

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

**JANAINE FRAGNAN PERES**

**APOIO À MULHER PARA A AMAMENTAÇÃO E O PAPEL DO PROFISSIONAL DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUPORTE AO ALEITAMENTO MATERNO**

CASCAVEL-PR  
(Fevereiro/2020)

**JANAINE FRAGNAN PERES**

**APOIO À MULHER PARA A AMAMENTAÇÃO E O PAPEL DO PROFISSIONAL DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUPORTE AO ALEITAMENTO MATERNO**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

**ORIENTADOR:** Profa. Dra. Beatriz Rosana  
Gonçalves de Oliveira Toso

**CO-ORIENTADOR:** Profa. Dra. Ariana  
Rodrigues da Silva Carvalho

CASCADEL-PR

(Fevereiro/2020)

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Peres, Janaine Fragnan

Apoio à mulher para a amamentação e o papel do profissional da atenção primária no suporte ao aleitamento materno / Janaine Fragnan Peres; orientador(a), Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso; coorientador(a), Ariana Rodrigues da Silva Carvalho, 2020.

154 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, 2020.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem materno-infantil. 3. Aleitamento materno. 4. Apoio social. I. Toso, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. II. Carvalho, Ariana Rodrigues da Silva. III. Título.



Campus de Cascavel CNPJ78680337/0002-65  
Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85819-110  
Fone: (45) 3220-3000 Fax: (45) 3324-4566 - Cascavel - Paraná, CEP 85819-110

## JANAINE FRAGNAN PERES

Apoio à mulher para a amamentação e o papel do profissional da atenção primária no suporte ao aleitamento materno.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, Processo Saúde-doença e Políticas de Saúde, linha de pesquisa Práticas e Políticas de Saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Beatriz Rosa Gonçalves de Oliveira Toso  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Claudia Silveira Viera  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla  
Universidade Estadual de Londrina - UEL (UEL)

Cascavel, 21 de fevereiro de 2020

*Dedico este estudo aos meus pais, "João e Fátima", e ao meu noivo, "Renann". A minha luta sempre foi a de vocês. E a minha vitória não poderia ser diferente.*

## AGRADECIMENTOS

*Esta pesquisa representa uma jornada de desafio, construção e amadurecimento. Assim, para a realização desta dissertação de mestrado, contei com uma rede social de apoio que me forneceu todo o suporte, incentivo, ensinamentos, orientações e contribuições.*

*À prof. Dra Beatriz, orientadora dessa pesquisa, por acreditar em meu potencial e me aceitar como sua orientanda, por todo conhecimento compartilhado, atenção e paciência. Minha eterna gratidão!*

*À prof. Dra Ariana, co-orientadora deste trabalho, por todo auxílio e colaboração, conhecimento transmitido, empatia e paciência. Muito obrigada!*

*À equipe de pesquisa, pelo auxílio na coleta de dados. Vocês foram essenciais!*

*À Secretaria de Saúde de Cascavel e a seus profissionais de saúde, por permitirem que adentrássemos nas unidades de saúde para coleta de dados. Obrigada pela compreensão, paciência e disposição.*

*A todas as gestantes participantes da pesquisa, agradeço imensamente a disponibilidade e confiança. Sem vocês, esse desfecho não seria possível.*

*Aos profs. Mauren e Cláudia, por aceitarem participar da banca, contribuindo com seu conhecimento.*

*À UNIOESTE e ao corpo docente do curso de Mestrado em Biociências e Saúde que contribuíram para minha formação.*

*Ao meu amor Renann, por ser meu alicerce e apoio em todos os momentos. Obrigada pelo incentivo e pela força com a qual me impulsiona na direção de meus sonhos.*

*Aos meus pais, João e Fátima, e irmãos, César e Rodrigo, que, mesmo distantes fisicamente, sempre estiveram ao meu lado, apoiando-me durante toda minha trajetória, vibrando a cada conquista minha. Amo tanto vocês!*

*À minha sogra, Edna, e aos meus cunhados, Izabela e Yago, por toda ajuda, apoio, amor e incentivo. Vocês são o presente que a vida me deu.*

*À minha terapeuta Tamara, sem a qual eu teria desistido desde o primeiro momento. Obrigada por conduzir-me ao autoconhecimento, autocompaixão e autocuidado.*

*À Fabíula, minha amiga e companheira desta trajetória, pelo incentivo e parceria.*

## RESUMO

PERES, J.F. **Apoio à mulher para a amamentação e o papel do profissional da atenção primária no suporte ao aleitamento materno.** 137 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2020.

O aleitamento materno é uma importante prática social para a criança, a mulher e o país. No entanto, suas taxas no Brasil encontram-se aquém do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, apontando-nos que esse processo é influenciado por inúmeros determinantes que atuam no contexto biopsicossociocultural, no qual a mulher está inserida. Diante disso, objetivou-se identificar a fonte de apoio primária da mulher, no período gestacional, avaliar a qualidade dessa relação com vistas ao apoio à amamentação e compreender as percepções dos profissionais de saúde sobre o suporte ao aleitamento materno, abrangendo os fatores biopsicossocioculturais relacionados à alimentação infantil. Trata-se de estudo quali-quantitativo, descritivo e exploratório realizado em unidades de saúde em município do Oeste do Paraná. A abordagem quantitativa contempla a amostragem de conveniência com 152 gestantes de risco habitual e/ou intermediário, e os dados foram coletados por meio da aplicação da escala “*Qualidade da relação com as pessoas próximas*”, além de um instrumento de caracterização das participantes. A abordagem qualitativa se deu mediante entrevistas semiestruturadas com 28 profissionais de saúde. Os dados quantitativos foram sistematizados e analisados estatisticamente de forma descritiva. Os dados qualitativos foram analisados, utilizando-se a análise temática e discutidos à luz do referencial de promoção da saúde. As gestantes identificaram o marido/companheiro e outros membros da família como sendo as pessoas que atuam como sua fonte de apoio primária. A qualidade desse relacionamento é saudável e nele predominam aspectos positivos. Os profissionais de saúde se autodeclararam a principal fonte de apoio à mulher, no período do aleitamento materno, e o núcleo familiar foi pouco mencionado nos discursos; identificou-se que o aleitamento materno misto é a prática mais adotada, até os seis meses de vida do recém-nascido, e que o trabalho materno atua como a principal barreira que impede a prática do aleitamento materno exclusivo. Aspectos de ordem biológica, cultural e de intervenção profissional também surgiram como barreiras. Contudo, diversos fatores biopsicossocioculturais que interferem na amamentação exclusiva não foram pontuados como causa do não aleitamento materno exclusivo e no desmame precoce. No entanto, os profissionais reconhecem as fragilidades em sua prática assistencial e apontam a necessidade de capacitações e treinamentos para atuarem nesse contexto. Conclui-se que a escala apresenta um método sólido para medir a qualidade de um relacionamento com uma pessoa próxima, pois, quando seus resultados são positivos, maior é o apoio recebido pela gestante e, conseqüentemente, maiores são as influências para que a mulher inicie e perpetue a amamentação. Entretanto, os profissionais de saúde precisam identificar que a amamentação é determinada por inúmeros fatores e que as pessoas do contexto social da nutriz são influenciadoras dessa prática. Demonstra-se a importância de profissionais de saúde, da atenção primária, qualificados e preparados para apoiar a mulher e sua família no processo de amamentação e sugerem-se ações de educação permanente, envolvendo essa temática no cotidiano das equipes de



saúde.

**Palavras-Chaves:** Aleitamento materno. Apoio social. Profissionais de saúde. Gestantes.

## ABSTRACT

PERES, J.F. **Support for women for breastfeeding and the role of primary care professionals in supporting breastfeeding.** 137 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2020.

Breastfeeding is an important social practice for children, women and the country. However, their rates in Brazil are below those recommended by the World Health Organization, pointing out that this process is influenced by numerous determinants that act in the biopsychosociocultural context, in which the woman is inserted. Therefore, the objective was to identify the source of primary support for women during pregnancy, to assess the quality of this relationship with a view to supporting breastfeeding, and to understand the perceptions of health professionals about breastfeeding support, covering biopsychosociocultural factors related to food childish. This was a qualitative, quantitative, descriptive and exploratory study carried out in health units in a municipality in western Paraná. The quantitative approach was carried out by sampling convenience with 152 pregnant women of habitual and / or intermediate risk and the data were collected through the application of the scale "Quality of the relationship with close people", in addition to an instrument for characterizing the participants. The qualitative approach took place with 28 health professionals through semi-structured interviews. Quantitative data were systematized and statistically analyzed in a descriptive manner. Qualitative data were analyzed using thematic analysis and discussed in the light of the health promotion framework. The pregnant women identified the husband / partner and other family members as the people who act as their primary source of support. The total evaluation of the scale showed an average of 103.5, ranging from 40 to 128, and Cronbach's alpha value of 0.89. It was found that the quality of this relationship with the person close is healthy and positive aspects predominate. Health professionals declared themselves to be the main source of support for women during breastfeeding and the family nucleus was rarely mentioned in the speeches; identified that mixed breastfeeding is the most adopted practice until the six months of life of the newborn and that maternal work acts as the main barrier that prevents the practice of exclusive breastfeeding. Aspects of biological, cultural and professional intervention also emerged as barriers. However, several biopsychosociocultural factors that interfere with exclusive breastfeeding were not considered as the cause of exclusive breastfeeding and early weaning. However, professionals recognize the weaknesses in their care practice and point out the need for qualifications and training to work in this context. It is concluded that the scale presents a solid method to measure the quality of a relationship with a close person, because when its results are positive, the greater the support received by the pregnant woman and, consequently, the greater the influences for the woman to initiate and perpetuate the exclusive breastfeeding. However, health professionals need to identify that breastfeeding is determined by numerous factors and that people in the social context of the nursing mother are influencers of this practice. The importance of qualified primary care health professionals is demonstrated and prepared to support women and their families in the breastfeeding process and permanent education actions involving this theme in the daily lives of health teams are suggested.

