de vida a partir de melhores resultados na escolaridade e na renda dos indivíduos adultos (3), podendo ser encarado como uma forte arma de combate à pobreza e redução das desigualdade sociais.

Em que pese as evidências indicarem tantos benefícios para vida humana, os dados nacionais sobre a prevalência da amamentação exclusiva em crianças de 0-6 meses e manutenção até os dois anos ainda estão distantes de atingir a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (4). Análise histórica da prevalência do aleitamento materno no Brasil mostrou significativa evolução do AME entre 1986 e 2006 saindo de 2,9% e chegando a 37,1%, crescimento similar apresentou o aleitamento materno total nesse mesmo período variando de 37,4% em 1986 para 56,3% em 2006. Em 2013 a série mostra relativa estagnação de ambos indicadores, registrando 36,6% de aleitamento materno exclusivo e 52,1% de aleitamento materno até 24 meses (5). Inquérito realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal também registrou aumento da prevalência do AME que em 1999 era de 26,7% e evoluiu

para 41,0% em 2008, com a duração mediana do AM aumentando de 9,9 meses para 11,3 meses (6).

Esses resultados demonstram que o Brasil avançou e mesmo com a estagnação de crescimento registrado em 2013 há motivos para comemorar. Os estudos atribuem as melhorias nos indicadores de AM, dentre outros fatores, à aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), ao aprimoramento da licença-maternidade para 6 meses, a programas como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a expansão da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano e a mobilização social em torno da Semana Mundial da Amamentação (7–9).

Pérez-Escamilla et al. (2012) utilizando um modelo de “engrenagens” avaliou programas e estratégias governamentais relacionados à promoção e proteção ao AM em países de baixa e média renda e identificou que a experiência brasileira possuía, à época, a estrutura necessária para dar sustentação aos avanços na prevalência do AM. Segundo os autores no Brasil as campanhas nacionais de comunicação, o monitoramento e avaliação da situação do AM, o avanço nas legislações que apoiam a criação de ambiente favoráveis ao AM, a presença de grupos e entidades sociais fortemente engajados (inclusive com produção de evidências científicas), a implementação de programas como a IHAC e programas de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, criaram contexto favorável que culminou nas melhorias mencionadas (8). Observando-se o conjunto de fatores fica evidente o quanto a decisão de amamentar e manutenção da amamentação, nos parâmetros recomendados, deve ser uma responsabilidade compartilhada pelo conjunto da sociedade. Em pese seja um recurso absolutamente natural e sem custos para mulher e para família, enfrenta uma disputa cotidiana com os interesses do capital privado que seduzem a sociedade à prestigiar seus valiosos e modernos “substitutos do leite materno”(1) .

A prática da amamentação sofre influência de múltiplos fatores. As associações mais frequentemente relatadas são apontadas em duas revisões sistemáticas realizadas no Brasil. Ambas indicam o baixo peso ao nascer e o uso de chupetas como fatores de exposição do recém-nascido que colaboram com a interrupção precoce do AME. Já em relação a mulher os maiores complicadores do AME são a idade (mulheres muito jovens abaixo de 20 anos ou acima de 35 anos), a cor da pele, a baixa escolaridade, a primiparidade, o trabalho materno durante o puerpério e a baixa renda familiar. Sobre o fator cor da pele os achados mostram que mulheres brancas amamentam de forma exclusiva por mais tempo, porém esse fator também pode refletir condições socioeconômicas desfavoráveis ao AME. No contexto gestacional o baixo número de consultas de pré-natal e assistência a atenção primária também se relacionam com melhores prevalências de AME (10).

Diante da necessidade de se propor intervenções que atendam a diversidade de contextos e fatores associados à interrupção do AM, Rollins et al. (2016) sugerem uma categorização dos mesmos a partir dos níveis “Estrutural”, “Individual” e “Local”, permitindo-se assim uma visão sistêmica das camadas do problema. No nível “Estrutural” atuam conjuntamente valores sociais, crenças e interesses do mercado que vão na contramão do AM. No nível “Individual” estão os fatores da relação mãe-bebê e a realidade singular das mulheres que incidem sobre suas atitudes e preferências. Já no nível “Local” os autores agrupam medidas ligadas ao sistema de trabalho e empregos, aos valores culturais das famílias e comunidades e a organização de sistemas de saúde. Esse último compreendido como determinante político dessa estrutura, em que os profissionais de saúde exercem grande influência no apoio realizado às mulheres e famílias nos períodos do pré-natal e pós parto (1).

A importância do envolvimento e responsabilidade do setor saúde são reforçadas a cada evidência epidemiológicas produzida, apontando-se para importantes impactos da prevalência do AM e AME na mortalidade infantil, na redução dos casos de câncer de mama e na

diminuição das constantes demandas de atendimentos por agravos ocorridos na infância (1). Nesse sentido a atuação dos profissionais em torno das ações que promovem e protegem o AM tomam relevância. Estudos mostram que o conhecimento dos profissionais de saúde em torno do aleitamento materno e o manejo das condições apresentadas durante a amamentação influenciam positivamente nos indicadores de amamentação (11,12).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, a Atenção Básica (AB) é o lugar indicado para a promoção do AM, por ser o nível de atenção responsável pelo binômio mãe-bebê até os dois anos de vida da criança (13). Na Atenção Básica o manejo clínico adequado, somado à orientação de profissionais de saúde, tem potencial de influenciar na decisão e manutenção do AM (14,15).

No Brasil a Atenção Básica organizada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) passou por um relevante crescimento se tornando a maior parte dos serviços, nesse nível de atenção à saúde, na estrutura do SUS atualmente (16). Por meio das equipes de Saúde da Família os cuidados com a promoção, prevenção e recuperação da saúde cobrem 62,5% dos brasileiros. A ESF, em função do financiamento existente, é o modelo adotado pela quase totalidade dos municípios brasileiros (5.477) com mais de 42 mil equipes (17). Esta grande cobertura repercute diretamente no acesso dos usuários aos serviços prestados, por ser a porta de entrada preferencial do sistema e estar mais próxima das pessoas e de seus territórios.

Junto ao aumento de cobertura populacional cresce também a necessidade de conhecer e debater a qualidade do cuidado em saúde que é ofertado para a população sendo de grande relevância os apontamentos de intervenções que busquem sua melhoria e fortalecimento. Contribuindo com esse cenário, análises da qualidade dos serviços de AB tem sido objeto de estudos e apontam a presença de desafios para a melhoria da qualidade. Tomasi et al, em estudo sobre a qualidade do cuidado ao usuário com Diabetes Mellitus no Brasil aponta a baixa res-

posta dos serviços de AB em relação ao que é esperado tanto no contexto dos processos realizado quanto da estrutura existente (18). Achados similares também são registrados, pela mesma autora, em relação ao grau de conformidade da AB frente ao preconizado para prevenção do câncer de colo de útero na AB. A qualidade do pré-natal realizado na rede básica de saúde foi avaliada em estudo que identificou que apenas 15% das usuárias receberam do serviço de saúde o esperado, enquanto critério de qualidade, identificando lacunas na realização de exames físicos e nas orientações recebidas pelas mulheres estudadas (19). Estudos apontam ainda que a AB ainda carece de investimentos financeiros, em recursos humanos e em estrutura física, sendo essa uma responsabilidade compartilhada entre gestores, profissionais de saúde, academia e atores do controle social (20). Para Paim et al. (2011), os desafios enfrentados pelos SUS são especialmente políticos, e para superá-los são necessários múltiplos esforços da sociedade que ainda parece não estar convencida de que garantir um sistema de saúde público é a melhor escolha (21).

Considerando que a AB é a principal responsável pelo cuidado materno-infantil, com efetivo papel na promoção e proteção do AM, e observando-se os esforços empreendidos, por meio de estudos científicos, no sentido de mapear ações de saúde que contribuem com melhores resultados na decisão e manutenção do aleitamento materno (10,15,22–25), parece relevante conhecer o que de fato acontece no interior das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como analisar as ações que são efetivamente realizadas pelas equipes de Saúde da Família.

Contudo, são poucas as iniciativas de investigação envolvendo o conhecimento, as práticas e as habilidades dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica (1). Não foram identificadas análises de abrangência nacional sobre a realidade das ações de promoção do AM ofertadas na rede básica de saúde. Considerando a importância da produção de evidências no processo de implementação de políticas públicas promotoras da amamentação (8),

espera-se, a partir da análise das ações de promoção e proteção ao AM na AB, contribuir com o debate em torno dos aprimoramentos necessários para qualificar a atenção básica no país bem como a melhoria da prevalência de AM e AME.

2. Referencial Teórico

2.1. A promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica do Brasil

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se tornado central nos debates dos sistemas de saúde mundiais, por representar o primeiro nível de contato com os indivíduos e ser responsável pelo cuidado de grande parte dos problemas e necessidades de saúde da população.

Para Starfield B. (2002), sistemas de saúde orientados a partir da APS são mais eficientes, mas, para isso devem possuir características estruturantes, intituladas por ela como os *Atributos da APS*: ser a porta de entrada do sistema de saúde concretizando-se como primeiro contato do usuário com a rede de cuidados, para isso deve estar mais próxima das pessoas possibilitando acesso universal; ser longitudinal, proporcionado a criação de vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde; ser integral, com uma oferta de cuidado que contemple o usuário no seu conjunto de necessidades, e; fazer a coordenação da atenção à saúde entre os níveis de complexidade da rede de serviços do sistema (26).

A APS no Brasil, no percurso da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi nomeada como Atenção Básica, e se firmou como primeiro contato na estrutura do SUS com responsabilidade de ofertar serviços de saúde no âmbito da prevenção de agravos, promoção da saúde, cura e reabilitação. Exerce papel central nas redes de atenção à saúde como coordenadora e ordenadora do cuidado aos usuários brasileiros (13,21).

A Atenção Básica brasileira tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) a concretização do modelo adotado, que é orientado a partir das necessidades dos usuários buscando um cuidado integral, longitudinal, acessível, contínuo e humanizado (13). Aprimorados a partir de experiências locais com Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS) foram instituídos em âmbito

nacional na década de 90, e somente em 2006 passaram a ser estratégias nacionais com status de políticas de estado (21,27).

A Estratégia Saúde da Família é constituída de equipe multiprofissional, designada equipe de Saúde da Família (eSF), sendo composta por profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo ainda ser acrescida de cirurgião dentista, técnico e/ou auxiliar de saúde bucal. O avanço do modelo ESF no país, resultado de impulsionamento financeiro do governo federal e crescimento das evidências frente aos bons resultados da estratégia, alcançou em 2017 mais de 42 mil eSF com quase 265 mil agentes comunitários de saúde, segundo dados oficiais de Dezembro de 2017 (13,16).

No contexto da promoção do aleitamento materno no SUS, a Atenção Básica é responsável pela atenção à saúde da mulher e da criança no pré-natal, puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (28). Esse cuidado à saúde da mulher gestante e do recém-nascido, que contempla ações de orientação juntamente com adequado manejo clínico, tem relação direta com a decisão e manutenção do aleitamento materno (22). Estudos que avaliaram o potencial das intervenções ocorridas na AB e sua relação com o aumento da prevalência do AM demonstram associação positiva com a realização de ações educativas, especialmente em grupos de mães e gestantes, e com os momentos de visitas domiciliares (12,14).

Entretanto, os estudos registram que até os anos 2000 a maioria das iniciativas nacionais de fortalecimento da amamentação no Brasil não envolviam a rede básica de saúde, com isso os avanços mencionados anteriormente com impacto no aumento das prevalências do AM e AME, no âmbito do sistema de saúde, são atribuídos especialmente a intervenções nos serviços hospitalares. Esse fato ocorreu especialmente em decorrência da participação brasileira em pactos mundiais, fomentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que possuíam essa característica. Um exemplo

é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que está entre as ações associadas a melhoria do aleitamento materno no país, que é fruto da “Declaração de Innocenti” (29). O compromisso previa a implementação de passos em prol da promoção do AM no âmbito hospitalar, denominado de “Dez passos para o sucesso da Amamentação”. Esses passos foram recentemente revisados pela OMS, cujas recomendações são divididas entre ações de responsabilidade da gestão e dos governos e ações da prática clínica, são eles:

- i. Cumprir o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde;
- ii. Ter uma política de alimentação infantil por escrito que seja rotineiramente comunicada à equipe e aos pais;
- iii. Estabelecer sistemas contínuos de monitoramento e gerenciamento de dados;
- iv. Garantir que o pessoal tenha conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação;
- v. Discuta a importância e o manejo da amamentação com mulheres grávidas e suas famílias;
- vi. Facilite o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoie as mães para iniciar a amamentação assim que possível após o nascimento;
- vii. Apoiar as mães para iniciar e manter a amamentação e gerenciar dificuldades comuns;
- viii. Não forneça a recém-nascidos amamentados alimentos ou líquidos que não sejam o leite materno, a menos que indicado clinicamente;
- ix. Permita que as mães e seus filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto 24 horas por dia;
- x. Apoiar as mães a reconhecer e responder às sugestões dos seus filhos para a alimentação;
- xi. Aconselhe as mães sobre o uso e os riscos de mamadeiras, bicos e chupetas;
- xii. Coordenar a alta para que os pais e seus filhos tenham acesso oportuno a apoio e cuidados contínuos (30).

Contudo, a partir de vivências locais na cidade de Londrina/PR e no estado do Rio de Janeiro, em 1995 e 1999 respectivamente, foram experimentadas adaptações dos 10 passos da OMS para qualificar os serviços de AB. Essas experiências também se utilizaram de resultados de estudos que indicaram quais ações tinham maior impacto e, portanto, deveriam ser priorizadas nas estratégias de intervenções voltadas para a rede básica de saúde. A capacidade de se produzir melhorias na prevalência do AM, a partir da Atenção Básica, foi analisada por Oliveira et al. em 2001. Os resultados dessa revisão apontam para uma lista de ações a serem realizadas nos serviços e sugerem que essas intervenções sejam implantadas de forma combinada e a longo prazo produzindo assim melhores resultados, são elas:

- ✓ Escutar atentamente as preocupações e dificuldades vivenciadas pelas mulheres em amamentação e proporcionar ajuda para superá-las;
- ✓ Orientar as mulheres e familiares sobre a importância do início precoce da amamentação;
- ✓ Informar as mulheres e familiares as vantagens da amamentação exclusiva e da livre demanda e sobre aspectos de composição do leite materno e sua produção;
- ✓ Ressaltar a importância da manutenção do AM até os dois anos da criança;
- ✓ Orientar sobre os riscos do uso de leites artificiais, mamadeiras e chupetas;
- ✓ Não expor as gestantes, mães e familiares ao marketing de substitutos do leite materno;
- ✓ Orientar quanto a posição da mamada de forma a favorecer à pega e a ordenha;
- ✓ Orientar quanto à contracepção;

A efetividade dessas ações são potencializadas quando trabalhadas em grupos de gestantes/mães e por meio de visitas domiciliares, características presentes no modelo da Atenção Primária à Saúde adotado pelo Brasil (12). Esse conjunto de ações serviram de base para construção da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), estratégia de qualificação da atenção materno-infantil direcionada a melhoria das práticas realizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica (12,15).