**Key words:** Breast Feeding. Social Support. Health Personnel. Pregnant Women.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1	Diagrama do modelo teórico de promoção da saúde, de Nola J. Pender.....	32
Figura 2	Mapa do município de Cascavel dividido em distritos sanitários.....	39

### QUADROS

Quadro 1	Descrição dos componentes e características do diagrama do modelo teórico e promoção da saúde, conforme Nola J. Pender.....	33
Quadro 2	Temáticas distribuídas nas categorias e sub-categorias de análise, interpretação e discussão dos dados qualitativos.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
ARI	<i>Autonomy and Relatedness Inventory</i>
BLH	Banco de Leite Humano
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DPP	Depressão pós-parto
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
MTPS	Modelo Teórico de Promoção da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLC	Programa Leite das Crianças
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PRMP	Programa Rede Mãe Paranaense
PSE	Programa Saúde na Escola
QI	Quociente de Inteligência
RN	Recém-nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	18
_2.1 Objetivo Geral .....	18
_2.2 Objetivos Específicos .....	18
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
_3.1 Aleitamento Materno .....	19
_3.2 Rede e Apoio Social .....	22
_3.3 Promoção da Saúde.....	28
_3.4 O Modelo Teórico de Promoção da Saúde e a prática da enfermagem.....	311
4. METODOLOGIA .....	366
_4.1 Tipo de pesquisa .....	366
_4.2 Campo de pesquisa .....	377
_4.3 População e amostra .....	400
_4.4 Métodos/ técnicas/ procedimentos/ protocolos empregados para coleta de dados .....	400
_4.4.1 Pesquisa Quantitativa.....	400
_4.4.2 Pesquisa qualitativa.....	433
_4.5 Organização, apresentação, análise e interpretação de dados.....	433
_4.5.1 Pesquisa quantitativa .....	433
_4.5.2 Pesquisa qualitativa.....	444
_4.6 Aspectos éticos .....	466
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	477
ARTIGO CIENTIFICO 1 .....	488
ARTIGO CIENTÍFICO 2 .....	633
ARTIGO CIENTÍFICO 3 .....	811
CONSIDERAÇÕES/CONCLUSÕES FINAIS .....	966
REFERÊNCIAS GERAIS .....	98
APÊNDICES.....	1055
ANEXOS .....	1100

## 1. INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) não se configura apenas como uma prática de nutrição da criança, mas, mais do que isso, envolve processos que estreitam o vínculo entre mãe e filho e trazem benefícios significativos para ambos (BRASIL, 2015a).

Dentre as inúmeras vantagens, as propriedades imunológicas do leite materno protegem a criança contra doenças comuns da infância, que são importantes causas de morbimortalidade infantil, como diarreia e pneumonia, além de apresentarem um efeito positivo no desenvolvimento cognitivo e emocional do infante. Para as mães, evidências científicas estimam uma redução na prevalência de câncer de mama, diabetes tipo 2 e prevenção de nova gravidez, entre outros benefícios. Conseqüentemente, o AM melhora a qualidade de vida das famílias, pois reduz a incidência de doenças e suas implicações, com conseqüentes faltas dos pais ao trabalho, menores custos financeiros e redução de situações estressantes (BRASIL, 2015a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda iniciar o AM na primeira hora de vida e mantê-lo como única forma de alimentação durante os seis meses seguintes (Aleitamento Materno Exclusivo – AME). Posteriormente, sua continuidade é recomendada até, pelo menos, os dois anos de idade, ou mais devidamente suplementada com outros alimentos. Contudo, apesar de reconhecidamente benéfica, as taxas de AME ainda se encontram aquém do preconizado pela OMS, que tem a meta de 50% de amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida até o ano de 2025 (WHO, 2017).

No Brasil, estudo realizado sobre a tendência de indicadores do AM, nas últimas três décadas, apontou que a prevalência do AME, entre os menores de seis meses, teve ganhos significativos até o ano de 2006, indo de 2,9%, em 1986, para 37,1%, no referido ano, porém com estabilização em 2013, com 36,6%. Por outro lado, a amamentação continuada até o segundo ano manteve-se estável entre 1986 e 2006 (24,5% e 24,7%, respectivamente), sendo o único indicador com aumento da prevalência nesse período, elevando-se para 31,8%, em 2013 (BOCCOLINI et al.,

2017).

A pesquisa de prevalência de AM nos municípios brasileiros, realizada pelo Ministério da Saúde (MS), constatou que os municípios participantes da pesquisa da região Sul do Brasil tiveram índices de AME em crianças menores de seis meses inferiores à média nacional, que foi de 41%, exceto as capitais Curitiba – PR e Florianópolis – SC, que apresentaram prevalências superiores, de 46,1% e 52,4%, respectivamente. Todavia, faz-se importante destacar que, no Estado do Paraná, além de sua capital, o único participante da pesquisa foi o município de Londrina, com prevalência de 33,7%, demonstrando heterogeneidade dentro do estado (BRASIL, 2010).

Diversos foram os esforços empreendidos no país em prol da amamentação, desde a década de 1980, quando houve declínio na sua prática e consequente aumento nas taxas de mortalidade infantil, em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. A partir de então, muitas ações de incentivo ao AM foram elaboradas e respaldadas por políticas públicas como estratégias de combate à morbimortalidade infantil, entre elas: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM (1981), Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes - NBCAL (1988), Banco de Leite Humano (1988), Hospital Amigo da Criança (1992), Comitê Nacional de Aleitamento Materno (2006), Rede Amamenta Brasil (2008), Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (2013), Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC (2015), e Mês do Aleitamento Materno - Agosto Dourado (2017) (BRASIL, 2017a).

No entanto, além de desenvolver ações voltadas à amamentação, é necessário garantir esse direito e mobilizar a sociedade para seu cumprimento, assim como, garantir às nutrizes suporte e atenção integral, especialmente nos serviços de saúde; e mais, faz-se de suma importância estabelecer uma agenda intersetorial, envolvendo áreas como a Educação, Desenvolvimento Social, Direito, entre outras, pois somente assim serão alcançados os avanços necessários à promoção, à proteção e ao apoio ao AM no país (BRASIL, 2017a).

Verifica-se, então, que a prática da amamentação não se restringe apenas às políticas públicas e há que se considerar o contexto biopsicossociocultural no qual a mulher está inserida, visto que são determinantes nesse processo: fatores biológicos, econômicos, sociais, culturais e psicológicos que exercem influências na iniciação e perpetuação do AM e, por isso, devem ser criteriosamente avaliados (BOCCOLINI;

CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

Nesse sentido, conhecer a rede de apoio social das mulheres em processo gestacional se torna fundamental, visto que os atores que compõem essa rede podem influenciar na decisão da mulher em amamentar (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

O apoio social é considerado uma ferramenta de suporte psicológico e emocional para as mães, durante o período de puerpério (CARDOSO; VIVIAN, 2017). Pode ser apresentado como apoio emocional, material e financeiro e envolve também a ajuda nos afazeres domésticos, nos cuidados com o bebê e com os outros filhos (PRIMO et al., 2015).

Estudos realizados com a finalidade de identificar a rede de apoio social de puérperas, na prática da amamentação, constataram que o meio familiar é a principal fonte de apoio à mulher, geralmente representada pela mãe da puérpera e por familiares do sexo feminino, principalmente as mais velhas, que já passaram pela experiência da amamentação (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015). A figura do companheiro também aparece como indispensável nesse cenário, e o suporte de amigos e vizinhos é importante quando a nutriz não possui familiares próximos (PRIMO et al., 2015). Sendo assim, essa rede é composta por sujeitos que possuem inúmeros saberes acerca da amamentação e, portanto, exercerão influências nesse processo (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

A partir do contexto acima descrito, verificou-se que, dentre os estudos com a finalidade de identificar a rede de apoio social da mulher e sua relação com a prática da amamentação, poucos avaliam a qualidade desse relacionamento. Destaca-se que são nos espaços domiciliares que se operam saberes, decisões e práticas sobre costumes, de forma geral.

Assim sendo, é necessário que os profissionais de saúde conheçam tais práticas, incentivem aquelas que são promotoras de saúde e problematizem as condutas danosas que afetam o binômio mãe-filho (CARDOSO; VIVIAN, 2017), bem como suas famílias.

As equipes de saúde devem fazer parte da rede social de apoio e suporte à nutriz (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015). No âmbito da atenção primária, a “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” visa a fortalecer a prática do AM, com ações de acolhimento, vínculo e responsabilização sobre o cuidado longitudinal e integral a mulheres, crianças e famílias. No âmbito hospitalar, a “Iniciativa Hospital Amigo da



Criança”, “Método Canguru” e “Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano” buscam fortalecer o AM, por meio da assistência na maternidade e no seguimento das crianças (BRASIL, 2017a).

Todavia, os profissionais de saúde, independentemente da área de atuação, têm considerado a amamentação como ato puramente instintivo e biológico, e não a compreendem como um processo biopsicossociocultural, dinâmico e relacional. Assim, é de fundamental importância que o trabalho das equipes de saúde baseie-se na interação entre as profissões, de maneira que contemplem a realidade materna e promovam reflexões na tentativa de melhorar seus anseios, esclarecer suas dúvidas e promover a prática saudável do AM (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Diante do exposto, emergiram como questões desse estudo: A qualidade do relacionamento da mulher em processo gestacional, com sua fonte de apoio primário, interfere na prática da amamentação? Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre as influências dos fatores socioculturais e de crenças na alimentação infantil?

Pretendeu-se, com esse estudo, abranger a vivência da mulher no período gestacional com relação ao apoio recebido de sua fonte de apoio primária a respeito da amamentação, somado às percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados à alimentação infantil, a fim de propor estratégias mais efetivas para a proteção dessa prática, em prol do aumento da duração do AME.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Identificar a fonte de apoio primária da mulher, no período gestacional; avaliar a qualidade dessa relação com vistas ao apoio à amamentação e compreender as percepções dos profissionais de saúde sobre o suporte ao aleitamento materno, abrangendo os fatores biopsicossocioculturais relacionados à alimentação infantil.

### 2.2 Objetivos Específicos

Identificar a pessoa mais próxima à gestante, que atua como fonte primária de apoio durante a gestação, no incentivo à amamentação;

Avaliar a qualidade da relação da gestante com sua fonte de apoio primária.

Identificar, junto aos profissionais de saúde, que tipo de apoio as mulheres recebem na sua comunidade, durante o período de amamentação;

Compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca dos fatores culturais e das crenças que influenciam a escolha do tipo de alimentação infantil;

Explorar as barreiras percebidas pelos profissionais de saúde, as quais influenciam o aleitamento materno.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Aleitamento Materno

A cada dia, novos estudos científicos apontam que o leite materno é o alimento primordial para os infantes, sendo incomparável, sustentável e gratuito; que não apenas sacia a fome, mas supre suas necessidades nutricionais, hormonais e imunológicas (RIEMENSCHNEIDER; AQUINO, 2017).

Entre as inúmeras vantagens do AM, segundo estudos recentes, crianças que recebem o leite materno por tempo prolongado apresentam menores índices de morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias e otite média. Além disso, o aleitamento materno é responsável pela diminuição nas taxas de mortalidade por causas como enterocolite necrozante e síndrome da morte súbita no lactente. Ademais, crianças que recebem o leite materno por mais tempo apresentam maior quociente de inteligência (QI) e menor risco de má oclusão dentária, além de evidências já demonstrarem que essa prática pode proteger contra o sobrepeso e diabetes, no decorrer da vida. Para a mãe, esse ato pode prevenir o câncer de mama, aumentar o intervalo interpartal, reduzir o risco de diabetes tipo 2 e câncer de ovário (VICTORA et al., 2016).

Para um país, o leite materno também promove incrementos de ordem econômica, seja por meio do aumento do QI, seja pela redução nos custos com assistência à saúde e/ou por possuir sustentabilidade ambiental e não causar poluição, desperdício ou uso de embalagens desnecessárias (ROLLINS et al., 2016).

Segundo a OMS (WHO, 2007), as práticas de alimentação infantil são definidas e reconhecidas no mundo inteiro, e recebem distintas definições, como segue:

- Aleitamento materno exclusivo: é aquele em que a criança recebe somente leite materno (incluindo leite humano de outra fonte - ordenhado) sem outros líquidos ou sólidos, exceto soro de reidratação oral, gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;

- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe leite materno como fonte predominante de alimentação, mas ainda recebe água ou bebidas à base de água, sucos de frutas e fluidos rituais;
- Aleitamento materno: denota que a criança recebe leite materno, independente de receber ou não outros alimentos;
- Aleitamento materno complementado: além do leite materno, a criança recebe alimentos sólidos ou semissólidos com a finalidade de complementá-lo;
- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF – recomendam o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e o início da alimentação complementar adequada e segura a partir de então, mantendo a amamentação até os dois anos de idade ou mais (OMS, 2010).

Para que as mães iniciem e mantenham o AME por seis meses, a OMS e o UNICEF recomendam que a amamentação inicie já na primeira hora de vida do recém-nascido; que o bebê só receba leite materno, sem outro alimento ou bebida; que as mamadas sejam por livre demanda, ou seja, quantas vezes a criança quiser; e se evite o uso de mamadeiras, bicos ou chupetas (OMS, 2018).

Victoria et al. (2016) verificaram que os países de alta renda têm menor duração da amamentação, quando comparados aos países de baixa e média renda. Porém, mesmo nesses últimos, apenas 37% das crianças menores de seis meses são exclusivamente amamentadas. Assim sendo, estratégias de apoio, proteção e promoção do AM são igualmente importantes nos países ricos e pobres. A ampliação da amamentação a um nível quase universal poderia prevenir 823.000 mortes a cada ano, em crianças menores de cinco anos; e 20.000 mortes por câncer de mama.

Na América Latina, excluindo o Brasil e o México, e no Caribe, o percentual de crianças em AME aumentou de 30%, no ano de 1996, para 45% em 2006 (OMS, 2010). No Brasil, essa prevalência apresentou ganhos significativos até o ano de 2006, com 37,1%, porém essa taxa é consideravelmente baixa, quando comparada aos demais países da América Latina (BOCCOLINI et al., 2017).

Boccolini, Carvalho e Oliveira (2015), em revisão sistemática de estudos epidemiológicos conduzidos no Brasil, tendo o AME como desfecho, apontaram a escolaridade materna crescente, a idade materna intermediária, a ausência de trabalho materno e o peso ao nascer adequado como fatores que se associam

positivamente a essa prática. Em contrapartida, o uso de chupeta e o baixo número de consultas de pré-natal se apresentaram como fatores de risco para a mesma condição.

Estudo de coorte, que monitorou as mães por um período de seis meses, identificou como fatores dificultadores do AM a impressão do leite fraco ou pouco leite e a volta ao trabalho ou ao estudo; o trauma mamilar foi referido aos 15 dias de monitoramento. Entretanto, das mães que abandonaram o AME nesse período, a maioria (58,3%) alegou que seu leite era fraco, sendo assim, as lactantes que apresentaram dificuldades na amamentação tiveram, em média, menor tempo de AME (ROCCI; FERNANDES; 2014).

Outros fatores associados à interrupção precoce do AME, no primeiro mês de vida do lactente, são a falta de experiência prévia com a amamentação, o estabelecimento de horários fixos para amamentar, o uso de chupeta e a presença de fissura mamilar (VIEIRA et al., 2010).

A experiência de gestação anterior atua como um fator protetor frente à adesão ao AME (AMARAL et al., 2015) e, diante disso, os profissionais de saúde devem direcionar seu olhar às mães que não amamentaram anteriormente e àquelas primíparas, encorajando-as no ato de amamentar (FERREIRA et al., 2018).

A necessidade do trabalho materno fora do lar é um dos motivos para a não amamentação ou o desmame precoce. Licença-maternidade inadequada, falta de oportunidade para amamentar ou ordenhar leite no local de trabalho e restrições sobre amamentação em público são atitudes sociais negativas (ROLLINS et al., 2016).

No Brasil, ao longo de 30 anos, muitas políticas públicas foram implementadas, com a finalidade de promover, apoiar e incentivar o AM(SILVA et al., 2017), as quais serão apresentadas a seguir.

No âmbito hospitalar, a normatização do sistema alojamento conjunto, as normas para o funcionamento de Bancos de Leite Humano (BLH), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a interrupção da distribuição de substitutos de leite materno nos serviços de saúde demonstram as mudanças ocorridas para se fortalecer a amamentação (BRASIL, 2014).