No estado do Rio de Janeiro a IUBAAM disseminava, por meio de treinamentos aos trabalhadores da AB, a implementação dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica à Saúde”, quais sejam:

1. A unidade de saúde deve possuir norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que norteará diariamente o trabalho da equipe;
2. A equipe deve ser treinada para implementar a norma adotada;

3. As mães e gestantes devem ser rotineiramente orientadas sobre seus direitos, sobre as vantagens do AM objetivando que realize o AME até os 6 meses e aleitamento complementar até os 2 anos ou mais;
4. A equipe deve promover uma escuta qualificada da mulher, fortalecendo vínculo e autoconfiança;
5. A equipe deve orientar as gestantes sobre a importância do início do AM na primeira hora após o parto e sobre seu direito de ter o bebê em seu alojamento;
6. Os profissionais devem apresentar às mulheres gestantes e mães como proceder com a manutenção do AM caso fiquem separadas dos seus bebês;
7. Os profissionais devem orientar sobre métodos contraceptivos;
8. Os profissionais devem estimular o AM de livre demanda;
9. Os profissionais devem orientar as mulheres sobre os riscos que representam o uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, e proibir propagandas e doações dos mesmos nos espaços da UBS;
10. As UBS devem organizar e oferta as mulheres e seus familiares grupos de apoio à amamentação (12).

Avaliações do impacto dessa proposta demonstraram sua efetividade com significativas melhorias na prevalência do aleitamento materno exclusivo dos bebês acompanhados pelas Unidades Básica de Saúde que implementaram a iniciativa (15).

Essas experiências bem sucedidas fomentaram a adoção de práticas similares em nível nacional. A Rede Amamenta Brasil, criada pelo Ministério da Saúde em 2008, representava a estratégia de preparação e qualificação dos profissionais da AB para atuarem em prol do aleitamento materno, conformando uma ação, essencialmente, de educação permanente. Até 2010 alcançou 1.034 UBS e mais de 22 mil profissionais da rede básica de saúde (31). Ampliando o escopo das ações, em 2009, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Nacional para Alimen-

tação Complementar Saudável (ENPACS) com objetivo de qualificar os profissionais da AB na implementação de ações que contribuíssem com o fortalecimento, apoio e promoção da alimentação complementar saudável no âmbito do SUS (32).

Seguindo o histórico de ações mobilizadas em torno da melhoria da AB para a atenção à saúde da criança e da mulher, em 2011 foi instituída a Rede Cegonha (RC), com objetivo de qualificar os serviços ofertados no pré-natal, parto e nascimento. A implantação da RC é preenchida por ações que envolvem toda rede de cuidado desde a atenção básica, com quatro componentes; pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança, e; sistema logístico de transporte sanitário e regulação. Cada componente é constituído de ações de estruturação do cuidado materno-infantil que são objeto de pactuação entre as gestões do SUS. Na atenção básica o pré-natal e o puerpério estão incluídos. O pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) é garantido com captação precoce da gestante, acolhimento das intercorrências gestacionais com classificação de risco, garantia de exames de risco habitual e alto risco, acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, vinculação da gestante à maternidade de referência e deslocamento para garantia da consulta de pré-natal e parto. Já a estruturação do puerpério prevê a promoção e proteção do aleitamento materno e alimentação complementar, consulta puerperal, acompanhamento da mulher e da criança por meio de visita domiciliar na primeira semana pós-parto, busca ativa de crianças vulneráveis, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e vacinal e ações de saúde bucal. São previstos ainda, nos serviços de AB, o fortalecimento de estratégias de educação em saúde relacionados à saúde sexual e reprodutiva, a orientação e oferta de métodos contraceptivos e prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids e Hepatites (33).

Em 2013, alinhada aos princípios da Rede Cegonha, a Rede Amamenta Brasil foi unificada à Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), dando lugar a uma nova iniciativa do governo brasileiro, a Estratégia Amamenta Alimenta Brasil

(EAAB) que, a partir de ações de educação permanente, forma multiplicadores para capacitação e sensibilização dos atores envolvidos em processos de tomada de decisão nas gestões municipais de saúde e nos serviços da rede básica (34).

A partir do conjunto de diretrizes e direcionamentos das Políticas Nacionais - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), e; Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) - e Rede Cegonha, a Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB) desenvolve atividades reflexivas e práticas que proporcionam aos profissionais a sensibilização, ao enfatizar o impacto do AM na saúde da mulher e da criança, e o conhecimento técnico do manejo adequado para o enfrentamento das necessidades das usuárias. A Estratégia envolve a pactuação com estados e municípios no sentido de construir rede local de sustentação das ações de educação permanente, acompanhamento de metas e certificação dos serviços de AB na promoção do AM, introduzindo assim um caráter contínuo no processo de capacitação e manutenção dos bons resultados (34). Até 2016 a EAAB havia capacitado profissionais em 1.866 UBS com certificação de 55 dessas em todo Brasil, resultados ainda tímidos mas de comprovada eficácia (11,35).

A adoção dessas iniciativas governamentais atende as responsabilidades de investimentos em processos de educação permanente das gestões federal, estadual e municipal no sentido da implementação do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica. Contudo, para que as pactuações do âmbito da gestão se tornem parte do processo de trabalho das equipes de saúde, conformando-se em uma ação concreta dentre as realizadas pelos trabalhadores na UBS, é preciso incluir esse ator na implementação das ações.

Atendendo a essa necessidade as ações, no âmbito da gestão federal, também contemplam esforços em outras estratégias que convergem para a formação do trabalhador que atua na Atenção Básica, dentre as quais a elaboração e disponibilização de manuais, a exemplo do

Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança crescimento e desenvolvimento; do Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco; e do Caderno de Atenção Básica: saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (28,36,37). Esses materiais qualificam a AB por meio do direcionamento da ação cotidiana do trabalhador e da equipe de saúde, na medida em que traduzem o que é esperado dos serviços de saúde. As ações de promoção e proteção ao AM na Atenção Básica também estão presentes nos manuais, reforçando-se os caminhos que devem ser percorridos pelas equipes de saúde desse nível de atenção na busca por melhores prevalências de AM.

Estudos dedicados a colaborar com a sustentação e direcionamento dessas medidas mostram o quanto elas podem contribuir para mudança do cenário nacional de amamentação (14,25).

Pereira et al. (2010) ao analisar a associação das ações realizadas em UBS no município do Rio de Janeiro com a prevalência do AME, aponta que na Atenção Básica realizar orientação sobre amamentação em grupos de apoio pode aumentar em 14% a prevalência do AME. Afirma também que mostrar para gestante como colocar o bebê para mamar pode aumentar em até 20% o AM (14). A simulação do ato de amamentar no pré-natal e observação da mamada no pós-parto é uma importante estratégia para melhor orientação da pega e do posicionamento do bebê, contribuindo com melhor qualidade da mamada e sucção e protegendo a mulher de possíveis problemas nos mamilos (28).

Os espaços de grupo são bastante disseminados nas recomendações para a AB, sendo característica muito presente no trabalho de equipes Saúde da Família. Estão inseridos no conjunto de ações de educação em saúde propiciando a troca de informações, a fala e a escuta dos problemas vivenciados, contribuindo com o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários e estimulando o autocuidado em saúde (12,36).

Outra evidência relata que a efetividade das ações de promoção do AM na AB são potencializadas quando realizadas, também, durante as visitas domiciliares (12). No modelo da Estratégia Saúde da Família a visita domiciliar é competência de todos os profissionais da equipe, devendo ser realizada periodicamente nas ações do pré-natal e puerpério. Após a alta do bebê da maternidade é recomendado a realização de visita domiciliar ainda durante a primeira semana, pois é um momento oportuno para reaproximação da equipe de AB com a mãe e o bebê. Nas visitas a equipe deve informar sobre as questões relativas ao cuidado puerperal, incluindo orientações sobre o AM, deve escutar as dificuldades, observar a mamada e os sinais de depressão puerperal e, orientar a mulher e seus familiares (36–38). No processo de trabalho da equipe Saúde da Família o profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) exerce papel de destaque na rotina de visitas domiciliares. Sua função pressupõe contato direto com os usuários, seus lares e família, com a missão de criar pontes que os aproximem do serviço de saúde. Estudo sobre a efetividade de suas ações identificou benefícios para saúde materno-infantil, especialmente na: “frequência de pesagens, amamentação total, amamentação exclusiva ou predominante e introdução tardia da mamadeira” (39).

Nos achados de Boccolini et al. (2015) o fator de relação mais forte com descontinuidade do AME foi o uso de chupeta (10). Os profissionais de AB devem informar às gestantes e mães que o uso de chupeta contribui para a diminuição produção do leite materno por diminuir a frequência das mamadas, além de estar relacionado também com a ocorrências de problemas na cavidade oral (38).

Outro ponto de atenção dos profissionais é a aplicação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), que ampara legalmente a proibição de doações de mamadeiras, bicos e chupetas ou venda desses produtos nos serviços públicos de saúde. A norma orienta ainda a proibição de outras práticas estimuladoras ao desmame precoce como a doação de amostras

de substitutos do leite materno e publicidade dos mesmos dentro da UBS (38). O cumprimento da NBCAL consta nos manuais de apoio aos profissionais citados anteriormente, e também é parte dos critérios avaliados na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil para certificação das UBS promotoras e protetoras do Aleitamento Materno (35).

Com o objetivo de monitorar e avaliar a realização do conjunto de ações sob responsabilidade da Atenção Básica, incluindo as de promoção do AM, o Ministério da Saúde criou em 2011 o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (32,40).

2.2. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O PMAQ-AB foi criado em 2011 com o objetivo de fomentar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de Atenção Básica por meio do envolvimento dos profissionais das equipes de saúde, junto com as gestões municipais, em iniciativas que buscam implementar estratégias que ampliem a qualidade da AB (40).

O Programa realiza repasse de incentivo financeiro às gestões municipais de saúde de acordo com desempenho obtidos a partir de avaliações realizadas nas equipes de saúde participantes. O desempenho das equipes é medido por meio de: 1 - implantação de processos autoavaliativos; 2 – Resultados de indicadores, e; 3 – Avaliação Externa.

O PMAQ-AB é estruturado por meio de ciclos que têm início a partir da adesão da gestão municipal, juntamente com as equipes de AB. Envolve a implementação de processos autoavaliativos que irão direcionar as prioridades de intervenção de cada equipe participante, tanto no sentido de incrementar ações não realizadas ou melhorar as existentes, quanto na qualificação das formas de organização de suas rotinas na UBS. Considera também o registro

das informações como parte do processo cotidiano do trabalho da equipe e os utiliza como fonte para o monitoramento e posterior avaliação dos indicadores pactuados (40).

Os ciclos também incluem a realização de coletas de dados nas UBS. Essa etapa, nomeada de Avaliação Externa, é realizada em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) que colaboram com a aplicação de instrumento de coleta. A Avaliação Externa é realizada por meio de aplicação de questionários estruturado, in loco, a cada equipe de saúde (41). Vale destacar que o instrumento de coleta utilizado é formulado pelo Ministério da Saúde em conjunto com Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e IEP parceiras (41), e será melhor detalhado posteriormente.

Marca o final do ciclo avaliativo a certificação das equipes. Para mensurar a qualidade de cada equipe de saúde são utilizadas um conjunto de informações referente à estrutura da UBS e processo de trabalho das equipes - objetos da Avaliação Externa do Programa-, somado à implantação da autoavaliação e ao desempenho nos indicadores pactuados. Com isso são determinados os incentivos financeiros de apoio à continuidade dos processos de melhoria da qualidade que pressupõe a implantação de novas práticas de cuidado a serem avaliadas em ciclo futuro (40).

O presente estudo fará uso das informações coletadas na Avaliação Externa do PMAQ-AB. Os questionários da Avaliação Externa são compostos por cinco módulos que formam uma avaliação normativa em torno da estrutura física, equipamentos e insumos; organização do processo de trabalho, e; oferta dos serviços de AB.

Avaliações normativas baseiam-se na análise de programas a partir de um conjunto de normas e regras previamente estabelecidas, podendo ser inseridas em avaliações de implantação (42). O PMAQ-AB está estruturado no modelo de avaliação de implementação de programas, na medida em que realiza a investigação dos processos necessários para que determi-

nado programa/intervenção ocorra, concentrando-se assim na operacionalização dos mesmos (43). A importância de se avaliar a implantação de programas está na necessidade de reconhecer o quanto as ações realizadas se relacionam com as normas ou recomendações da teoria, no caso da Avaliação Externa do PMAQ-AB, a Estratégia Saúde da Família. Esse tipo de avaliação possibilita intervir sobre os problemas identificados, promovendo os ajustes necessários para o alcance dos objetivos do programa (43).

Nesse sentido, a Avaliação Externa do PMAQ-AB reflete a qualidade esperada para Atenção Básica no Brasil que é definida a partir do “grau de atendimento a padrões de qualidade frente às normas, protocolos e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais” (41). Pinto, et al. (2012) compreende que o instrumento aplicado na Avaliação Externa cumpre duplo objetivo, o primeiro é o levantamento de informações para aferir a qualidade dos serviços ofertados e o segundo corresponde ao aperfeiçoamento da política de saúde na medida em que traduz as normativas em ações efetivas (40). O instrumento contempla também as medidas escolhidas pela gestão federal para enfrentamento de situações epidemiológicas e de vulnerabilidade, contribuindo para o endossamento dessas estratégias de governos no âmbito do SUS (40).

O instrumento de Avaliação Externa é composto por seis módulos que juntos proporcionam um olhar abrangente da AB brasileira, quais sejam: **Módulo I - Observação na unidade básica de saúde**, cujas questões são direcionadas para avaliar a infraestrutura da unidade de saúde (Módulo UBS); **Módulo II - Entrevista com profissional de saúde de nível superior** sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS (Módulo Equipes); **Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde** sobre percepção das condições de acesso e utilização de serviços de saúde (Módulo Usuários); **Módulo IV – Entrevista com profissional de saúde da equipe do NASF** direcionado a medir a organização e o trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde

da Família (NASF) (Módulo NASF); **Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde** direcionadas para infraestrutura necessária às ofertas de Saúde Bucal (Módulo Estrutura SB) e; **Módulo VI - Entrevista com profissional de saúde de nível superior** sobre processo de trabalho dos profissionais para ofertas de ações de Saúde Bucal (Módulo SB) (41).

O PMAQ-AB configura-se atualmente como uma das principais iniciativas da gestão federal que incide concretamente no fortalecimento da Atenção Básica brasileira (40,44). Induz a construção de serviços mais homogêneos no que é essencial na atenção à saúde, ao passo que conduz para estágios mais avançados de implementação da AB, a partir da indicação de aprimoramentos necessários e alocação de recursos financeiros. O investimento na AB por meio do PMAQ-AB representou incremento financeiro, desde sua implantação em 2011 até 2017, na ordem de mais de 8,5 bilhões de reais, de acordo com dados oficiais do governo brasileiro (45).

O Programa tem ainda relevante contribuição a partir do levantamento e disponibilidade de um conjunto de informações sobre a realidade da Atenção Básica no Brasil, subsidiando estudos que ampliam o conhecimento em saúde e instigam a capacidade de formular reflexões críticas e apontar caminhos para melhoria da qualidade do SUS (18,28,46,47).

Vale ressaltar que muito embora os dados obtidos a partir do PMAQ-AB não contemplem a totalidade da Atenção Básica, refletindo apenas os resultados do trabalho das eSF, considera-se aqui que os obstáculos apresentados pelas equipes de Saúde da Família são parte importante dos desafios para melhoria da qualidade desse nível de atenção, dada a centralidade exercida pela ESF como principal modelo assistencial no âmbito do SUS para organização da Atenção Básica, conforme já apontado (21).

Outro ponto a se destacar é que mesmo diante de inegáveis avanços e melhorias no sistema de informação em saúde oficial da Atenção Básica – eSUS-AB, seus registros não

contemplam o universo de informações obtidas na Avaliação Externa do PMAQ-AB (41,48), que além da diversidade tem também considerável abrangência de equipes participantes do PMAQ-AB. Desde o início de sua implantação em 2011 o Programa evoluiu para participação de quase a totalidade das equipes Saúde da Família: 1º ciclo (2011-2012) 53,19%; 2º ciclo (2013-2015) 81,3% e; 3º ciclo (iniciado em 2016 ainda em execução) 94,1% (50).

2.3. A promoção do Aleitamento Materno no PMAQ-AB

No PMAQ-AB há um conjunto de compromissos assumidos entre gestores do SUS e equipes participantes do Programa, dentre esses ratifica-se as responsabilidades pactuadas no âmbito da Rede Cegonha que contemplam ações de promoção do AM tanto no pré-natal quanto no puerpério, conforme já mencionadas (41). Esses compromissos refletem na escolha dos indicadores de desempenho e também no direcionamento da autoavaliação, como veremos a seguir, lembrando que os mesmos são parte do tripé de avaliação do Programa.

Os indicadores que medem o desempenho das equipes são organizados por eixos estratégicos que contemplam o cuidado na “Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças Crônicas e, Produção Geral” (41). No contexto do Aleitamento Materno há o indicador “Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo” que estima a regularidade da prática do AME nos primeiros meses de vida da criança. O parâmetro utilizado para cálculo de desempenho desse indicador foi de 75% admitindo-se como fonte os sistemas oficiais de informações de saúde da Atenção Básica vigentes à época (41,51). Nota-se aqui um descompasso com que é preconizado pelo próprio Ministério da Saúde e OMS quanto a recomendação de AME até os seis meses de vida da criança (36).

O PMAQ-AB estimula que as equipes de saúde e gestão municipal iniciem o planejamento, com vistas à melhoria da qualidade, por meio da realização da autoavaliação, e para isso disponibiliza o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) (41). Esse instrumento é constituído de “Padrões de Qualidade” que orientam a realização da autoavaliação, apoiando a identificação e priorização das intervenções que serão implementadas para melhorar a oferta de serviços e gestão dos processos atreladas às mesmas.

O AMAQ é formulado a partir do conjunto de normas, princípios e diretrizes que guiam a implementação da Atenção Básica. Agrega os pressupostos norteadores do SUS concretizando-os em ações que estão sob responsabilidade desse nível de atenção. Imprime assim um caráter de qualidade, a partir do que é desejável no atendimento às intencionalidades da Política Nacional de Atenção Básica. Por meio de um roteiro avaliativo conduz, gestores e trabalhadores dos serviços, ao aperfeiçoamento do cuidado realizado nas Unidades Básicas de Saúde (52).

No contexto da promoção do AM há no AMAQ 2 (dois) padrões de qualidade que sistematizam as ações relativas ao cuidado materno-infantil. A qualidade esperada para as equipes de Atenção Básica nesse contexto contempla questões do pré-natal e puerpério, conforme representada na Figura 1. No pré-natal avalia-se as orientações acerca do AME, a realização de grupos, visitas e consultas programáticas, o cumprimento da NBCAL e a aplicação dos 10 passos para alimentação saudável. Já no puerpério são reforçados os atendimentos no domicílio na primeira semana após a alta da maternidade, as orientações sobre o AM e sua importância para o bebê e para mãe, à atenção à saúde mental, observação da mamada para avaliação do posicionamento e pega (52).

Figura 1 - Apresentação dos padrões qualidade da Atenção Básica relacionados a promoção e proteção ao aleitamento materno. AMAQ, 2013.

A equipe desenvolve ações, desde o pré-natal até os dois anos de vida da criança, para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável

A equipe recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida da criança e continuado até os dois anos ou mais, orienta a introdução dos alimentos às crianças maiores de seis meses, compreendendo esse processo em seu contexto sociocultural e familiar. Utiliza os momentos de grupos, visitas domiciliares, consultas de pré-natal e consultas agendadas para a família para abordar esse tema. Detecta problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação, baseando-se em instrumentos de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo ou linha de cuidado). Realiza ações de avaliação e monitoramento, vigilância alimentar e nutricional e cumpre a NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. A equipe conhece e utiliza os 10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de dois anos.

A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.

O médico e/ou enfermeiro realiza o atendimento para a puérpera e o recém-nascido (em domicílio ou na própria UBS) na primeira semana após a alta. Nos casos de recém-nascidos de risco, o atendimento é feito nos primeiros três dias após a alta. São verificados o registro de nascimento, preenchimento do cartão ou caderneta de saúde da criança, verificação das condições de alta da maternidade, verificação da realização dos testes de triagem neonatal (teste do pezinho, olhinho e orelhinha) e avaliação de saúde da puérpera (coloração das mucosas; presença de febre; volume, cor e odor dos lóquios e avaliação/classificação dos fatores/situações de risco). Avalia-se o estado emocional da família, o vínculo com o bebê, orienta-se sobre aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida, observando a sucção, o posicionamento da criança e pega. Quando há necessidade de ordenha de leite, orienta a importância da ordenha manual e a doação ao banco de leite humano. A equipe mantém o acompanhamento da puérpera e orientações sobre sexualidade e planejamento familiar, juntamente às consultas de puericultura, principalmente nos primeiros 42 dias pós-parto. No caso de gestantes beneficiárias no Programa Bolsa-Família, a equipe orienta a necessidade de atualização do Cadastro Único para a inclusão de mais um membro na família, na faixa etária até seis meses, para a concessão do Benefício Variável Nutriz (BVN).

te: AMAQ – 2013: Padrão 4.20 pg 52/ Padrão 4.24 pg 53

Fon

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Analisar a qualidade dos serviços de Atenção Básica do Brasil na promoção do Aleitamento Materno a partir da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2014/2015.

3.2. Objetivos específicos

- 1 – Descrever as ações ofertadas pelas equipes de Atenção Básica no contexto do cuidado a promoção do aleitamento materno no Brasil e regiões;
- 2 – Relatar as ações de promoção do aleitamento materno realizado pelas equipes de Atenção Básica, segundo informações do usuário, no Brasil e regiões;
- 3 – Analisar o desempenho das equipes de Atenção Básica da promoção do Aleitamento Materno mediante cálculo de um escore de qualidade.

4. Metodologia

Trata-se de estudo transversal analítico realizado a partir de informações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

4.1. Avaliação Externa do PMAQ-AB

A implementação do PMAQ-AB é estruturada em ciclos de melhoria da qualidade, tendo início com a adesão das equipes/gestões, passando pela fase de desenvolvimento das estratégias de qualificação da AB e posterior avaliação de desempenho. Os dados estudados nesta pesquisa correspondem ao 2º ciclo do programa cuja Avaliação Externa ocorreu entre 2014 e 2015 (41).

A Avaliação Externa do PMAQ-AB foi realizada por meio de entrevista com os profissionais das equipes de Atenção Básica e com os Usuários desses mesmos serviços. Foram seis instrumentos de coleta aplicados:

- ✓ **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde**, cujas questões foram direcionadas para avaliação da infraestrutura da unidade de saúde – Módulo UBS;
- ✓ **Módulo II - Entrevista com profissional de saúde de nível superior** sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS – Módulo Equipes;
- ✓ **Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde** sobre percepção das condições de acesso e utilização de serviços de saúde - Módulo Usuários;

- ✓ **Módulo IV – Entrevista com profissional de saúde da equipe do NASF** direcionada a medir a organização e o trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) - Módulo NASF;
- ✓ **Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde** direcionada para infraestrutura necessária para as ofertas de Saúde Bucal – Módulo Estrutura SB;
- ✓ **Módulo VI - Entrevista com profissional de saúde de nível superior** sobre processo de trabalho dos profissionais para ofertas de ações de Saúde Bucal - Módulo SB (41).

O banco de dados da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB está disponível para download, em formato Excel ®, no site do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde¹. Por apresentarem relação direta com o trabalho das equipes de Saúde da Família, os módulos utilizados para busca das ações de promoção do AM foram os MI – MII e MIII. O Módulo UBS contém informações de 24.499 Unidades Básicas de Saúde de todo Brasil com 566 variáveis. O Módulo Equipes disponibiliza dados do processo de trabalho de 30.523 equipes de Atenção Básica com um total de 702 variáveis. Já no Módulo Usuários, que contém dados de percepção das pessoas que usam os serviços de saúde, totaliza 114.615 usuários, não identificados, sendo composto de 331 variáveis (50).

Sobre a aplicação do Módulo Usuário, consta no Manual Instrutivo do PMAQ-AB, a orientação de aplicação a 4 pessoas por equipe, porém o total da amostra desse módulo é um pouco menor do que 4 vezes o número de equipes participantes, o que significa afirmar que pode haver equipes de saúde cujo trabalho não foi avaliado por usuários. Os usuários deveriam estar na UBS da equipe avaliada pelo Programa, porém sem ter passado por consulta médica ou de enfermagem naquele mesmo dia. Foram utilizados ainda outros critérios de exclu-

¹Link Microdados Avaliação Externa do PMAQ
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo#

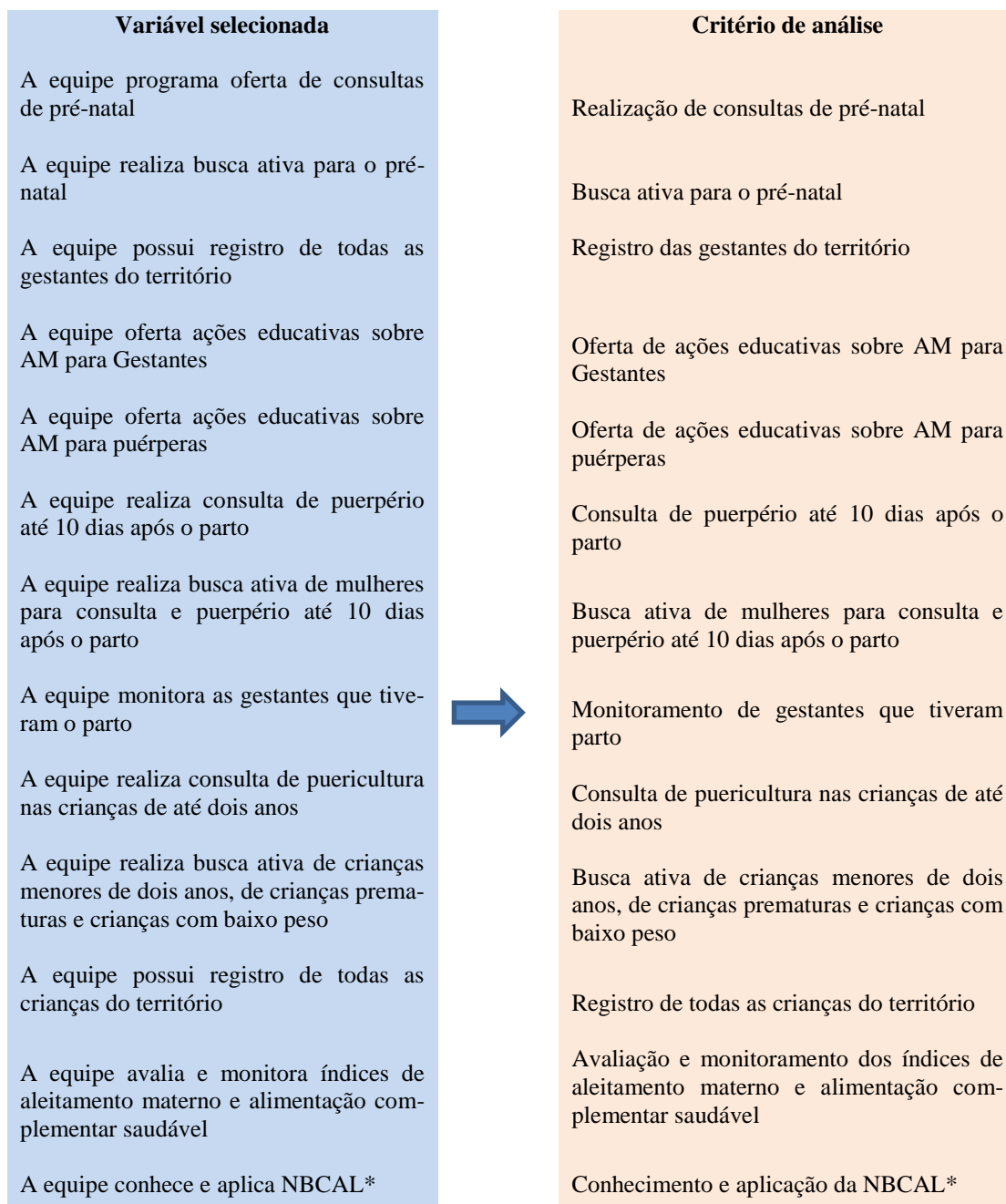
são: usuário pela primeira vez na UBS; usuário com último atendimento há mais de 12 meses e; usuários menores de 18 anos de idade (41).

4.2. Seleção das Variáveis

As variáveis relacionadas à promoção do Aleitamento Materno foram investigadas nos três módulos do instrumento de Avaliação Externa – Módulo UBS; Módulo Equipes e; Módulo Usuários. As variáveis foram confrontadas com as recomendações de promoção e proteção do AM presentes nos materiais de apoio destinados a orientação e organização do trabalho das equipes de saúde. Foram selecionadas as que cumpriram satisfatoriamente o critério de inserção nas estratégias de promoção do Aleitamento Materno no contexto da Atenção Básica, seja durante o pré-natal, puerpério ou ações de acompanhamento e desenvolvimento infantil até os dois anos de idade da criança, conforme orientação do Ministério da Saúde (36,38). Inicialmente foram identificadas 21 variáveis no Módulo Equipes (Anexo I) e 14 no Módulo Usuários (Anexo II). Após análise as de maior relação com as recomendações estudadas foram selecionadas. Como não há infraestrutura de equipamentos e insumos específicos para a promoção do AM, o Módulo UBS foi desconsiderado.