No eixo da atenção básica, a Rede Amamenta Brasil (2008) e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (2009) resultaram na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, em 2013, que objetiva aprimorar as competências e as habilidades dos profissionais de saúde nesse nível de atenção

(BRASIL, 2014; 2017a).

Outras estratégias têm incentivado o AM no Brasil, direta ou indiretamente, como o Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento, o Método Canguru, o Comitê Nacional de Aleitamento Materno, o Cuidado Amigo da Mulher, o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e a implantação de salas de apoio à amamentação em empresas (BRASIL, 2014; 2017a).

No entanto, verifica-se, em nosso país, que, apesar dos esforços empreendidos em prol da amamentação, essa prática encontra-se aquém das recomendações nacionais e internacionais. Existem diversos fatores que influenciam esse processo e que vão além de uma política específica (BRASIL, 2017a). É muito importante considerar o contexto biopsicossociocultural no qual a mulher está inserida, visto que são determinantes que exercem influência na iniciação e manutenção do AM e, por isso, devem ser criteriosamente avaliados (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

Assim sendo, discute-se, a seguir, o tema do apoio recebido pela mulher para o sucesso da prática da amamentação, desde sua rede familiar e social mais próxima, até a rede de apoio na comunidade, que inclui a atenção profissional a que tem acesso.

### 3.2 Rede e Apoio Social

O comportamento de amamentar é influenciado por uma miríade de determinantes, incluindo atitudes, conhecimento e apoio social. A mensuração efetiva desses determinantes é crucial para fornecer suporte ideal para as mulheres durante todo o período de amamentação (CASAL et al., 2016).

Biologicamente, quase todas as mulheres são capazes de amamentar, no entanto, essa prática é afetada por fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais, bem como condições estruturais. Esses determinantes, por sua vez, operam em múltiplos cenários: sistemas e serviços de saúde, família e comunidade, trabalho e emprego. E, no nível mais íntimo, a amamentação é influenciada pelos atributos da própria mãe e da criança, que resultam da internalização, na mulher, das influências exercidas pelos determinantes estruturais e os diversos cenários (ROLLINS et al., 2016).

O termo apoio social é diversificado e está distante de uma definição coerente e universal. Tem sido alvo de debate entre diversas áreas do conhecimento que investigam sua definição, principais dimensões, formas de avaliação, efeitos no bem-estar físico e psicológico, bem como sua ligação com a saúde (NUNES, 2005).

Segundo Pedro, Rocha e Nascimento (2008), há que se diferenciar apoio social de rede social e, embora muitos estudos utilizem os termos como sinônimos, esses apresentam distinções entre si.

A rede social diz respeito às estruturas ou instituições disponíveis ao indivíduo, a exemplo da comunidade e de suas associações, dos serviços de saúde e da escola. Já o apoio social decorre das relações sociais estabelecidas com os membros da rede, composto por familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde (BULLOCK, 2004).

A rede e apoio social pode exercer influências positivas sobre a saúde quando se constata que as relações estabelecidas entre as pessoas geram comportamentos que monitoram e incentivam a saúde – como a adesão a uma prática saudável. Nesse contexto, o apoio social torna-se um elemento que favorece o empoderamento, processo no qual as interações entre os indivíduos geram pensamentos críticos em relação à realidade e possibilitam um agir na direção da melhoria da sua situação de vida (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Nessa vertente, diversos estudos são realizados com a finalidade de identificar e avaliar a rede e o apoio social a grupos-alvo, por exemplo, gestantes e puérperas. Salienta-se que o apoio ofertado à mulher, durante seu processo gravídico-puerperal, pode ser considerado um fator determinante na adesão e manutenção da amamentação (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

Estudo realizado com a finalidade de conhecer a rede de apoio social das puérperas na prática da amamentação constatou que o meio familiar e as pessoas do contexto comunitário, principalmente as mulheres, são os principais atores sociais dessa rede e que a amamentação é fortemente influenciada por mitos, crenças, tabus e valores culturais que são repassados de geração em geração (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

A revisão integrativa realizada por Monte, Leal e Pontes (2013) aponta que a influência das pessoas da rede de apoio se torna mais significativa com o tempo de convivência, e que as mães, avós e sogras podem exercer influências negativas no início e/ou na manutenção da amamentação, fundamentadas no mito do leite fraco.

Nesse sentido, estudo que objetivava identificar os fatores que podem influenciar a interrupção do AME aponta que a crença na produção insuficiente de leite ou de leite fraco atua negativamente nessa prática, visto que algumas nutrizes, ao se depararem com a dúvida sobre a quantidade de leite, introduzem outros alimentos, sem o auxílio ou avaliação profissional (AMARAL et al., 2015).

Nessa nova fase de ser mãe, a progenitora, muitas vezes, sente-se incompetente e incapaz para o ato de criação do filho e, na maioria das vezes, não possui o suporte emocional ou físico das pessoas que estão ao seu redor. Pelo contrário: o que ela recebe, frequentemente, são opiniões que a desacreditam como mulher e como mãe (RIEMENSCHNEIDER; AQUINO, 2017, p.4).

Assim, a opinião positiva de familiares - os conselhos fornecidos pelo marido/companheiro e pela mãe da puérpera - representa um importante suporte à nutriz e a ajuda a lidar com dificuldades e desconfortos que podem surgir nesse período, reforçando a prática do AM (AMARAL et al., 2015).

A figura paterna também representa uma influência ímpar na decisão da mulher em amamentar. Entretanto, esse sucesso não depende somente de sua presença, mas também de sua atitude. Assim, é indispensável que os profissionais de saúde incluam o pai nos projetos de educação em saúde e na assistência à mulher, durante o período gravídico-puerperal (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012).

Pessoas que não são familiares, mas que convivem com a puérpera, como amigos, vizinhos, pai da criança o qual não coabita com ela, colegas de trabalho, entre outros, também atuam como atores sociais na rede, principalmente para as mulheres que não possuem familiares próximos. Esse suporte não se refere apenas ao ato de amamentar, mas também ao apoio material, financeiro e emocional, incluindo atividades que a auxiliam nas tarefas domésticas e na ajuda para cuidar da criança (PRIMO et al., 2015).

Nesse contexto, o tema da Semana Mundial de Aleitamento Materno de 2019 foi “Empoderar mães e pais, favorecer a amamentação. Hoje e para o futuro!”, apontando que a amamentação envolve a mãe e seus apoiadores mais próximos, sendo importante adotar uma abordagem inclusiva e reafirmar a ação sobre a proteção social de mães e de pais com equidade de gênero para promover o AM (IBFAN, 2019).

As equipes de saúde formam uma rede social de apoio e suporte à nutriz (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015). No tocante à atenção primária, devem focar a



determinação do processo saúde-doença e considerar o meio social onde as pessoas estão inseridas, garantindo o apoio, assistência, orientação e acompanhamento longitudinal, da gestação ao crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2017a).

Nesse contexto, Amaral et al. (2015) comentam que os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos à mulher, relacionados à prática correta da amamentação, devem valorizar os conhecimentos e as crenças delas, pois as orientações profissionais, muitas vezes, diferem do saber popular e podem gerar dúvidas e confusão diante do seu seguimento, causando insegurança na nutriz.

Muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido pelos profissionais de saúde, que costumam oferecer um suporte passivo e reativo. Entretanto, as nutrizes necessitam de um apoio ativo (inclusive emocional), e as equipes de saúde precisam entender o que as mães desejam, precisam ou esperam deles. Dessa forma, o trabalho das equipes só terá sucesso se os profissionais tiverem um olhar abrangente sobre a mulher, seus aspectos emocionais, a cultura familiar, sua rede social de apoio, entre outros (BRASIL, 2015a).

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), instituída pela Portaria n. 1.920, de 5 de setembro de 2013, visa a qualificar as ações de promoção do AM e da alimentação complementar saudável, por meio da capacitação e do aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde, para que tal prática seja rotina das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2013).

No entanto, estudo realizado por Siqueira et al. (2017), desenvolvido com 614 profissionais de saúde, identificou que 51% deles nunca haviam realizado curso de qualificação sobre o AM durante sua atuação profissional e que, apesar de haver uma política já determinada para a capacitação dos profissionais nesta temática, na rede de atenção básica, apenas 25% desses se capacitaram pelo próprio serviço.

Em vista disso, faz-se importante colocar em prática as medidas-base dessa política de incentivo e a promoção ao aleitamento, capacitando as equipes de saúde para melhor atenderem as gestantes/puérperas, desde o período pré-natal, visto que há um maior tempo para o preparo físico e psicológico para o ato de amamentar, estabelecendo vínculo e tornando-se uma fonte de apoio à puérpera e às pessoas de seu ciclo social (SILVA et al., 2017).

No âmbito hospitalar, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), instituída pela OMS e pelo UNICEF, visa a promover, proteger e apoiar o AM nesse nível de atenção, certificando as instituições públicas e privadas que cumprem com os “Dez

passos para o sucesso do aleitamento materno”, com o “Cuidado amigo da mulher” e com outros requisitos que buscam a adequada atenção à saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2017b).