As variáveis selecionadas foram reagrupadas obtendo-se ao final 13 ações estudadas no Módulo Equipes e 12 no Módulo Usuários, conforme apresentado na Figura 02 e Figura 03.

Figura 2 - Apresentação das variáveis selecionadas e respectivos critérios utilizados para analisar a promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica. Módulo Equipes. PMAQ-AB, 2015.



*Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.

Figura 3 - Apresentação das variáveis selecionadas e respectivos critérios utilizados para analisar a promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica. Módulo Usuários. PMAQ-AB, 2015

Variável selecionada	Critério de análise
Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal nesta unidade de saúde	6 ou mais consultas pré-natal
Na(s) consulta(s) de pré-natal nesta unidade de saúde, os profissionais de saúde: Examinaram as mamas	Exame físico das mamas
Durante a consulta de pré-natal foi orientada sobre a amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis	Orientação sobre a importância da amamentação exclusiva no peito para a criança até completar seis meses
Durante o pré-natal, a senhora recebeu orientação sobre algum grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (palestra, oficina) voltado para a gestante	Orientação sobre algum grupo de gestante, de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa
A senhora fez consulta de revisão de parto na Atenção Básica	Consulta de revisão de parto na atenção básica
A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto	Visita domiciliar do ACS na primeira semana após o parto
Na primeira consulta após o parto: Foram examinadas as mamas	Exame das mamas na primeira consulta após o parto
Na primeira consulta após o parto: Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação	Orientações sobre a amamentação e sua importância
Na primeira consulta após o parto foi perguntado se a criança estava usando chupeta e mamadeira	Orientação sobre uso de chupeta e mamadeira
Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)	1ª consulta até sete dias de vida
Na consulta feita na primeira semana, a senhora lembra se: a criança foi colocada para mamar	Na consulta na primeira semana após o nascimento a criança foi colocada para mamar
A senhora recebeu orientação sobre alimentação da criança até dois anos	Orientação sobre alimentação da criança até dois anos



Posteriormente, essas variáveis foram classificadas em uma matriz de cuidados materno-infantil. A definição dos eixos e dimensões de análise partiu do arcabouço teórico e instrumental adotado pelo Brasil em torno da promoção do Aleitamento Materno e da organização dos serviços básicos de saúde (36,38,52). Com isso os Eixos de cuidado utilizados são: pré-natal, puerpério e puericultura. Já as dimensões do processo de trabalho da equipe são: acesso, manejo da amamentação/processo de trabalho e orientações de proteção ao AM (Quadro 1).

4.3. Amostra

Dos 114.615 usuários entrevistados no Módulo Usuários 9.945 eram mulheres que tinham filhos com idade até 24 meses e que realizaram o pré-natal na UBS da equipe avaliada, critérios de inclusão neste estudo. Foram excluídas 121 usuárias para os quais não havia informações da eSF a elas vinculadas, 124 que não responderam a seis ou mais critérios de análise incluídas nesse estudo e, outras 105 que não informaram a idade da criança, totalizando 3,5% de exclusões. Com isso, a amostra final de usuárias foi de 9.595 casos.

Entre as 30.523 equipes que aderiram ao Programa, 29.778 participaram da Avaliação Externa, sendo esse o universo amostral utilizado na descrição das variáveis relacionadas ao Módulo Equipes.

Para a construção do Escore foi realizada a junção dos Módulos Equipe e Módulo Usuários. Ressalta-se que a partir desse ponto sempre que for tratado da amostra do presente estudo o Módulo Usuários será identificado como Módulo Usuárias já que se trata de uma amostra exclusivamente de mulheres. A união dos bancos de dados foi construída tendo como base o código IBGE do município, o código do estabelecimento de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a área de atua-

ção da equipe de saúde. No PMAQ-AB a metodologia de campo utilizada para aplicação do Módulo Usuários, considerou a entrevista de 4 pessoas por equipe participante do Programa que estavam presentes na UBS. Grande parte das UBS no Brasil possuem só uma equipe SF, mas há unidades com duas ou mais equipes que também tiveram 4 entrevistados Usuários. Com isso, o Módulo Usuários possui 1.326 casos que aparentam estar "duplicados", de fato os municípios, estabelecimentos e área estão, mas o usuário não. Ao unir os dados das equipes aos das usuárias obteve-se os resultados de uma equipe replicados para mais de um usuário, formando-se assim as características dos “serviços de saúde” ofertados em torno da promoção do AM.

4.4. Escore Geral de Qualidade

Para avaliação global da qualidade do serviço de AB na promoção do Aleitamento Materno foi construído um Escore Geral utilizando-se as respostas da amostra de usuárias e as respostas das suas respectivas equipes de saúde. Foram excluídas as equipes sem usuárias vinculadas. Assim a amostra de casos incluídos no Escore Geral de Qualidade (EGQ) foi a mesma de usuárias, 9.595 casos.

O EGQ foi construído tendo como inspiração estudos que avaliam a qualidade dos serviços de Atenção Básica. Tomasi, et al. (2015), a partir de dados do 1º ciclo do PMAQ analisou a adequação da estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes de AB na prevenção do câncer de colo de útero. A partir de manual do Ministério da Saúde que orienta as ações que devem ser realizadas foi criado padrão de qualidade e medido a adequação dos serviços a esse (19). Silvestre, et al (2009), mediu o desempenho de profissionais de saúde, que atuavam em serviços públicos, sobre seus conhecimentos e suas práticas na promoção do aleitamento materno. Para isso atribui-se valores aos critérios analisados conformando um

escore de 100 pontos (25). Oliveira, et al. (2002) mediu o grau de desempenho de Unidades Básicas de Saúde, em municípios do estado do Rio de Janeiro, na implementação dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação”. Foi construído um modelo avaliação pautado na trilogia de Donabediana, considerando, portanto, a estrutura (capacitação dos profissionais), o processo (orientações que as mulheres receberam sobre o AM) e o resultado (alimentação de crianças menores de 6 meses de idade). Os critérios de estrutura e processo formaram um Escore Geral de avaliação da unidade com variação entre 0 e 1, em que 0 era totalmente inadequado e 1 totalmente adequado. Para os níveis de desempenho foram realizados os seguintes cortes: até 0,33 era “fraco”, entre 0,33 e 0,67 era “regular” e 0,67 ou maior era “bom” (15).

No modelo adaptado para o presente estudo a composição da matriz de cuidado materno-infantil norteou a organização do Escore Geral. A partir da classificação dos critérios de análise nos eixos e dimensões da matriz foi atribuído pontuação igual a 1,0, para cada intersecção entre os eixos de cuidado e dimensões do trabalho da equipe. Quando o serviço analisado cumpria cada critério (resposta igual a “Sim”) atribuiu-se a pontuação total, 1, se não 0. Dessa forma, cada eixo e dimensão tinha pontuação máxima igual a 3 e cada Módulo uma pontuação máxima geral igual a 9. Sendo composto pelos Módulos Equipes e Usuárias, o Escore Geral de Qualidade (EGQ) teve pontuação máxima igual a 18 pontos (Quadro 1).

A avaliação global da qualidade do serviço medida pelo EGQ foi realizada com base na soma de pontos obtidos, sendo compreendido neste estudo como “desempenho da AB”. Para definição dos pontos de corte, foi considerado o valor máximo possível para cada eixo/dimensão, que era de 6 pontos. Foram classificadas como “EGQ baixa” quando a pontuação era até 6 pontos, como “EGQ média” quando maior que 6 e menor ou igual a 12 e como “EGQ alta” quando maior que 12. No último caso, havia ainda condicionalidades para ser classificada como “EGQ alta”: obrigatoriedade de cumprimento de 06 (seis) ações específi-

cas. Caso não cumprisse as seis ações obrigatórias, mesmo com escore superior a 12, era classificado como “EGQ média”.

A seleção das variáveis obrigatórias, baseou-se na associação das mesmas com a prevalência do aleitamento materno exclusivo, por representarem ações previstas em lei, constarem dentre das recomendações do Ministério da Saúde para atenção básica ou ainda ser critério de qualidade para certificação das eSF no âmbito do PMAQ-AB. Como todos os critérios de análise selecionados constam em recomendações oficiais do Brasil, a maioria é critério de certificação do PMAQ-AB e apenas um é protegido por lei nacional, a seleção das variáveis de caráter obrigatório foi embasada principalmente pela associação das mesmas com a amamentação, conforme demonstrado no Quadro 2 (10,12,14,38) (Quadro 2).

Em virtude da Matriz de Cuidado Materno-infantil constituir-se em três eixos e três dimensões, optou-se por selecionar também três critérios de análise da promoção do AM em cada módulo, resultando em 6 (seis) variáveis obrigatórias. A efetividade das ações que envolvem a orientação a mulher a família sobre a importância do AM e seus impactos são bastante consolidadas na literatura, sendo esse o primeiro juízo aplicado para escolha dos critérios obrigatórios. Com isso foi possível determinar a dimensão “Orientações de Promoção do AM” como preferencial para escolha.

No Módulo Usuário dois critérios de análise compunham a dimensão escolhida, no eixo Pré-Natal, uma que tangencia a oferta de grupos para gestantes e outra que revela diretamente a oferta de orientação à mulher. Optou-se então pela última “Orientação sobre a importância da amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses” por revelar categoricamente uma ação ofertada pela equipe de saúde. Já no eixo Puerpério carrega evidências a ação “Orientação sobre uso de chupeta e mamadeira”, que é altamente associada a descontinuidade do AM, sendo com isso selecionada como obrigatória. No eixo Puericultu-

ra, devido a relevância para prevalência do AM foi selecionado o critério que reflete a observação da mamada, considerado uma ação essencial pois possibilita de reorientação da pega e do posicionamento correto do bebê: “Na consulta na primeira semana após o nascimento a criança foi colocada para mamar”.

No Módulo Equipe a dimensão “Orientações de Promoção do AM” é composta por um critério em cada eixo de cuidado, foram então selecionados a “Oferta de ações educativas sobre AM para Gestantes” e “Oferta de ações educativas sobre AM para Puérperas” no Pré-natal e Puerpério respectivamente. No eixo Puericultura temos o critério “Conhecimento e aplicação da NBCAL”, que aponta para conduta dos profissionais em relação aos substitutos do AM, também representa a única ação protegida por legislação no Brasil. Assim, o desempenho da Atenção Básica na promoção do Aleitamento Materno foi medido pela adequação ao conjunto de ações realizadas na percepção de usuárias e da equipe de saúde. Ressaltando que a unidade “serviço de saúde” é aqui entendida como o conjunto das ações realizadas nos dois Módulos analisados.

Quadro 1 - Composição do Escore Geral de Qualidade da Promoção do Aleitamento Materno nos serviços de Atenção Básica orientado pela Matriz do cuidado materno-infantil.

Dimensões	Módulo Usuário: Cuidado Materno-infantil		
	Eixo de Cuidado		
	Pré-natal (3,0 pts)	Puerpério (3,0 pts)	Puericultura (3,0 pts)
Acesso (3,0 pts)	6 ou mais consultas pré-natal (1,0 pt)	Consulta de revisão de parto na atenção básica (0,5 pt)	1ª consulta até sete dias de vida (1,0 pt)
		Visita domiciliar do ACS na primeira semana após o parto (0,5 pt)	
Manejo da amamentação (3,0 pts)	Exame físico das mamas (1,0 pt)	Exame das mamas na primeira consulta após o parto (1,0 pt)	Na consulta na primeira semana após o nascimento a criança foi colocada para mamar* (1,0 pt)
Orientações de proteção ao AM (3,0 pts)	Orientação sobre a importância da amamentação exclusiva no peito para a criança até completar seis meses* (0,5 pt)	Orientação sobre uso de chupeta e mamadeira* (0,5 pt)	Orientação sobre alimentação da criança até dois anos (1,0 pt)
	Orientação sobre algum grupo de gestante, de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (0,5 pt)	Orientações sobre a amamentação e sua importância. (0,5 pt)	
Dimensões	Módulo Equipe: Cuidado Materno-infantil		
	Eixo de Cuidado		
	Pré-natal (3,0 pts)	Puerpério (3,0 pts)	Puericultura (3,0 pts)
Acesso (3,0 pts)	Consultas de pré-natal (0,5 pt)	Consulta de puerpério até 10 dias após o parto (0,5 pt)	Consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (0,5 pt)
	Busca ativa para o pré-natal (0,5 pt)	Busca ativa de mulheres para consulta e puerpério até 10 dias após o parto (0,5 pt)	Busca ativa de crianças menores de dois anos, de crianças prematuras e crianças com baixo peso (0,5 pt)
Processo de trabalho (3,0 pts)	Registro das gestantes do território (1,0 pt)	Monitoramento de gestantes que tiveram parto (1,0 pt)	Registro de todas as crianças do território (0,5 pt) Avaliação e monitoramento dos índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável (0,5 pt)
Orientações de proteção ao AM (3,0 pts)	Oferta de ações educativas sobre AM para Gestantes* (1,0 pt)	Oferta de ações educativas sobre AM para puérperas* (1,0 pt)	Conhecimento e aplicação da NBCAL* (0,5 pt)

*Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

Quadro 2 - Apresentação dos critérios de qualidade selecionados para análise da Promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica e método de priorização das ações obrigatórias.

Critérios de qualidade		Recomendações MS	Certificação do PMAQ-AB	Estudos Científicos			Legislação
				Pereira, 2010	Boccolini 2015	Oliveira, 2001	
Módulo Usuárias	6 ou mais consultas pré-natal	x			x		
	Exame físico das mamas	x	x				
	Orientação sobre a importância da amamentação exclusiva no peito para a criança até completar seis meses	x	x	x		x	
	Orientação sobre algum grupo de gestante, de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa	x	x	x		x	
	Consulta de revisão de parto na atenção básica	x	x				
	Visita domiciliar do ACS na primeira semana após o parto	x	x			x	
	Exame das mamas na primeira consulta após o parto	x	x				
	Orientações sobre a amamentação e sua importância	x					
	Orientação sobre uso de chupeta e mamadeira	x			x	x	
	1ª consulta até sete dias de vida	x	x				
	Na consulta na primeira semana após o nascimento a criança foi colocada para mamar	x		x		x	
	Orientação sobre alimentação da criança até dois anos	x	x				
Módulo Equipes	Realização de consultas de pré-natal	x	x				
	Busca ativa para o pré-natal	x	x				
	Registro das gestantes do território	x	x				
	Oferta de ações educativas sobre AM para Gestantes	x	x	x		x	
	Oferta de ações educativas sobre AM para puérperas	x	x	x		x	
	Consulta de puerpério até 10 dias após o parto	x	x				
	Busca ativa de mulheres para consulta de puerpério até 10 dias após o parto	x	x				
	Monitoramento de gestantes que tiveram parto	x					
	Consulta de puericultura nas crianças de até dois anos	x	x				
	Busca ativa de crianças menores de dois anos, de crianças prematuras e crianças com baixo peso	x	x		x		
	Registro de todas as crianças do território	x	x				
	Avaliação e monitoramento dos índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável	x					
Conhecimento e aplicação da NBCAL*	x					x	

*Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

4.5. Análise dos dados

A análise dos critérios de qualidade são apresentadas inicialmente de forma descritiva considerando a frequência de usuárias ou equipes de saúde que relatam o cumprimento das ações investigadas. São apresentados também análises agrupadas do conjunto de critérios por eixo de cuidado: Pré-natal, Puerpério e Puericultura.

Os resultados de desempenho dos serviços de AB medidos por meio do Escore Geral de Qualidade são apresentados por Região, Porte Populacional Municipal, cobertura de Estratégia Saúde da Família e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Os dados foram analisados com apoio do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 e do Microsoft Office Excel 2013 para Windows®. Para a verificação de associação entre as variáveis utilizou-se teste qui-quadrado, com nível de significância $\leq 0,05$.

4.6. Aspectos éticos

O presente estudo não precedeu de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UnB, por se tratar utilizar banco de dados secundários públicos.

5. Resultados e discussão

Os resultados e discussão serão apresentados na forma de artigo.

Título:

5.1. **Artigo:** Oferta e qualidade dos serviços de promoção do Aleitamento Materno (AM) na Atenção Básica do Brasil.

Oferta e qualidade da promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica do Brasil

Resumo

Objetivos: Analisar a oferta e a qualidade dos serviços de promoção do Aleitamento Materno (AM) na Atenção Básica do Brasil.

Métodos: Estudo transversal utilizando dados secundários do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2014/2015. As práticas de promoção do AM avaliadas correspondem às ações ofertadas no pré-natal, puerpério e puericultura, totalizando 13 variáveis informadas por usuárias (9.595) e outras 12 por equipes de saúde (29.778). Utilizou-se o teste qui-quadrado, com nível de significância $\leq 0,05$. Estimou-se a qualidade dos serviços de AB na promoção ao AM a partir de um Escore Geral de Qualidade (EGQ) classificando-os como alta, média ou baixa adequação.

Resultados: Observou-se baixa execução das ações ofertadas no pré-natal, puerpério e puericultura, sendo as ações menos percebidas pelo usuário do que declaradas pelas equipes. As principais lacunas foram o cuidado da mama, a oferta de ações de grupos, a orientação sobre uso de chupetas e mamadeiras, as visitas domiciliares e o conhecimento e aplicação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. Quanto à avaliação da execução das ações de AB segundo o EQG, apenas 15,4% dos serviços foram classificadas como EQG alta, 81,2% EQG média e 3,4% EQG baixa.

Conclusões: Existe baixa adequação das práticas de promoção do AM na AB quando utilizados os critérios avaliados pelo PMAQ-AB. Esse resultado aponta para necessidade de intervenções estruturantes no contexto das atividades de promoção do AM na AB, especialmente com maior divulgação e fiscalização da NBCAL, descrição de atribuições das ações que devem ser realizadas na AB, intensificar as ações de educação permanente, promover o registo eletrônico de informações de saúde e vinculação financeira como incentivo de execução das ações.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Aleitamento materno; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objectives: To analyze the offer and quality of breastfeeding promotion services in Primary Care (PC) in Brazil.

Methods: Cross-sectional study using secondary data from the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) in 2014/2015. The breastfeeding promotion practices evaluated correspond to the actions offered in prenatal, puerperal and puericulture, totaling 13 variables reported by users (9,595) and 12 others by health teams (29,778). The chi-square test was used, with significance level ≤ 0.05 . The quality of the PC services in the promotion to the breastfeeding was estimated from a General Quality Score (GQS), classified as high, medium or low adequacy.

Results: It was observed a low execution of the actions offered in prenatal, puerperal and puericulture, being the actions less perceived by the user than declared by the teams. The main shortcomings were breast care, group offerings, guidance on pacifier and bottle feeding, home visits and the knowledge and application of the Brazilian Standard for the Marketing of Foods for Infants and Young Children, Nipples, Pacifiers and Bottles (NBCAL). Regarding the evaluation of the performance of PC actions according to GQS, only 15.4% of the services were classified as high GQS, 81.2% medium GQS and 3.4% low GQS.

Conclusions: There is a low adequacy of the promotion practices of breastfeeding in PC when using the criteria evaluated by PMAQ-AB. This result points to the need for structuring interventions in the context of the promotion activities of the breastfeeding in PC, especially with greater dissemination and supervision of NBCAL, description of the attributions of the actions that must be carried out in the PC, intensify the actions of permanent education, promote registration electronic health information and financial linkage as an incentive to implement actions.

Keywords: Primary Health Care, Breastfeeding, Family Health Strategy

1. Introdução

O aleitamento materno (AM) protege contra doenças crônicas na vida adulta, reduz a mortalidade e promove o desenvolvimento infantil (1,2), minimizando os gastos em assistência à saúde e ampliando o bem-estar das crianças (3,4). Entretanto, a prevalência de AM no Brasil, entre crianças menores de 6 meses tem se mostrado estável nos últimos anos, atualmente estando em 52,1% (5). Essa estagnação ocorre apesar dos avanços na promoção e proteção ao AM registrados no Brasil, com especial destaque para licença maternidade e paternidade estendidas, regulamentação da comercialização de alimentos para lactantes e formação continuada de profissionais de saúde que atuam no cuidado materno-infantil (3,6).

A participação do sistema de saúde no apoio as mulheres e famílias são efetivas e por isso considerada parte dos componentes necessários no conjunto de intervenções a favor do AM (3,7). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, a Atenção Básica (AB) é o lugar indicado para a promoção do AM, por ser ela a responsável pelo fornecimento da atenção à saúde da mulher e da criança no pré-natal, no puerpério e pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (8). Na Atenção Básica o manejo clínico adequado, somado à orientação de profissionais de saúde, tem potencial de influenciar na decisão e manutenção do AM (9,10). O cuidado multiprofissional realizado pelas equipes de Saúde da Família (eSF) pressupõe um olhar mais atento e integral às necessidades dos usuários (8). Isso significa, por exemplo, buscar, dentro de suas ações, orientar a gestante e seu núcleo familiar, observando no conjunto de suas relações e comportamentos a presença de fatores que desfavoreçam o AM (6). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo hegemônico adotado pelo Brasil para organização da Atenção Básica nos municípios e se concretiza pela implantação de eSF (8). Em 2015 a ESF cobria 62,5% da população brasileira com mais de 42 mil equipes (11).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que orienta a organização dos serviços de AB no Brasil, a qualificação dos profissionais de AB é responsabilidade das gestões de saúde municipais, estaduais e federal (8). No contexto da promoção do AM estratégias de educação permanente e certificação dos serviços de AB são implementadas com o objetivo de qualificar o cuidado ofertado. Entre as de maior relevância, chamam a atenção, a Estratégia Amamenta Alimenta (EAAB) do governo federal e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) (9,10,12,13) do estado do Rio de Janeiro. O al-

cance dos resultados da EAAB são, também, mensurados por meio do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (14).

O PMAQ-AB tem como objetivo fomentar a qualificação do serviço ofertado na Atenção Básica, para isso, utiliza metodologias avaliativas com base em parâmetros nacionais de qualidade. A partir do desempenho obtido pelas equipes nas avaliações realizadas, há a destinação de incentivo financeiro às gestões municipais de saúde. Desde a implantação do Programa em 2011 até 2017 representou incremento na ordem de 8,5 bilhões de reais (15) na AB. No PMAQ-AB o desempenho das equipes de AB é medido por três componentes: 1 - Implantação de processos autoavaliativos; 2 – Resultados de indicadores e; 3 – Avaliação Externa. Essa última é realizada por meio de aplicação de questionários estruturados *in loco* a cada equipe de saúde (16).

Considerando o conjunto de iniciativas implementadas no período mais recente, o Programa é uma das principais ações com potencial concreto de fortalecimento da AB brasileira (16,17). Em um cenário de escassez de informações e análises sobre a qualidade dos serviços de Atenção Básica prestados à população no Brasil, os dados gerados pelas avaliações do PMAQ-AB ganham grande relevância na construção de conhecimento em saúde (18), tanto pela diversidade de informações investigadas quanto pela expressiva participação das eSF no Programa, que evoluiu para quase a totalidade das equipes existentes: 1º ciclo (2011-2012) 53,19%; 2º ciclo (2013-2015) 81,3% e; 3º ciclo (iniciado em 2016 ainda em execução) 94,1% (19).

O objetivo deste estudo é analisar a oferta e a qualidade dos serviços de promoção do Aleitamento Materno (AM) na Atenção Básica do Brasil a partir de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, finalizada em 2015. Esta investigação tem como intuito contribuir com subsídios para as intervenções que visem a melhoria dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Brasil no que tange ao Aleitamento Materno.

2. Metodologia

Trata-se de estudo transversal analítico a partir de dados secundários da avaliação externa do PMAQ-AB. O processo de avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB foi realizado por meio de aplicação de questionário aos profissionais das eSF e aos usuários desses mesmos serviços. A coleta foi realizada entre 2014 e 2015 e o instrumento de avaliação das equipes eSF era composto por três módulos: Módulo I (MI) - Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliando infraestrutura; Módulo II (MII) - Entrevista com profissional da eSF sobre

a oferta do cuidado em saúde e processo de trabalho da equipe, com verificação documental e; Módulo III (MIII) - Entrevista com o usuários nas UBS sobre a percepção das condições de acesso e utilização de serviços de saúde (19).

Foram selecionadas perguntas que investigavam as ações ofertadas pelas eSF no âmbito da promoção do AM nos MII e MIII. No MII (equipes) foram identificadas 13 variáveis e no MIII (usuários) outras 12. Posteriormente, essas variáveis foram classificadas em uma matriz de cuidados materno-infantil segundo os eixos: pré-natal, puerpério e puericultura, bem como em relação às dimensões do trabalho da equipe: acesso, manejo da amamentação/processo de trabalho e orientações de proteção ao AM (Quadro 1).

O MII disponibiliza dados de 30.523 eSF e o MIII de 114.615 usuários (19). Entre os usuários entrevistados, 9.945 eram mulheres que tinham filhos com idade até 24 meses e que realizaram o pré-natal na UBS da equipe avaliada, critérios de inclusão neste estudo. Foram excluídas 121 usuárias para os quais não havia informações da eSF a elas vinculadas, 124 que não responderam a seis ou mais variáveis incluídas nesse estudo, e outras 105 que não informaram a idade da criança. Com isso, a amostra final de usuárias foi de 9.595. Entre as equipes, das 30.523 que aderiram ao Programa, 29.778 participaram da Avaliação Externa, sendo esse o universo amostral utilizado na descrição das variáveis. Os resultados das ações ofertadas no contexto da promoção e proteção ao AM são apresentados em percentuais, para Brasil e Regiões.

Para avaliação global da qualidade do serviço de AB na promoção do Aleitamento Materno foi construído um Escore Geral utilizando-se as respostas da amostra de usuárias e as respostas das suas respectivas eSF. As respostas das eSF sem usuárias vinculadas a elas foram excluídas. Inspirada na metodologia de Oliveira (10), Tomasi et al. (18) e Silvestre et al. (20), para cada intersecção entre os eixos de cuidado materno-infantil e as dimensões do trabalho da equipe atribuiu-se pontuação igual a 1 quando a resposta era *Sim*. Dessa forma, cada eixo e dimensão tinha pontuação máxima igual a 3 e cada Módulo uma pontuação máxima geral igual a 9. Sendo composto pelos dois Módulos (usuárias e eSF), o Escore Geral de Qualidade (EGQ) tem pontuação máxima de 18 pontos (Quadro 1).

A avaliação global da qualidade do serviço pelo EGQ foi realizada com base na soma de pontos obtidos, sendo compreendido neste estudo como “desempenho da AB”. Para definição dos pontos de corte, foi considerado o valor máximo possível para cada eixo/dimensão,

que era de 6 pontos. Foram classificadas como “EGQ baixa” quando a pontuação era até 6 pontos, como “EGQ média” quando maior que 6 e menor ou igual a 12 e como “EGQ alta” quando maior que 12. No último caso, havia ainda condicionalidades para ser classificada como “EGQ alta”: obrigatoriedade de cumprimento de 06 (seis) ações específicas, duas de cada eixo de cuidado. Caso não cumprisse essas seis ações, mesmo com escore superior a 12, era classificado como “EGQ média”. A seleção das variáveis obrigatórias baseou-se na associação das mesmas com a prevalência ao aleitamento materno exclusivo, por representarem ações previstas em lei ou ainda constarem dentre as recomendações do Ministério da Saúde para Atenção Básica (6,9) (Quadro 1).

As análises foram realizadas utilizando-se o software SPSS 18.0. Para a verificação de associação entre as variáveis utilizou-se teste qui-quadrado, com nível de significância $\leq 0,05$. Por utilizar banco de dados secundários sem identificação de pessoas, a pesquisa é dispensada de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Quadro 1 – Composição do Escore Geral de Qualidade da Promoção do Aleitamento Materno nos serviços de Atenção Básica orientado pela Matriz do cuidado materno-infantil.