Estudo realizado em um Hospital Amigo da Criança, da rede pública da Paraíba, Nordeste do Brasil, revelou que os profissionais de saúde têm maior preocupação com o aspecto técnico, no incentivo ao AM. As atividades pró-amamentação ficam predominantemente a cargo do setor de Banco de Leite Humano e a equipe de saúde não se apropriou da política de AM da instituição (MAROJA; MEDEIROS; CARVALHO, 2014).

Independentemente da área de atuação, a amamentação é um desafio para o profissional de saúde, uma vez que a maioria deles tem domínio teórico do assunto, mas ausência de domínio prático (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Ressalta-se, assim, a importância do preparo dos profissionais de saúde, quer seja na assistência hospitalar quer seja nas unidades básicas, para conhecerem as políticas de proteção, promoção e apoio ao AM, fornecendo o suporte físico, sociocultural e emocional às nutrizes e aos recém-nascidos, de maneira a produzir resultados positivos durante a lactação (CUNHA; SIQUEIRA, 2016).

Os profissionais de saúde precisam compreender a amamentação como um processo biopsicossociocultural, dinâmico e relacional e, nesse caminho, desenvolver um trabalho interdisciplinar contemplando uma abordagem comum, coordenada e cooperada entre as diversas profissões, a fim de se aumentar a confiança das mulheres quanto ao ato de amamentar e torná-los, assim, mais propensos a promoverem positivamente o AM e o suporte às mães (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Dessa forma, verifica-se que a prática da amamentação é altamente complexa, pois envolve não só a díade mãe/filho, mas também os profissionais de saúde e o núcleo familiar (CUNHA; SIQUEIRA, 2016).

Ferreira et al. (2018) verificaram que, além das redes sociais de apoio já mencionadas, existem diversas fontes de informação que influenciam o ato de amamentar, por exemplo, os meios de comunicação falados, a internet e suas redes sociais, bem como as experiências de vida e motivação. No entanto, tal influência só será positiva se houver a divulgação correta das informações.

Em relação às atitudes sociais e culturais, além de fatores do mercado, Riemenschneider e Aquino (2017, p.3) afirmam que “a maternidade não ficou imune às propagações da sociedade de consumo”, que se aproveita da vulnerabilidade da

“recém-nascida” mãe e tentam impor a ela condutas e comportamentos que a destituam de sua capacidade de cuidado e proteção da prole, utilizando-se, por exemplo, do marketing da substituição do AM por fórmulas sintéticas infantis. Somando-se a isso, os próprios profissionais de saúde são influenciados pela publicidade e, muitas vezes, prescrevem inadvertidamente e sem real necessidade as fórmulas artificiais, contribuindo para o desmame precoce da criança.

Nessa vertente, Rollins et al. (2016) demonstram a grande ambição competitiva da indústria com a alimentação infantil, ao apontarem que as vendas de substitutos do leite materno em todo o mundo, em 2014, foram de 44,8 bilhões de dólares. Sendo assim, a propaganda de substitutos ao leite materno é mais um fator que pode afetar negativamente a amamentação.

Estudo realizado por Moreira et al. (2017) analisou os cartazes das 22 Semanas Mundiais do Aleitamento Materno no Brasil e constatou que apenas nove peças publicitárias apresentaram, em seu componente visual e/ou textual, algum dos atores da rede social da mulher/nutriz. Assim, torna-se necessária a inserção desses membros nos cartazes e seu envolvimento no apoio à nutriz, para que assumam sua corresponsabilidade na prática da amamentação, a fim de se construir uma nova cultura que não responsabilize apenas a mulher.

Diversas ferramentas virtuais, como o Facebook, Instagram, Blogs, entre outros, estão atuando a promoção da autonomia de mães e interessados. Essas apresentam, de forma mais acessível, informações científicas de órgãos de referência, como a OMS e o MS sobre o AM, o que não substitui de forma alguma, a avaliação profissional, mas “encorajam as mulheres, com informações que podem levá-las a questionarem prescrições médicas que desafiam seus objetivos de amamentação”. Sendo assim, tornam-se formas de empoderamento materno, pois direcionam informações para a nova e/ou futura mãe (RIEMENSCHNEIDER; AQUINO, 2017, p.12).

Diante disso, no que tange à mulher, acredita-se ser indispensável compreender suas reais necessidades, concepções e dificuldades em relação ao AM. Quanto aos profissionais de saúde, esses devem atuar em equipes interdisciplinares, para se fornecer o suporte adequado, com escuta ativa e esclarecimento de dúvidas. No que diz respeito à sociedade, essa deve ser estimulada culturalmente a aceitar e, assim, estimular a amamentação (MOURA; FLORENTINO; BEZERRA, 2015).

Nesse contexto, avaliar os aspectos referentes ao apoio e à rede social, em

que se inclui o comportamento dos profissionais de saúde frente às práticas de amamentação e ao suporte da mulher para o AM, torna-se crucial para promover melhorias na saúde materno-infantil e contribuir para a mudança de cenário.

Considerando as inúmeras interfaces do AM, que compõem a rede social da nutriz e suas várias dimensões, faz-se essencial entendê-la em seu contexto multifatorial e atuar sobre seus condicionantes e na determinação social, direcionando o modo de cuidar eficientemente com interação entre profissional de saúde, família, cuidado, ambiente e cultura. Frente a isso, a discussão do presente estudo será embasada no referencial teórico da Promoção da Saúde, conforme descrição subsequente.

### 3.3 Promoção da Saúde

O conceito atual de promoção da saúde surgiu entre os anos 1986 e 1991, a partir das contribuições de três importantes conferências internacionais sobre o tema, que se destacam pela grande relevância para o desenvolvimento de suas bases conceituais e políticas contemporâneas, a saber, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), e emergem como reação à hegemonia do modelo biomédico fragmentado, predominante nas práticas de saúde (BUSS, 2006).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, resultou na Carta de Ottawa, que ainda direciona as estratégias de promoção da saúde em todo o mundo. O documento assume o conceito de saúde da OMS: “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” e aponta a influência de múltiplos determinantes sobre a saúde dos indivíduos e da população e para a intersectorialidade, ao afirmar que, para promover a saúde, é fundamental considerar outros quesitos, tais como: educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, paz e equidade, o que não se assegura somente pelo setor saúde e demanda relações de interdependência com os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (BUSS, 2006, p.80).

As Conferências Internacionais subsequentes reforçaram e contribuíram com a divulgação da promoção da saúde, ao abrangerem como temas centrais: Políticas Públicas Saudáveis (Adelaide, 1988), Ambientes Favoráveis à Saúde (Sundsvall, 1991), Reforço da Ação Comunitária (Jakarta, 1997), Rumo a uma maior Equidade

(Cidade do México, 2000) e Saúde como Direito Humano (Bangcok, 2005) (BUSS, 2006; RABELLO, 2010).

Entretanto, apesar dos avanços advindos das conferências e demais eventos específicos de promoção da saúde, têm-se, ainda, uma visão reducionista de promoção da saúde e, frequentemente, o termo é associado e/ou definido como sinônimo de prevenção de doenças (BUSS, 2006).

Assim, Buss (2006) enfatiza que diversos conceitos de promoção da saúde surgiram ao longo dos anos e podem ser reunidos em dois grandes grupos. No primeiro deles, as atividades e programas se concentram em componentes educativos e são direcionadas às mudanças no comportamento dos indivíduos e seu estilo de vida, localizando-os no ambiente familiar e comunitário. E o segundo grupo, que caracteriza o termo modernamente, enfatiza a saúde como resultado de múltiplos fatores que, pelo menos em parte, não dependem do controle dos próprios indivíduos e exercem influências na qualidade de vida, como um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, educação ao longo da vida, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.

Neste contexto, a promoção da saúde engloba estratégias, políticas, ações e intervenções focadas na melhoria da qualidade de vida de indivíduos e coletividades, com o objetivo de atuar sobre a determinação social da saúde, por meio de ações intersetoriais e com participação social (BRASIL, 2018).

Rabello (2010, p. 37 e 38) aponta que o paradigma da promoção da saúde admite a concepção de que o tema da saúde é social e, portanto, está inteiramente relacionado à forma de sociedade e de Estado. Portanto, trata-se de um processo “elaborado continuamente, a partir do referencial que as pessoas e/ou grupos tragam, e não do referencial estático da medicina flexneriana, que não incorpora o conceito de instituição social que a medicina expressa”.

No Brasil, há grande esforço na construção de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o MS instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da Portaria MS/GM n.687, de 30 de março de 2006, que foi redefinida pela Portaria MS/GM n. 2446, de 11 de novembro de 2014, para firmar o compromisso de ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde, nos serviços e na gestão do SUS (BRASIL, 2015b).