Dimensões	Módulo Usuário: Cuidado Materno-infantil		
	Eixo de Cuidado		
	Pré-natal (3,0 pts)	Puerpério (3,0 pts)	Puericultura (3,0 pts)
Acesso (3,0 pts)	6 ou mais consultas pré-natal (1,0 pt)	Consulta de revisão de parto na AB (0,5 pt)	1ª consulta até sete dias de vida (1,0 pt)
		Visita domiciliar do ACS na primeira semana após o parto (0,5 pt)	
Manejo da amamentação (3,0 pts)	Exame físico das mamas (1,0 pt)	Exame das mamas na primeira consulta após o parto (1,0 pt)	Na consulta na primeira semana após o nascimento a criança foi colocada para mamar* (1,0 pt)
Orientações de proteção ao AM (3,0 pts)	Orientação sobre a importância da amamentação exclusiva no peito para a criança até completar seis meses* (0,5 pt)	Orientação sobre uso de chupeta e mamadeira* (0,5 pt)	Orientação sobre alimentação da criança até dois anos (1,0 pt)
	Orientação sobre algum grupo de gestante, de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (0,5 pt)	Orientações sobre a amamentação e sua importância. (0,5 pt)	
Dimensões	Módulo Equipe: Cuidado Materno-infantil		
	Eixo de Cuidado		
	Pré-natal (3,0 pts)	Puerpério (3,0 pts)	Puericultura (3,0 pts)
Acesso (3,0 pts)	Realização de consultas de pré-natal (0,5 pt)	Consulta de puerpério até 10 dias após o parto? (0,5 pt)	Consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (0,5 pt)
	Busca ativa para o pré-natal (0,5 pt)	Busca ativa de mulheres para consulta e puerpério até 10 dias após o parto (0,5 pt)	Busca ativa de crianças menores de dois anos, de crianças prematuras e crianças com baixo peso (0,5 pt)
Processo de trabalho (3,0 pts)	Registro das gestantes do território (1,0 pt)	Monitoramento de gestantes que tiveram parto (1,0 pt)	Registro de todas as crianças do território (0,5 pt) Avaliação e monitoramento dos índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável (0,5 pt)
Orientações de proteção ao AM (3,0 pts)	Oferta de ações educativas sobre AM para Gestantes* (1,0 pt)	Oferta de ações educativas sobre AM para puérperas* (1,0 pt)	Conhecimento e aplicação da NBCAL “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”* (0,5 pt)

*Ações obrigatórias para “EGQ Alta”

3. Resultados

A maior parte das mulheres entrevistadas tinham entre 20 e 34 anos (75,1%) e 28,5% eram brancas. A escolaridade da amostra foi baixa (somente 6,6% tinham curso superior) e 78,3% das usuárias declararam não possuir nenhuma fonte de rendimento. Quase 40% delas vivia na região Nordeste e 37,0% em municípios de pequeno porte. Mais da metade das entrevistadas (61,4%) estavam em municípios com alta cobertura da ESF (Tabela 01).

Mais de dois terços das equipes participantes do PMAQ-AB eram das regiões Nordeste (36,2%) e Sul (33,9%) do Brasil. Essas equipes concentravam-se em municípios com IDHM alto (50,7%) e com alta cobertura da ESF (57,5%) (Tabela 02).

Tabela 01 – Caracterização da amostra de usuárias com filho de até 24 meses e com pré-natal na equipe Saúde da Família avaliada pelo PMAQ-AB. Brasil, 2015.

Variável	N	%
Faixa Etária (n=9.595)		
Até 19 anos	1.203	12,5
Entre 20 e 34 anos	7.206	75,1
35 anos ou mais	1.186	12,4
Raça/Cor (n=9.595)		
Branca	2.739	28,5
Preta/Parda	6.295	65,6
Outras/Ignorada/não respondeu	561	5,8
Escolaridade (n=9.595)		
Não é alfabetizado	89	0,9
Ensino fundamental	3.885	40,5
Ensino médio	4.981	51,9
Ensino superior	637	6,6
Não sabe/não respondeu/não lembra	3	0,0
Renda Individual (n=9.595)		
Menos de 1 salário mínimo	673	7,0
1 a 3 salários mínimos	1.381	14,4
4 ou mais salários mínimos	32	0,3
Não trabalha/não tem renda	7.509	78,3
Região (n=9.595)		
Centro-oeste	778	8,1
Nordeste	3.735	38,9
Norte	866	9,0
Sudeste	3.289	34,3
Sul	927	9,7
Porte Populacional (n=9.595)		
Menor que 25 mil habitantes	3.549	37,0
Entre 25 mil e 100 mil habitantes	2.821	29,4
Acima de 100 mil habitantes	3.225	33,6
IDH municipal (n=9.593*)		
Baixo	1.900	19,8
Médio	3.452	36,0
Alto	4.241	44,2
Cobertura de ESF (n=9.595)		
Baixa cobertura (>= 50%)	1.639	17,1
Cobertura média (< 50% e >80%)	2.065	21,5
Alta cobertura (<80%)	5.891	61,4

*Dois municípios não existiam em 2010 para o IDHM.

Tabela 02 - Caracterização da amostra de equipes de saúde da Família participantes do PMAQ-AB. Brasil, 2015.

Variável	N	%
Região (n=29.778)		
Centro-oeste	2.241	7,5
Nordeste	10.768	36,2
Norte	2.160	7,3
Sudeste	10.100	33,9
Sul	4.509	15,1
Porte Populacional (n=29.778)		
Menor que 25 mil habitantes	10.869	36,5
Entre 25 mil e 100 mil habitantes	8.177	27,5
Acima de 100 mil habitantes	10.732	36,0
IDH municipal (n=29.771*)		
Baixo	5.265	17,7
Médio	9.414	31,6
Alto	15.092	50,7
Cobertura de ESF (n=29.778)		
Baixa cobertura (>= 50%)	5.766	19,4
Cobertura média (< 50% e >80%)	6.901	23,2
Alta cobertura (<80%)	17.111	57,5

*Sete municípios não existiam em 2010 para o IDHM.

A análise das ações de promoção ao AM investigadas no Módulo Usuárias (Tabela 3) apontou que as ações mais realizadas pelas eSF, na avaliação das mulheres, foram as de orientação dos profissionais, sendo que a orientação sobre a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de vida da criança foi a mais referida (91,4% das mulheres afirmaram que receberam esse tipo de orientação). O Norte e Centro-oeste apresentam os mais baixos percentuais de cumprimento das ações de promoção do AM em todas as categorias estudadas.

Tabela 03 - Distribuição das ações de promoção ao Aleitamento Materno realizadas pelas equipes de Saúde da Família, avaliadas pelo PMAQ-AB, segundo Módulo Usuárias (MIII), Brasil, 2015.

Variável	Região					Brasil (n=9.595) %
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
	(n=778) %	(n=3.735) %	(n=866) %	(n=3.289) %	(n=927) %	
Pré-natal						
6 ou mais consultas pré-natal*	79,0	87,5	81,2	86,9	87,4	86,0
Exame físico das mamas*	41,0	61,8	45,2	58,1	55,2	56,7
Orientação sobre a importância da amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses*	87,1	93,3	88,2	91,0	91,6	91,4
Orientação sobre algum grupo de gestante, de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa*	49,7	53,7	33,3	60,8	59,9	54,6
Atenderam a todas as variáveis Pré-Natal*	20,1	35,0	16,4	35,6	33,7	32,2
Puerpério						
Consulta de revisão de parto na AB*	42,8	46,3	41,0	58,0	69,6	51,8
Visita domiciliar do ACS na primeira semana após o parto*	43,6	68,7	46,2	62,6	54,9	61,2
Exame das mamas na primeira consulta após o parto*	19,8	37,7	20,3	35,8	35,4	33,8
Orientações sobre a amamentação e sua importância*	78,7	87,9	84,1	86,6	88,0	86,4
Orientação sobre uso de chupeta e mamadeira*	46,3	62,5	50,8	58,3	54,4	57,9
Atenderam a todas as variáveis Puerpério*	6,6	18,9	7,0	18,2	17,4	16,4
Puericultura						
Consulta até sete dias de vida*	53,2	57,1	42,8	63,5	68,0	58,8
Na consulta na primeira semana após o nascimento a criança foi colocada para mamar*	37,5	45,6	33,0	48,3	44,1	44,6
Orientação sobre alimentação da criança até dois anos*	63,4	74,8	65,6	75,6	74,5	73,3
Atenderam a todas as variáveis Puericultura*	32,8	40,6	28,1	43,2	39,5	39,6

* valor de $p < 0,001$

No Módulo Equipes (MII), que diz respeito às ações que as próprias eSF afirmaram realizar, a oferta de consultas no pré-natal (95,5%) e puericultura (95,1%) foram as de maior execução. No puerpério a ação com maior percentual de cumprimento é o monitoramento das gestantes após o parto (94,7%). A ação menos realizada pelas equipes, tanto no pré-natal como puerpério, foi a oferta de ações educativas (81,8%). Na puericultura a aplicação da

NBCAL (Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras) foi a ação menos relatada como realizada pelas eSF (50,3%). O Norte apresentou os piores resultados de execução de ações no puerpério e puericultura e a região Sul no pré-natal (Tabela 04).

Tabela 04 - Distribuição das ações de promoção ao Aleitamento Materno realizadas pelas equipes de Saúde da Família, avaliadas pelo PMAQ-AB, segundo Módulo Equipes (MII). Brasil, 2015.

Variável	Região					Brasil (n=29.778) %
	Centro-Oeste (n=2.241)	Nordeste (n=10.768)	Norte (n=2.160)	Sudeste (n=10.100)	Sul (n=4.509)	
	%	%	%	%	%	
Pré-natal						
A equipe programa oferta de consultas para pré-natal	95,3	99,4	98,0	92,8	91,2	95,5
A equipe realiza busca ativa para pré-natal	87,1	82,1	84,8	81,4	84,5	82,8
A equipe possui o registro de todas as gestantes do seu território	92,5	94,1	89,7	93,7	93,1	93,4
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para gestantes	86,4	85,0	85,7	78,0	78,3	81,8
Atenderam a todas as variáveis Pré-natal*	71,5	69,4	69,6	63,1	62,9	66,5
Puerpério						
A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto	88,9	92,0	85,8	88,2	90,5	89,8
A equipe realiza busca ativa de mulheres para consulta de puerpério até 10 dias após o parto	83,7	90,7	81,0	85,5	84,9	86,8
A equipe monitora as gestantes que tiveram o parto	92,4	94,8	90,0	96,2	94,7	94,7
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para puérperas	86,4	85,0	85,7	78,0	78,3	81,8
Atenderam a todas as variáveis Puerpério*	70,0	74,6	65,4	67,7	66,5	70,0
Puericultura						
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até 2 anos	92,3	97,9	90,9	95,3	91,4	95,1
A equipe realiza busca ativa de crianças menores de 2 anos, de crianças pré-maturas e crianças com baixo peso	58,0	55,3	51,9	55,8	60,5	56,2
A equipe possui o registro de todas as crianças até 2 anos do seu território	77,4	83,6	72,0	86,6	85,8	83,6
A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável	82,4	93,5	80,2	89,3	80,6	88,4
A equipe conhece e aplica a NBCAL	40,7	45,9	31,7	56,5	60,4	50,3
Atenderam a todas as variáveis Puericultura*	20,3	23,6	14,1	30,6	29,8	26,0

* valor de $p < 0,001$

Os resultados de desempenho no EGQ, que avalia a qualidade dos serviços de AB na promoção ao AM a partir do PMAQ-AB, estão apresentados na Tabela 05. Apenas 15,4% dos serviços de Atenção Básica estudados foram classificados como EGQ alto para promoção do Aleitamento Materno. Os serviços de AB com maiores EGQ foram observados na região Sul, nos municípios com mais de 100 mil habitantes, e naqueles com alto IDHM. A região Norte acumula maior proporção de baixos EGQ (6,8%). Embora as diferenças no EGQ entre os portes populacionais sejam percentualmente pequenas, elas são significativas e apontam que em municípios maiores a AB tem melhor desempenho na promoção do AM. A atenção ao AM prestada em municípios com baixa cobertura da ESF mostrou melhores EGQ.

Tabela 05 - Distribuição dos serviços de Atenção Básica segundo desempenho medido pelo Escore Geral de Qualidade na promoção ao Aleitamento Materno. Brasil, 2015.

Variáveis independentes		Escore Geral de Qualidade da Promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica			
		N	Baixo (%)	Médio (%)	Alto (%)
Regiões*	Norte	866	6,8%	86,5%	6,7%
	Centro-Oeste	778	4,2%	85,9%	9,9%
	Nordeste	3.735	3,1%	80,2%	16,7%
	Sudeste	3.289	2,8%	80,6%	16,6%
	Sul	927	2,8%	78,5%	18,7%
Porte Populacional**	Menor que 25 mil Habitantes	3.549	3,2%	81,3%	15,5%
	Entre 25 mil e 100 mil habitantes	2.821	3,5%	83,6%	12,8%
	Acima de 100 mil habitantes	3.225	3,5%	78,9%	17,6%
IDH Municipal*	Baixo	1.900	4,8%	82,4%	12,8%
	Médio	3.452	3,1%	81,5%	15,5%
	Alto	4.241	3,1%	80,4%	16,5%
Cobertura da ESF*	Baixa <50%	1.639	2,8%	77,9%	19,3%
	Média >=50 e <=80%	2.065	5,0%	82,0%	13,0%
	Alta >80%	5.891	3,0%	81,8%	15,2%
Brasil		9.595	3,4%	81,2%	15,4%

Nota: * valor de $p < 0,001$ / ** valor de $p < 0,01$

Discussão

Este estudo apresenta uma análise das ações de promoção e proteção ao Aleitamento Materno realizadas na Atenção Básica (AB) do Brasil, permitindo maior conhecimento da oferta e da qualidade dos serviços nesse nível de atenção à saúde. Como principal serviço de cuidado ao pré-natal, puerpério e puericultura na estrutura do SUS, a AB tem muitos desafios à superar. A baixa execução observada, por meio do EGQ, para o conjunto das ações ofertadas apontam claramente para a necessidade de melhorias na assistência à mulher e ao recém-nascido.

O EGQ foi composto por ações que caracterizam o acesso aos serviços de saúde, a organização do processo de trabalho e as orientações de promoção e proteção ao AM na AB. No Brasil, apenas 15,4% dos serviços de saúde avaliados cumpriam satisfatoriamente as ações de promoção e proteção ao AM, classificados aqui como EGQ alta, lembrando que a esse somou-se a obrigatoriedade: de ofertas educativas, orientação sobre amamentação exclusiva até os 6 meses e sobre uso de chupetas e mamadeiras, observação da mamada e conhecimento, e aplicação da NBCAL. Estudo anterior, realizado em município do Rio Grande do Sul encontrou resultado similar, apontando que, naquela localidade, apenas 11,2% das eSF tiveram desempenho satisfatório no conhecimento e manejo da AM na AB (21).

Iniquidades regionais foram observadas no presente estudo. A região Norte acumulou a menor proporção de equipes no EGQ alta e maior no EGQ baixa. Também foram piores os desempenhos nas localidades de baixo IDHM, evidenciando que, de fato, há necessidade de adoção de estratégias diferenciadas para as múltiplas realidades. Chama atenção uma a maior proporção de serviços com EQG Alto em municípios com baixa cobertura da eSF. Esse resultado pode estar associado em parte ao fato de que existe uma grande concentração de municípios mais ricos que possuem baixas coberturas populacionais da ESF e que, por sua condição econômica, apresentam maior capacidade de investimento nas ações de saúde, produzindo melhores resultados, ainda que com coberturas relativamente mais baixas, ao passo que municípios mais pobres de baixo IDHM, ainda que possuam coberturas mais elevadas, enfrentam um conjunto de dificuldades de natureza socioeconômica que constroem fortemente sua capacidade de investimento em iniciativas de qualificação da sua rede municipal de saúde (22).

A análise independente do Módulo Usuárias e do Módulo Equipes revelou que o conjunto e prática são melhor avaliados pelas equipes do que pelas usuárias, especialmente para a

dimensão do Acesso nos eixos do pré-natal e puerpério. A consulta de pré-natal foi ofertada por quase todas as equipes (95,5%), contudo 14% das mulheres declararam não ter feito 6 consultas conforme o preconizado. Quando se observa a oferta de consulta de puerpério até 10 dias após o parto, aproximadamente 90% das equipes garantiram a consulta de revisão de parto, mas somente metade das mulheres afirmam ter realizado. É possível que as ofertas das equipes não atinjam a totalidade de usuárias que realizaram o pré-natal na UBS, o que pode sinalizar deficiência na adequação da quantidade de pessoas sob responsabilidade de cada equipe, ou ainda ser produto das opções metodológicas do PMAQ-AB que considera o tempos diferentes entre o que é realizado pela equipe e a experiência usuárias (19).

No Módulo Equipes chama a atenção a falta de conhecimento e não aplicação da NBCAL, instrumento fundamental no enfrentamento de práticas estimuladoras do desmame precoce (6). Os dados apontaram que pouco mais da metade das equipes de saúde (50,3%) afirmavam conhecer e cumprir a legislação. A NBCAL, um dos pilares de sustentação de proteção ao aleitamento materno no Brasil (3), tem especial importância na delimitação da relação dos profissionais de saúde com a indústria de alimentos infantis e seus representantes, deixando claro, por exemplo, as proibições sobre doações de substitutos de leite materno e publicidades desses produtos nas UBS. Tal fato indica a necessidade de maior implementação da NBCAL na Atenção Básica, a exemplo da exitosa Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAM) e da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB) que, trazendo parte da NBCAL para dentro das UBS juntamente com outras ações pro-aleitamento materno, resultam no aumento da prática da amamentação conforme evidenciado em estudos anteriores (10,12,13). Uma maior atuação da vigilância sanitária na fiscalização da aplicação da legislação também se faz necessária (3), bem como buscar soluções articuladas com os espaços colegiados de gestão do SUS como o conselhos de saúde e comissões de gestores.

No Módulo Usuárias a análises dos eixos de cuidado pré-natal (32,2%), puerpério (16,4%) e puericultura (39,6%) suscitam preocupações, especialmente quando se observa o perfil das mulheres estudadas - muito jovens ou com mais de 35 anos, de baixa escolaridade, de cor pretas ou pardas e sem fonte de renda – características associadas a maior risco de desmame e interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (23,24), justamente o grupo populacional precisa de maior proteção e estímulo (2).

Considerando a análise das variáveis de forma isolada, nota-se que algumas apresentam bons resultados enquanto outras, não. No Módulo Usuárias as orientações sobre vantagens e importância de amamentar estão presentes para quase a totalidade das equipes (91,4%

no pré-natal e 86,4% no puerpério), se contrapondo com resultados insatisfatórios de: avaliação da mama (56,7% no pré-natal e 33,8% no puerpério), observação da mamada (44,6%), visitas domiciliares pelo Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (61,2%), oferta de ações de grupos (54,6%) e orientação sobre uso de chupetas e mamadeiras (57,9%). Estas últimas são ações comprovadamente efetivas na promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (3,9). Assumindo que o AM é altamente influenciado pelas ações do setor saúde, particularmente pelo cuidado ofertado na AB durante a assistência ao pré-natal ao pós-parto (3,9,10), o desafio maior parece ser o de compreender porque algumas ações são realizadas e outras não.

Inicialmente é preciso reconhecer que há diferentes graus de responsabilidade no que é ofertado na AB, compartilhados pelos profissionais das equipes e a gestão. O próprio Ministério da Saúde assume, no manual do PMAQ-AB, que a avaliação da qualidade da equipe reflete também a atuação da gestão local. Nesse sentido, mesmo que a maior parte das ações elencadas para este estudo tenham alto grau de autonomia dos profissionais e não requerem recuso financeiro adicional para serem executadas, tão pouco estrutura física ou insumos específicos, há sim um papel decisivo da gestão municipal, com co-responsabilidade das esferas estadual e federal. O papel das gestões se concentram no apoio político, como ressaltado por Rollins et al. (2016), mas também técnico e financeiro, tornando-se possível a realização das ações como elaboração e distribuição de manuais, investimento em estratégias de educação permanente que direcionam a organização e o trabalho das equipes e implementação de ações de monitoramento do AM (3,6,14,25), somados ao conjunto de outras estratégias de fortalecimento da AB. Nesse cenário, parece importante trazer para a cena algumas estratégias consideradas aqui como estruturantes para o trabalho da AB na promoção do AM.

As experiências de educação permanente, no contexto da promoção do AM na AB, demonstram impacto positivo na qualidade do cuidado realizado e são essenciais no enfrentamento das deficiências da formação dos trabalhadores (3,26,27). Nesse sentido merece destaque iniciativas como a EAAB que, além da sensibilização e formação prática dos profissionais, inclui processo de pactuação com a gestão municipal, que assume o compromisso de constituir uma rede local de multiplicadores que acompanham o cumprimento de metas que irão culminar na certificação dos serviços de AB. A EAAB vem sendo implementada desde 2013, dando continuidade a iniciativas precursoras que se fundiram desde então. Até 2016 havia capacitado profissionais em 1.866 UBS com certificação de 55 dessas em todo Brasil,

resultados tímidos mas de comprovada eficácia (12,28). Para Venâncio et al, a agenda da capacitação contínua deve ser intensificada dialogando com os desafios da rotatividade de profissionais, da precariedade de informatização das UBS e do convencimento de gestores das redes locais de saúde que tenham capacidade de destinar recursos financeiros (27), compreendidos aqui como ações estruturantes da AB.

Ainda dentro dos pontos sugeridos por Venâncio como críticos, a situação de informatização das UBS é peça fundamental na promoção do AM. O registro das informações de saúde em prontuários eletrônicos atende a necessidade de fortalecer as ações de monitoramento do AM no país permitindo-se acompanhar as tendências de amamentação e o impacto das intervenções implementadas (3). Favorece ainda o planejamento local a partir da realidade do território contribuindo para a tomada de decisão da gestão e das equipes de saúde em tempo oportuno (29). Ajudaria a aprimorar, por exemplo, a distribuição de população sob responsabilidade de cada equipe de saúde e também dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) agregando-se ao critério quantitativo de usuários, as informações epidemiológicas e de vulnerabilidade social dos indivíduos e famílias (8,30). Cabe destacar que dada a relevância e efetividade do trabalho dos ACS na prevalência do AM, assim como para o conjunto de ações materno-infantil (31), a baixa execução de visitas domiciliares para puérperas mostra que há necessidade de ajustes no processo de trabalho desse profissional para melhor aproveitamento do seu potencial.

Recentemente o Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) apresentou relatório que aponta desafios e recomendações para o fortalecimento do SUS e refirma o papel central da AB para sustentação do sistema de saúde brasileiro. Sinaliza intervenções estruturantes para aprimoramento da AB que dialogam com a reflexão de ações potentes para a qualificação da promoção AM, entre as quais destaca-se a adoção de carteira nacional de serviços (30). Em que pese a disponibilidade de diversos instrumentos que comunicam o que é preconizado como competência da AB, são, em geral, fragmentados e pouco específicos. Dispor de um documento que exponha concretamente as ações que devem estar na relação de serviços ofertados na AB, considerado seus diferentes graus de implementação, parece essencial no sentido de produzir alinhamentos entre o que é esperado e o que é realizado (32).

Associado à adoção de uma carteira de serviços, ressalta-se a importância de vinculação dos esforços empreendidos pelo conjunto de trabalhadores nas ações de promoção ao AM a mecanismos de reconhecimento, especialmente financeiros (3,33). Estratégias de pagamento

que considerem o desempenho do trabalhador e da equipe têm sido adotadas na AB, especialmente por indução do PMAQ-AB. O Programa representa atualmente a única ação federal que faz um direcionamento concreto das ações que se espera encontrar na AB atrelando-as ao repasse de recurso financeiro aos fundos municipais de saúde. O programa recomenda que as gestões municipais estabeleçam critérios para o reconhecimento dos esforços introduzindo mecanismos de estímulos aos sujeitos responsáveis pela adoção de práticas e condutas capazes de produzir mudança (16,17). Dentre as ações reconhecidas para fins de repasse algumas das relacionadas para promoção do AM na AB são incluídas (34).

Como limitação deste estudo ressalta-se o método de coleta das informações das usuárias que é sujeito a viés de memória, uma vez que as respostas são com base na experiência vivida no tempo máximo de 2 anos na AB. O mesmo ocorre com as informações das equipes, que participam de um processo de avaliação de desempenho atrelado ao repasse de recursos financeiros, podendo tender a responder afirmativamente ou de maneira mais auto condescendente para ampliar suas possibilidades de recursos adicionais (19).

São muitos os esforços adotados por governos no sentido de qualificar os serviços de Atenção Básica com resultados satisfatórios não só no aumento da amamentação mas também na diminuição de demandas por atendimento motivados por agravos comuns entre lactantes. Contudo, os resultados aqui apresentados sugerem necessidade de maior atenção nos processos de qualificação e oferta de serviço da rede básica de saúde. Lacunas importantes foram evidenciadas especialmente no cuidado que envolve o preparo da mama e a oferta de ações que promovem o apoio a mulher e família, como atendimentos em grupos e visitas domiciliares. Importante ainda registrar que o cenário da promoção e proteção do AM na AB pode ser ainda mais preocupante que o aqui evidenciado, se considerarmos que os dados analisados dizem respeito apenas aos serviços de saúde cujo modelo é a ESF, comprovadamente melhor do que outros arranjos existentes (30,35) e de maior impacto na melhoria da saúde materno-infantil (21).

Apesar do PMAQ-AB não avaliar a totalidade das ações de responsabilidade da AB na promoção do AM, seus resultados contribuem para a discussão do processo de promoção do AM na AB no Brasil, ainda insipiente. Essa discussão, aliada à revisitação dos processos de formação, melhoria no processo de implementação e aperfeiçoamento dos programas e ações de qualificação da AB podem ajudar na melhoria da promoção do AM no país.

4. Referências bibliográficas

1. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2015; 3(4):199–205. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1).
2. Fonseca ALM, Albernaz EP, Kaufmann CC, Neves IH, De Figueiredo VLM. Impact of breastfeeding on the intelligence quotient of eight-year-old children. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(4):346–53.
3. Rollins NC, Lutter CK, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Martines JC, et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2016; 25(1):25–44.
4. Victora CG, Horton S. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387 (10017):475–90.
5. Boccolini CS, Boccolini P, Giugliani ERJ, Venâncio S, Monteiro F. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica*. 2017;51(108):1–9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar (Cad. Atenção Básica No 23). 2o. Brasília; 2015.
7. Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling Up of reastfeeding Promotion Programs in low-and middle-income countries: the “Breastfeeding gear” model. *Adv Nutr*. 2012;3:790–800. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648703/pdf/790.pdf>
8. Brasil. Portaria de Consolidação no 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2017.
9. Pereira RS, Oliveira MI, Andrade CL, Santos Brito A. Factors associated with exclusive breastfeeding: the role of primary health care. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2343–54
10. Oliveira MIC De, Camacho LAB. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(1):41–51.
11. Brasil. Portal do Departamento de Atenção Básica. 2018. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>
12. Venancio SI, Giugliani ERJ, Silva OL de O, Stefanello J, Benicio MHD, Reis MCG dos, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3):1–10.
13. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2008 ;84(2):147–53.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. 2015. 154 p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica from: <http://sage.saude.gov.br/>.
16. Pinto HA, Sousa A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Receis*. 2012; 6(2).
17. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). *J Ambul Care Manage*. 2017 40:S4–11.
18. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, Schmidt PRC, Thumé E, da Silveira DS, et al. Diabetes Care in Brazil. *J Ambul Care Manage*. 2017; 40(2):S12–23.
19. Brasil. Portal do Departamento de Atenção Básica: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [Internet]. [cited 2018 Nov 2]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>.
20. Silvestre PK, Antonieta De Barros M, Carvalhaes L, Venâncio SI, Lúcia V, Tonete P, et al. Conhecimento e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. *Rev Latino-am Enferm*. 2009; 7(6).
21. Vasquez J, Dumith SC, Rosane L, Susin O. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2015; 15(2):181–92.
22. Facchini LA, Thumé E., Nunes BP, Duro SMS, Fassa AG, Garcia LP, Tomasi E. (2015). Governança e desempenho do sistema de saúde: desafios nacionais e municipais à estratégia de saúde da família no Brasil. Em: Reich MR, Takemi K., editores. (Eds.), *Governando sistemas de saúde para nações e comunidades em todo o mundo* (1ª ed., Pp. 203-236.). Boston, MA: Lampreia e Lee.
23. Pereira-Santos M, Santana M de S, Oliveira DS, Nepomuceno Filho RA, Lisboa CS, Almeida LMR, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017;17(1):59–67.
24. Boccolini CS, de Carvalho ML, Couto de Oliveira MI. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Cad. Atenção Básica N 32). 2013.
26. Vítolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saude Publica*. 2014;30(8):1695–707.
27. Venâncio SI, Martins MCN, Sanches MTC, Almeida H de, Rios GS, Frias PG de. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2261–74

28. Brasil. Nota Técnica Conjunta No 209/2016 CGAN/DAB e CGSCAM/DAPES: Processo de Certificação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2016. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_amamenta_alimenta_brasil.pdf
29. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde em Debate*. 2018;42 (Número Especial 1):289–301.
30. Organização Pan-americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030? 2018. Available from: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>
31. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil: A Systematic Review. *J Ambul Care Manage*. 2011;34:326–38.
32. Alves Salazar B, Campos MR, Luiza VL. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Oct 31];22(3):783–96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300783&lng=pt&tlng=pt
33. Silveira Ney M, Pierantoni CR, Lapão LV. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 31];39:43–55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00043.pdf>
34. Brasil. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Internet]. Brasília; 2015. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pmaq.pdf
35. Jairnilson Paim, Cláudia Travassos, Celia Almeida, Lígia Bahia JM. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2018 Nov 13];11–31. Available from: www.thelancet.com

6. Considerações finais

A realização deste estudo possibilitou conhecer a situação da promoção e proteção do aleitamento materno a partir das ações que são praticadas na rede básica de saúde do Brasil. Os resultados de desempenho dos serviços de AB, aferidos por meio de um Escore Geral de Qualidade, apontam um cenário de desafios a serem superados para qualificar no cuidado ao pré-natal, puerpério e puericultura as ofertas de promoção da amamentação. O perfil social das mulheres incluídas no estudo mostra que esses resultados falam da qualidade dos serviços que chegam ao grupo que possui maior risco de interromper precocemente o aleitamento materno. Evidencia com isso que, no âmbito da promoção do AM, o Brasil está falhando exatamente com aqueles que deveriam ser priorizados nas ações.