A PNPS adota o referencial da Promoção da Saúde (BRASIL, 2015b, p. 26),

como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Essa política tem como objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e do modo de viver, desenvolvendo a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, diminuindo vulnerabilidades e riscos à saúde, decorrentes da determinação social, econômica, política, cultural e ambiental. Seus princípios são equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade e intrassetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade (BRASIL, 2015b).

É importante destacar que a PNPS traz a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população e, diante disso, aponta oito temas como prioritários, a saber: formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas, promoção da mobilidade segura, promoção da cultura da paz e dos direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2015b).

Estudo realizado por Malta et al. (2018) aponta que a PNPS apresentou avanços nos últimos anos, destacando-se sua inserção na programação orçamentária e o financiamento para diversos projetos, como o de atividade física, alimentação saudável, prevenção do tabagismo e da violência, além da capacitação de recursos humanos e mobilização social. No entanto, esses avanços estão seriamente ameaçados frente à grave crise política, econômica e institucional que acomete o país, em especial os cortes orçamentários para os próximos 20 anos, com a Emenda Constitucional 95, que resultará em retração significativa da oferta de ações e serviços do SUS, incluindo-se os previstos na PNPS.

Para contribuir para a promoção da saúde, diversos modelos e teorias são utilizados e aplicados na prática da enfermagem visando a favorecer a melhoria da qualidade do cuidado (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005). Esses modelos ou teorias de enfermagem podem ser considerados vitais na construção do saber e na prática

profissional, uma vez que possibilita aos profissionais a descrição e a explicação dos aspectos da realidade assistencial e explicitam a complexidade e multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da saúde (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010). Nesse contexto, será apresentado a seguir o Modelo Teórico de Promoção da Saúde (MTPS) de Nola J. Pender, que será utilizado como referência para discussão dessa pesquisa.

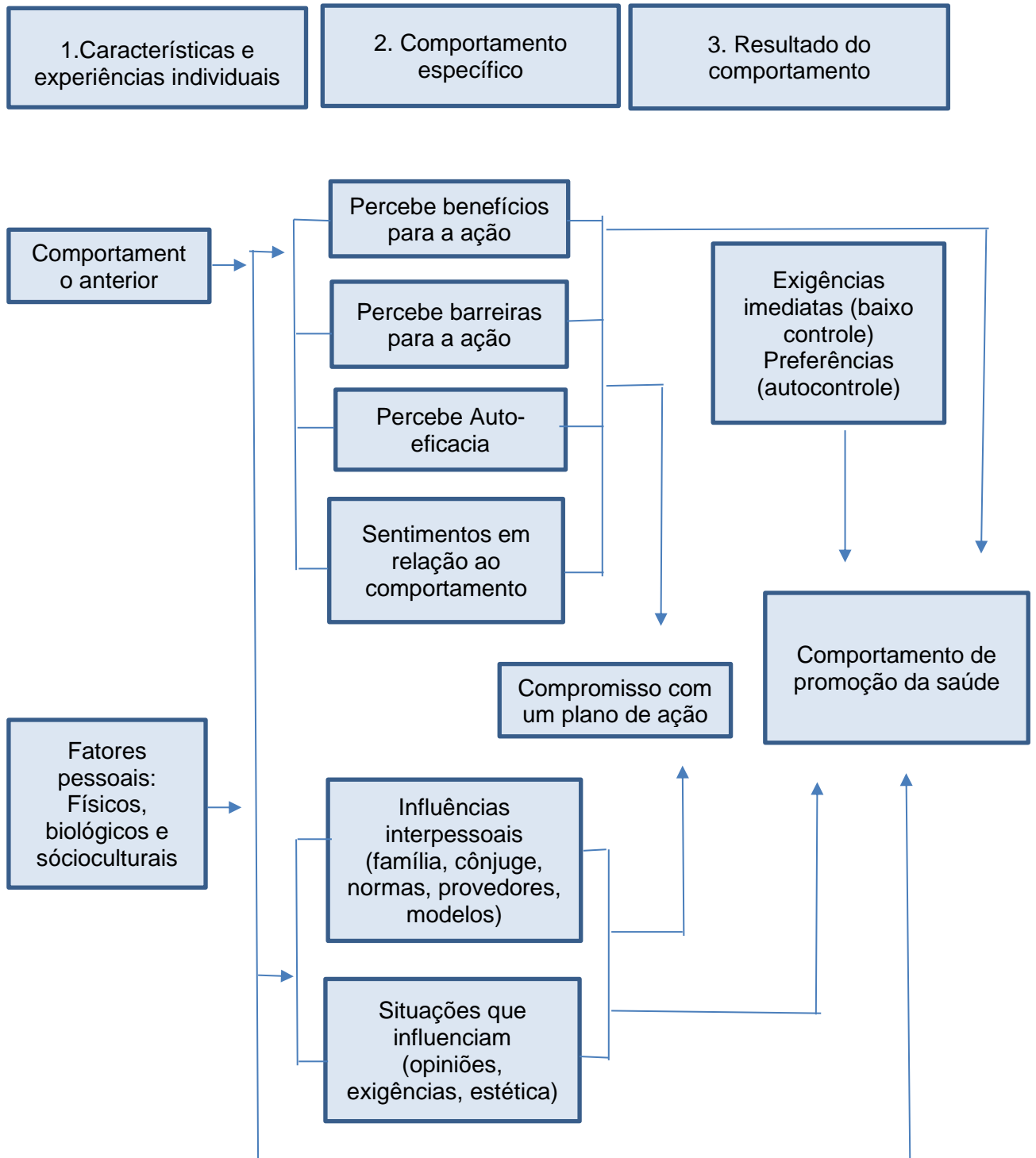
### 3.4 O Modelo Teórico de Promoção da Saúde e a prática da enfermagem

O Modelo Teórico de Promoção da Saúde (MTPS) foi desenvolvido na década de 1980 por Nola J. Pender, professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan – Estados Unidos, com a finalidade de identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de explorar o complexo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Na construção do MTPS, a autora utilizou, como bases teóricas, a perspectiva da enfermagem holística, a psicologia social e a teoria da aprendizagem. A Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura, atualmente intitulada Teoria Cognitiva Social, postula a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental e apresenta-se como construto central ao MTPS. Em adição a isso, o *Expectancy-Value Model of Human Motivation*, descrito por Feather, o qual defende que o comportamento é racional e econômico, é importante para o desenvolvimento do modelo (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

O MTPS repousa sobre a concepção de promoção da saúde, definida como aquelas atividades destinadas a aumentarem o nível de bem-estar e autorrealização de indivíduos, famílias, comunidades e sociedade, sendo, portanto, essencialmente um modelo de enfermagem. Assim, esse modelo pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde e os comportamentos que levam à promoção da saúde, por meio do estudo da inter-relação de três pontos principais: 1) as características e experiências individuais, 2) os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o 3) comportamento de promoção da saúde desejável, que estão claramente definidos em um diagrama simples (Figura 1) (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2002 *apud* VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

**Figura 1** - Diagrama do modelo teórico de promoção da saúde, de Nola J. Pender.



Fonte: Victor; Lopes; Ximenes (2005).



Os componentes apresentados no Diagrama do MTPS (Figura1) estão descritos no Quadro 1, a seguir.

**Quadro 1.** Descrição dos componentes e características do diagrama do modelo teórico e promoção da saúde, conforme Nola J. Pender.

COMPONENTES	CARACTERÍSTICAS
<p><b>1. Características e experiências individuais</b></p>	<p>Compreendem o <u>comportamento anterior</u>, que diz respeito a vivências de comportamentos anteriores que influenciam, positiva ou negativamente, no comportamento de promoção da saúde; e os <u>fatores pessoais</u>, que são divididos em fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, previstos de determinada conduta e estão marcados pela natureza da consideração de metas de condutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatores biológicos: incluem variáveis como a idade, o sexo, o índice de massa corporal, o estado de puberdade, o estado de menopausa, a capacidade aeróbica, a força, a agilidade e o equilíbrio.</li> <li>- Fatores psicológicos: incluem variáveis como a autoestima, a automotivação, a competência pessoal, o estado de saúde percebido e a definição de saúde.</li> <li>- Fatores socioculturais: incluem variáveis como a raça, a etnia, a aculturação, a formação e o nível socioeconômico (TOMEY; ALLIGOOD, 2004; VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).</li> </ul>
<p><b>2.Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento</b></p>	<p>Considerado o núcleo central do diagrama de Pender, compreendem as variáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benefícios percebidos para a ação, ou seja, os resultados positivos antecipados que reforçam as consequências de adotar um comportamento promotor de saúde;</li> <li>- Barreiras percebidas na ação, a qual consiste nas percepções negativas sobre um comportamento, apresentado por bloqueios antecipados, imaginados ou reais, representados por dificuldades e/ou limitações do indivíduo em adotar um comportamento saudável;</li> <li>- Autoeficácia percebida: o juízo da capacidade pessoal de organizar e executar uma conduta promotora de saúde. A autoeficácia percebida influi sobre as barreiras percebidas, de</li> </ul>