O resgate das práticas de amamentação é de responsabilidade do conjunto da sociedade e os serviços de saúde exercem papel fundamental no alcance de melhores prevalências de AM e AME. A assistência ao pré-natal e pós-parto são consideradas oportunas pelo potencial de contato com a mulher e seus familiares, possibilitando dialogar sobre os efeitos e benefícios do aleitamento materno e também sobre as dificuldades encontradas pelo grupo familiar.

A Estratégia Saúde da Família apresenta-se como melhor modelo para as práticas promotoras do AM por carregar valores que pressupõem maior grau de interação com os usuários, ofertando acesso que atenda aos indivíduos a partir de um olhar integral sobre suas necessidades. As ofertas de grupos para gestantes e puérperas, bem como as visitas domiciliares, dispositivos característicos desse modelo, agregam diversidade ao cuidado em saúde, possibilitando, entre outros aspectos, as práticas de manejo, troca de experiências, construção de saberes para o autocuidado e observação das interações familiares.

A principal estratégia de intervenção para qualificar as práticas de saúde em direção a melhores prevalências de aleitamento materno se dá por meio das ações de educação permanente voltadas para os profissionais de saúde, com especial destaque para as que incluem processos de gestão, amarrados por meio de pactuações, que envolva o maior conjunto de atores com competências e responsabilidades diversas.

Grande parte das medidas de sucesso recomendadas na literatura, para que os países avancem na melhoria dos seus indicadores de AM, já foram experimentadas pelo Brasil, e é evidente que necessitam ser ampliadas e intensificadas, a exemplo dos esforços de educação permanente. Porém, no que refere a Atenção Básica, há também a necessidade de incidir sobre problemas enfrentados por esse nível de atenção. Nesse sentido, sugere-se a adoção de estratégias transversais que afetem todo o conjunto de práticas relacionadas a rede de serviços básicos. No presente trabalho foi possível identificar que melhorias no sistema de informações, adoção de lista de serviços que devem ser ofertados na AB, seja nacional, estadual ou municipal, a definição de população adscrita a partir de critérios epidemiológicos e de vulnerabilidade, a implementação de mecanismos motivacionais na gestão dos trabalhadores, parecem colaborar para construção de ambiente promotor do aleitamento materno. A integração dessas ações só é possível a partir da articulação entre as áreas responsáveis presentes nas estruturas de gestão do SUS.

Finalmente, promover o Aleitamento Materno é uma das medidas de melhor custo-efetividade para saúde e bem estar da mulher e seu bebê, gerando benefícios individuais, para as famílias e para sociedade. Do ponto de vista coletivo os ganhos econômicos extrapolam a área saúde, impactando também na educação, pois tem efeito no desenvolvimento intelectual dos sujeitos, acrescentando-se ainda o fato de ser um forte aliado dos esforços de combate à pobreza e as desigualdades sociais. Não há dúvidas de que a amamentação é o melhor cami-

nho para sociedade especialmente por ser um recurso natural. Os esforços adotados por governos para qualificar os serviços de Atenção Básica tem produzido resultados satisfatórios no aumento da amamentação e conseqüentemente na diminuição de demandas por atendimento. Entretanto, mesmo diante dos bons resultados obtidos pelo Brasil na prevalência do AM e AME o país deve continuar perseguindo a melhoria desses indicadores, ampliando as boas experiências vivenciadas e aprimorando as que necessitam de ajustes. Cabe ponderar que o contexto político atual acena para intensificação dos desafios tanto de ordem financeira quanto de sustentação social, o que eleva consideravelmente o grau de dificuldade de novos investimentos.

7. Referências bibliográficas

1. Rollins NC, Lutter CK, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Martines JC, et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação ? *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2016;25(1):25–44.
2. Victora CG. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life-long effect. *Lancet*. 2016;387 (10017):475–90.
3. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Heal*. 2015;3(4):199–205.
4. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding - Report of an Expert Consultation. *Dep Nutr Heal Dev Dep Child Adolesc Heal Dev*. 2001; (March):10
5. Boccolini CS, Boccolini P, Giugliani ERJ, Venâncio S, Monteiro F. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica*. 2017;51(108):1–9.
6. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Secular trends in breastfeeding in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2013;47(6):1205–8.
7. Venâncio SI, Martins MCN, Sanches MTC, Almeida H de, Rios GS, Frias PG de. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2261–74.
8. Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low-and Middle-Income Countries: the “Breastfeeding Gear” Model 1,2
9. Oliveira DS de, Boccolini CS, Faerstein E, Verly Jr E. Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;93(xx):130–5.
10. Boccolini CS, de Carvalho ML, Couto de Oliveira MI. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49.
11. Venâncio SI, Giugliani ERJ, Silva OL de O, Stefanello J, Benicio MHD, Reis MCG dos, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2016;32(3):1–10.
12. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact*. 2001;17(4):326–43.

13. Brasil. Portaria de Consolidação no 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2017.
14. Pereira RS, Oliveira MI, Andrade CL, Santos Brito A. Factors associated with exclusive breastfeeding: the role of primary health care. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2343–54.
15. Oliveira MIC De, Camacho LAB. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(1):41–51.
16. de Almeida ER, de Sousa ANA, Brandão CC, de Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Pública*.
17. Brasil. Portal do Departamento de Atenção Básica. 2018. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>
18. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, Schmidt PRC, Thumé E, da Silveira DS, et al. Diabetes Care in Brazil. *J Ambul Care Manage*. 2017;40(2):S12–23
19. Tomasi E, Silva D. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil : Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. 2015;15(2):171–80.
20. Pinto HA, Sousa ANA de, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate* 2014;38:358–72.
21. Jairnilson Paim, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia JM. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011.
22. Pereira-Santos M, Santana M de S, Oliveira DS, Nepomuceno Filho RA, Lisboa CS, Almeida LMR, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017;17(1):59–67.
23. Venâncio SI, Cezira Nogueira Martins M, Teresa Cera Sanches M, de Almeida H, Sintra Rios G, Germano de Frias P. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2013 [cited 2018 Nov 11];29(11):2261–74.
24. Pereira RS, Oliveira MI, Andrade CL, Santos Brito A, Vasquez J, Dumith SC, et al. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. *Rev Bras Saúde Matern Infant, Recife [Internet]*. 2010;15(2):181–92.
25. Silvestre PK, Antonieta De Barros M, Carvalhaes L, Venâncio SI, Lúcia V, Tonete P, et al. Conhecimento e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. *Rev Latino-am Enferm*. 2009 [cited 2018 Aug 26];17(6).
26. Starfield. B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. 1st ed. Unesco; Ministério da Saúde, editor. 2002.
27. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Serie Pactos pela Saúde 2006. [Internet]. Brasília; 2006 [cited 2018 Nov 13]. 60 p. Available from: www.saude.gov.br/dab

28. Brasil. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar (Cad. Atenção Básica No23). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2015. 184 p.
29. Lamounier JA. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 1998;44(4):319–24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301998000400011&script=sci_abstract
30. WHO. World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) [Internet]. WHO. World Health Organization; 2018 [cited 2018 Nov 12]. Available from: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
31. Brasil. Rede Amamenta Brasil: Os primeiros passos (2007-2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno [Internet]. Brasília; 2011. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf
32. Brasil. Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS): Caderno do Tutor [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2010 [cited 2018 Nov 11]. 106 p. Available from: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/estrategia.pdf>
33. Brasil. Portaria No 1.459, de 24 de junho de 2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS - a Rede Cegonha. Ministério da Saúde. 2011
34. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2015. 154 p.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica Conjunta No 209/2016 CGAN/DAB e CGSCAM/DAPES: Processo de Certificação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2016
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Cad. Atenção Básica No 32). Brasília; 2012. 272 p.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (Cad. Atenção Básica No 33). Brasília; 2012. 272 p.
38. Brasil. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar (Cad. Atenção Básica No 23). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Internet]. 2o. Brasília; 2015 [cited 2018 Aug 23]. Available from: www.saude.gov.br/editora
39. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil: A Systematic Review. J Ambul Care Manage. 2011;34:326–38.
40. Pinto HA, Sousa A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. Reciis. 2012;6(2).

41. Brasil. PMAQ-AB: Manual Instrutivo para equipes de Atenção Básica(Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2013. 38 p.
42. Contandriopoulos A. Avaliação na Área da Saúde : conceitos e métodos. In: Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a pratica na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro; 1997.
43. Hartz Z, Da LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador; 2010.
44. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). *J Ambul Care Manage*. 2017;40:S4–11.
45. Brasil. SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde. [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 2]. Available from: <http://sage.saude.gov.br/>
46. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Luz LA Da, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde em Debate*. 2014;38(special):69–82.
47. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM de, Fonseca HMS, Lima JG. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde em Debate*. 2014;38(special):13–33.
48. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde em Debate*. 2018;42(Número Especial 1):289–301.
49. Brasil. Portal do Departamento de Atenção Básica: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [Internet]. [cited 2018 Nov 2]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>
50. Brasil. Portal do Departamento de Atenção Básica. PMAQ-AB 2o Ciclo. 2014. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo
51. Brasil. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Internet]. Brasília; 2015. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pmaq.pdf
52. Brasil. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2018 Nov 13]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>
53. Fonseca ALM, Albernaz EP, Kaufmann CC, Neves IH, De Figueiredo VLM. Impact of breastfeeding on the intelligence quotient of eight-year-old children. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(4):346–53.
54. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)* [Internet].

2008;84(2):147–53. Available from:

http://www.jped.com.br/conteudo/Ing_resumo.asp?varArtigo=1808&cod=&idSecao=1

55. Vasquez J, Dumith SC, Rosane L, Susin O. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 2];15(2):181–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000200004>

56. Facchini LA, Thumé E., Nunes BP, Duro SMS, Fassa AG, Garcia LP, Tomasi E. (2015). Governança e desempenho do sistema de saúde: desafios nacionais e municipais à estratégia de saúde da família no Brasil. Em: Reich MR, Takemi K., editores. (Eds.), *Governando sistemas de saúde para nações e comunidades em todo o mundo* (1ª ed., Pp. 203-236.). Boston, MA: Lampreia e Lee.

57. Vítolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30(8):1695–707. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801695&lng=pt&tlng=pt

58. Organização Pan-americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030? 2018 [cited 2018 Oct 31].

59. Alves Salazar B, Campos MR, Luiza VL. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2017.

60. Silveira Ney M, Pierantoni CR, Lapão LV. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Saúde em Debate*. 2015 ;39:43–55.

8. Anexo 01 - Quadro 01: Descrição das variáveis estudadas no Módulo Equipes

Identificação*	Pergunta conforme instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB	Nova variável: Utilizada no estudo
14.3.1	A equipe programa oferta de consultas de pré-natal	A equipe programa oferta de consultas de pré-natal
14.7.4	A equipe realiza busca ativa para o pré-natal	A equipe realiza busca ativa para o pré-natal
14.2.1	A equipe possui registro de todas as gestantes do território	A equipe possui registro de todas as gestantes do território
26.2.3	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Gestantes e puérperas (aleitamento materno)	A equipe oferta ações educativas sobre AM para Gestantes
		A equipe oferta ações educativas sobre AM para puérperas
18.7	A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto
18.7/1.1	Realiza visita do ACS para captação da mulher para consulta e puerpério até 10 dias após o parto?	A equipe realiza busca ativa de mulheres para consulta e puerpério até 10 dias após o parto
18.7/1.2	Realiza Visita domiciliar de outros membros da equipe para captação da mulher para consulta e puerpério até 10 dias após o parto?	
18.8	Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto?	A equipe monitora as gestantes que tiveram o parto
II.18.8.1	Recebe a contra-referência da maternidade	
II.18.8.2	Recebe informação da secretaria municipal de saúde	
II.18.8.3 / II.18.8.4	Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto	
19.1.	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos
14.7.5	A equipe realiza busca ativa Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)	A equipe realiza busca ativa de crianças menores de dois anos, de crianças prematuras e crianças com baixo peso
14.7.6	A equipe realiza busca ativa Prematuras	
14.7.7	A equipe realiza busca ativa de criança com baixo peso	
14.2.2	A equipe possui registro de todas as crianças do território	A equipe possui registro de todas as crianças do território
19.6	A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?	A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável

(Conclusão)

Identificação*	Pergunta conforme instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB	Nova variável: Utilizada no estudo
19.7	A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”?	
19.8/19.8.1	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe evita tais práticas: Recebimento e distribuição de doações de fórmulas infantis e/ou outros alimentos para lactentes e/ou crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras	
19.8/19.8.2	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe evita tais práticas: Recebimento e utilização de materiais educativos sobre alimentação de lactentes, produzidos pela indústria de alimentos infantis bicos, chupetas e mamadeiras	A equipe conhece e aplica “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”
19.8/19.8.3	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe evita tais práticas: Recebe amostras, materiais promocionais ou patrocínio para eventos produzidos pela indústria de alimentos infantis, bicos, chupetas e mamadeiras	

Fonte: Microdados de Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2015

* Identificação conforme dicionário de dados Módulo II - Equipes

9. Anexo 02 - Quadro 02: Descrição das variáveis estudadas no Módulo Usuários

Identificação*	Pergunta contida no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB	Nova variável: Utilizada no estudo
13.5	Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal nesta unidade de saúde?	Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal nesta unidade de saúde
13.8.4	Na(s) consulta(s) de pré-natal nesta unidade de saúde, os profissionais de saúde: Examinaram as mamas?	Na(s) consulta(s) de pré-natal nesta unidade de saúde, os profissionais de saúde: Examinaram as mamas
13.9.2	Durante a consulta de pré-natal foi orientada sobre a amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses?	Durante a consulta de pré-natal foi orientada sobre a amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis
13.19	Durante o pré-natal, a senhora recebeu orientação sobre algum grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (palestra, oficina) voltado para a gestante?	Durante o pré-natal, a senhora recebeu orientação sobre algum grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (palestra, oficina) voltado para a gestante
15.1	A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?	A senhora fez consulta de revisão de parto na Atenção Básica
15.3	A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local? Nesta UBS	
15.5	A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto?	A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto
15.9	Na primeira consulta após o parto: Foram examinadas as mamas?	Na primeira consulta após o parto: Foram examinadas as mamas
15.10	Na primeira consulta após o parto: Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?	Na primeira consulta após o parto: Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação

(Conclusão)

Identificação*	Pergunta contida no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB	Nova variável: Utilizada no estudo
15.11	Na primeira consulta após o parto: Foi perguntado se a criança estava usando chupeta?	Na primeira consulta após o parto foi perguntado se a criança estava usando chupeta e mamadeira
15.12	Na primeira consulta após o parto: Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?	
17.1	Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)?	Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)
17.2.3	Na consulta feita na primeira semana, a senhora lembra se: a criança foi colocada para mamar?	Na consulta feita na primeira semana, a senhora lembra se: a criança foi colocada para mamar
18.2	A senhora recebeu orientação sobre alimentação da criança até dois anos?	A senhora recebeu orientação sobre alimentação da criança até dois anos