	<p>maneira que a maior eficácia leva às percepções menores das barreiras para o desempenho da conduta;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimentos em relação ao comportamento: os sentimentos subjetivos, positivos e negativos, que se dão antes, durante e depois da conduta baseada nas propriedades dos estímulos da conduta em si. O afeto relacionado à atividade influencia na autoeficácia percebida, o que significa que, quanto mais positivo o sentimento subjetivo, maior é o sentimento de eficácia;</li> <li>- Influências interpessoais, que são os conhecimentos relativos ao comportamento, crenças ou atitudes de outras pessoas que podem ou não alterar o comportamento, representado por familiares, cônjuges, cuidadores de saúde, ou normas e modelos sociais que podem interferir positivamente ou negativamente;</li> <li>- Influências situacionais: interferência do ambiente, facilitando ou impedindo determinado comportamento de saúde (TOMEY; ALLIGOOD, 2004; VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).</li> </ul>
<p><b>3. Resultado do comportamento</b></p>	<p>Inicia-se com o <u>compromisso com um plano de ação</u>, que são as ações e metas que conduzem o indivíduo a manter-se no comportamento de saúde esperado, ou seja, as intervenções de enfermagem; <u>exigências imediatas e preferências</u> – as exigências imediatas são fatores alternativos destinados ao indivíduo que tem um baixo controle devido às circunstâncias do entorno, como o trabalho e as responsabilidades de cuidado na família, que interferem na decisão; enquanto que as preferências exercem um alto controle sobre as ações de mudanças de comportamento, pois dependem exclusivamente do indivíduo; por fim, o <u>comportamento de promoção da saúde</u>, que é o resultado da implementação do MTPS com o intuito de se obter resultados positivos na saúde, aumento da qualidade de vida, realização pessoal e existência produtiva (TOMEY; ALLIGOOD, 2004; VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).</p>

Fonte: Adaptado de TOMEY; ALLIGOOD, 2004; VICTOR; LOPES; XIMENES (2005).

O MTPS fornece um enquadramento conceitual para a prestação de cuidados de enfermagem, efetivos direcionados para a melhoria da saúde e capacidade funcional. Primeiramente, o modelo fornece um método para avaliar os comportamentos promotores de saúde (avaliação sistemática dos pacientes quanto à

percepção de autoeficácia, percepção de barreiras e benefícios, influências interpessoais e situacionais). Depois, identifica várias características adicionais como alvos de avaliação (comportamento anterior, características demográficas e estado de saúde percebido), as quais, apesar de não serem passíveis de alteração, oferecem uma base para a personalização das intervenções de enfermagem. E terceiro, o modelo sugere que as intervenções de enfermagem podem ser direcionadas a fim de se alterar a percepção do indivíduo nessas áreas. A obtenção de sucesso com essas intervenções irá resultar em comportamentos de saúde mais frequentes e melhoria do bem-estar (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Esse modelo teórico é aplicável a vários contextos e populações, sendo, portanto, uma ferramenta a ser considerada no desenvolvimento de intervenções voltadas para a promoção da saúde individual e/ou coletiva durante a prática do cuidado em saúde. No entanto, verifica-se que, no Brasil, poucas são as referências teóricas quanto ao uso do MTPS de Nola J. Pender, apesar de sua ampla utilização por pesquisadores americanos, asiáticos e europeus para estudar comportamentos que levam à Promoção da Saúde (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005). Sendo assim, avaliar as percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados à alimentação infantil, à luz das proposições teóricas derivadas do MTPS, fornece uma base para o trabalho de investigação sobre comportamentos de saúde, tornando aparente o que é possível fazer na promoção da saúde dos indivíduos, em especial das mulheres que irão amamentar.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo integra o projeto multicêntrico intitulado “Aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil”, sob coordenação da docente Marialda Moreira Christoffel, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que, por sua vez, faz parte de pesquisa internacional sobre o AM nas Américas, denominada ‘*Lactância materna exclusiva: determinantes socioculturales en Latino América*’, sob coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade do Kentucky, nos Estados Unidos.

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, quali-quantitativo. O estudo descritivo, segundo Gil (2007), tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Para Marconi; Lakatos (2010), o estudo exploratório tem como objetivos: construir hipóteses, familiarizar o pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno ou modificar e clarificar conceitos. Seu planejamento é flexível e possibilita considerar os mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2007).

O método qualitativo visa a estudar a história, as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões, frutos das interpretações que os indivíduos fazem a respeito de como vivem, pensam e sentem. Essa abordagem desvela processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, além de propiciar a construção de novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2014).

A abordagem qualitativa se deu com o intuito de se compreender as percepções dos profissionais de saúde sobre o suporte ao AM abrangendo os fatores biopsicossocioculturais relacionados à alimentação infantil.

A metodologia quantitativa pode ser definida como a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto, com toda informação numérica resultante da investigação. Esse método simplifica a vida social, limitando-a aos

fenômenos que podem ser enunciados, tendo como objetivos medir e permitir o teste de hipóteses, pois os resultados são definidos e menos passíveis de erros de interpretação (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A abordagem quantitativa realizou-se com a finalidade de atender os seguintes objetivos: identificar a pessoa mais próxima à gestante, que atua como fonte de apoio primária durante a gestação, no incentivo à amamentação, e avaliar a qualidade da relação com sua fonte de apoio primária e as influências no aleitamento materno exclusivo, utilizando-se a escala de *Qualidade da relação com as pessoas próximas (ARI)*.

Segundo Knechtel (2014, p.106), a modalidade de pesquisa quali-quantitativa “interpreta as informações quantitativas por meio de símbolos numéricos e os dados qualitativos mediante a observação, a interação participativa e a interpretação do discurso dos sujeitos (semântica)”.

A abordagem metodológica para interação dos dados quali-quantitativos foi a triangulação de métodos, que visa a promover um encontro e a superar as dicotomias entre o método quantitativo e qualitativo (MINAYO, 2014).

A triangulação, por si só, não é um método, pois se trata de uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

## 4.2 Campo de pesquisa

O estudo foi realizado em Unidades de Saúde do município de Cascavel, estado do Paraná, mediante aceite da Secretaria Municipal de Saúde do município em participar da pesquisa (Anexo 1).

O município de Cascavel está localizado na região Oeste do estado do Paraná e tem uma população estimada de 319.608 habitantes, a maioria residente na área urbana (IBGE, 2017). Conforme o Instituto de Planejamento de Cascavel, o município tem, oficialmente, oito distritos administrativos, distribuídos e nominados da seguinte forma: Cascavel, Rio do Salto, Juvinópolis, São João do Oeste, Sede Alvorada, São Salvador, Diamante e Espigão Azul (CASCAVEL, 2016).

Do ponto de vista da quantidade de pessoas por sexo, o público feminino do

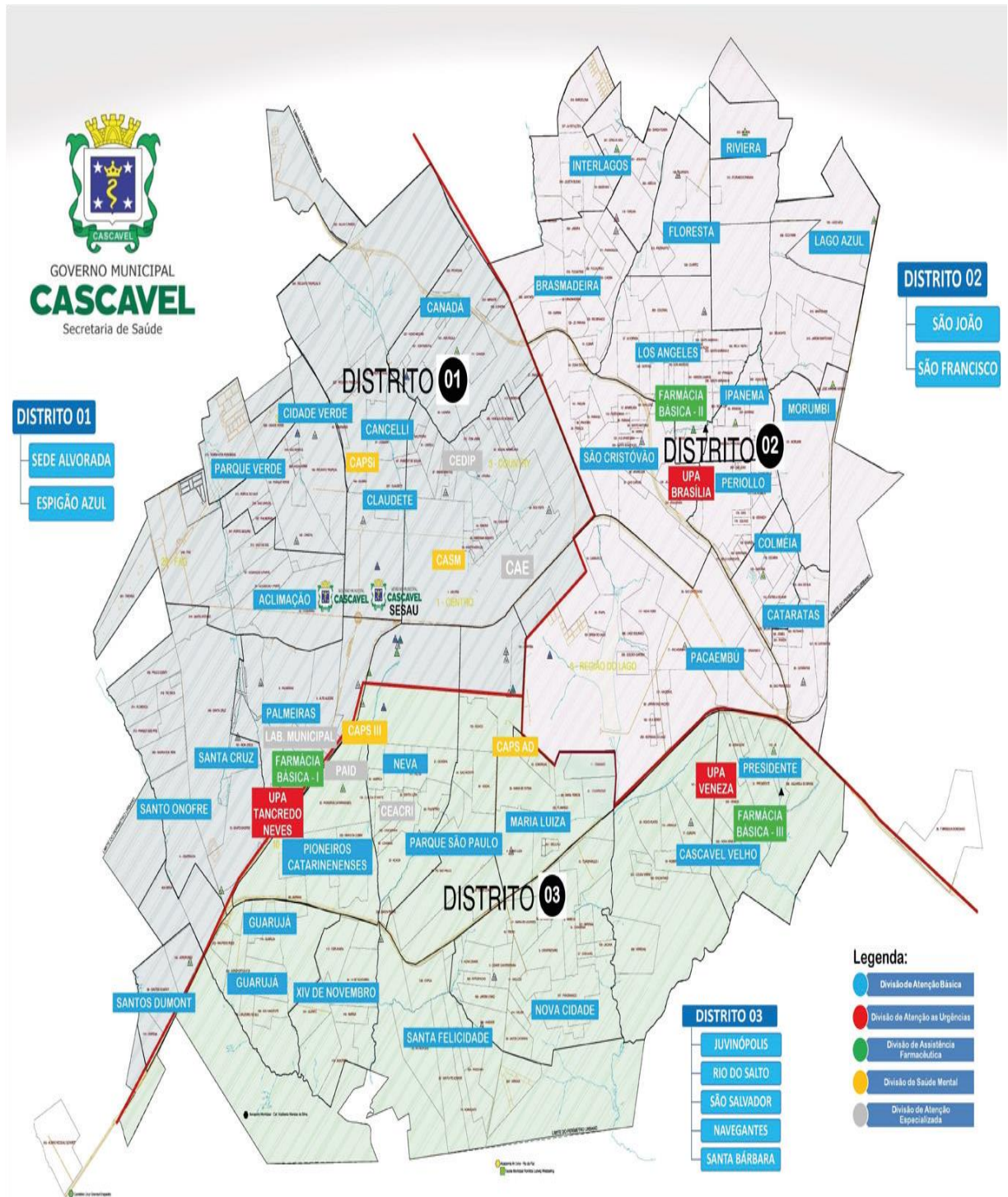
município de Cascavel detinha 51,1% de residentes, em 2010, com um total de 146.434 mulheres. Dessas, 76.608 em idade fértil, ou seja, de 10 a 39 anos (IBGE, 2010). No ano de 2016, o número de nascidos vivos na cidade foi de 4.705 nascimentos, cuja maioria (72%) das mães tinha idade entre os 20 e 34 anos, 13% de mães tinha idade igual ou menor de 19 anos e 15% delas tinha idade igual ou superior a 40 anos (BRASIL, 2016).

A Atenção Básica no município está dividida em Distritos Sanitários, ou seja, áreas geográficas que comportam uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e recursos de saúde. Assim sendo, o município de Cascavel apresenta-se dividido em três Distritos Sanitários, conforme Figura 2 (CASCAVEL, 2018).

O município possui atualmente 32% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (43 equipes em 28 unidades) e 62% de cobertura de Atenção Básica incluindo Unidades de Saúde da Família (USFs) e Unidades Básicas de Saúde (14 UBS), conforme ilustração no Mapa (Figura 2) em azul (CASCAVEL, 2018).

O distrito 01 apresenta, na sua distribuição do território, 10 Equipes de Saúde da Família (em 7 USF) e 5 UBSs. Já o distrito sanitário 02 possui 19 Equipes de Saúde da Família (11 USF) e 4 UBSs. E, no distrito 03, há 16 Equipes de Saúde da Família (10 USF) e 5 UBSs (CASCAVEL, 2018).

Figura 2. Mapa do município de cascavel dividido em distritos sanitários.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel (2018).

### 4.3 População e amostra

Para atender aos objetivos do presente estudo, a coleta de dados quantitativos foi realizada com gestantes de risco habitual e intermediário, captadas nas unidades de saúde, por ocasião da consulta de pré-natal. A escolha das unidades de saúde, nas quais se realizou a coleta de dados junto às gestantes, deu-se a partir de relatório do setor de epidemiologia do município, identificando-se aquelas unidades com maior número de gestantes cadastradas no ano de 2018. O tamanho amostral foi definido por conveniência, sendo de, no mínimo, 150 gestantes, conforme determinação do estudo multicêntrico. Foram incluídas 152 gestantes na pesquisa.

A coleta de dados qualitativos foi realizada com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitário de saúde) atuantes nas USF da zona urbana, selecionadas por amostragem aleatória simples. Para tanto, foi utilizado o aplicativo de celular *Random Number Generator* para selecionar as USF, de acordo com o Distrito Sanitário, sendo selecionadas as USF Santo Onofre, Santos Dumond e Parque Verde do Distrito Sanitário 1, USF Ipanema e Periollo do Distrito Sanitário 2 e, USF Maria Luiza e Pioneiros Catarinense do Distrito Sanitário 3, totalizando sete USF para a coleta de dados com os profissionais de saúde.

O tamanho amostral foi constituído de acordo com as práticas estabelecidas em pesquisas qualitativas, cujas entrevistas foram realizadas e os dados analisados concomitantemente, para se estabelecer o ponto de saturação, momento quando não há mais informações a acrescentar para esclarecer o fenômeno e que os objetivos foram respondidos. Assim, participaram das entrevistas 28 profissionais de saúde atuantes nas USF.

### 4.4 Métodos/ técnicas/ procedimentos/ protocolos empregados para coleta de dados

#### 4.4.1 Pesquisa Quantitativa

Primeiramente, realizou-se contato telefônico com as coordenadoras das unidades de saúde selecionadas para o estudo, para obtenção das datas e horários



da agenda da unidade para atendimento às gestantes, uma vez que a abordagem ocorreu concomitante ao comparecimento destas para atendimento.

Realizou-se o convite para participação no estudo àquelas gestantes que estavam entre 30 e 37 semanas de idade gestacional, antes ou após sua consulta médica e/ou de enfermagem. As gestantes que aceitaram participar da pesquisa foram encaminhadas, de forma individual, a uma sala disponibilizada pela unidade de saúde, com a finalidade de se manter a privacidade delas e pedir-lhes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para realização da coleta de dados da pesquisa (Apêndice A).

Utilizou-se, para obtenção dos dados, a escala “*Qualidade da relação com as pessoas próximas*”, traduzida e validada para o português do Brasil pela equipe de pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, do Rio de Janeiro. Tal validação aconteceu a partir da escala em espanhol *Calidad de la relación com su persona cercana*, contudo, originalmente, essa escala foi desenvolvida por Hall (1983), na versão inglesa *Autonomy and Relatedness Inventory (ARI)* (LINARES; HALL; ASHFORD, 2015). Tanto nas versões em espanhol quanto em português a sigla da escala na língua inglesa (ARI) foi mantida.

A escala original (em inglês) foi composta por itens pertencentes ao *Marital Autonomy and Relatedness Inventory (MARI)*, construída por Shaefer e Edgerton (1979), que avaliam a qualidade das relações conjugais; e Hall (1983), o qual adicionou oito itens para avaliar o suporte e a escuta, medida esta baseada em definições precoces de apoio social e conceituações de relações interpessoais, bem como no reconhecimento da necessidade de avaliar o lado não favorável dos relacionamentos próximos (HALL; KIERNAN, 1992 apud LINARES; HALL; ASHFORD, 2015).

Assim, o *Autonomy and Relatedness Inventory (ARI)* é uma medida de 32 itens, divididos em oito subescalas com adequadas propriedades psicométricas: sejam: Aceitação, Parentesco, Suporte, Escuta, Autonomia, Controle, Controle Hostil e Desapego/Rejeição. Hall e Kiernan (1992) relataram as características psicométricas das medidas, segundo as quais o índice alfa de Cronbach para as subescalas variaram de 0,53 para Desapego/Rejeição para 0,76 para Controle na amostra do estudo. O alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,90. Nessa amostra, foi encontrado estrutura de fator bidimensional para o ARI, sendo as duas dimensões, Suporte/Atitude Positiva, com 20 itens, considerada positiva e Dominância/Controle,

com 12 itens, considerada negativa (HALL; KIERNAN, 1992 apud LINARES; HALL; ASHFORD, 2015).

Para sua aplicação, primeiramente, pede-se aos entrevistados que identifiquem a pessoa mais importante em sua vida, a quem se sentem mais próximos (por exemplo, parceiro, mãe, pai, outro membro da família ou amigo). Em seguida, eles são convidados a descrever sua percepção do comportamento íntimo em relação a cada item. Uma escala do tipo likert de 5 pontos de 1 (nada parecido com o íntimo) a 5 (muito parecido com o íntimo) é usado. Para calcular a pontuação total, itens negativos são revertidos, todas as avaliações são somadas e, em seguida, 32 são subtraídos da soma para que a pontuação cumulativa varie de 0 a 128. Escores mais altos indicam uma percepção mais positiva do relacionamento. Os Escores de subescala são derivados por soma de seus respectivos itens e subtraindo quatro (o número de itens em cada subescala).

A escala criada na língua inglesa foi adaptada na versão espanhola (*Autonomy and Relatedness Inventory – Spanish version*), com amostra por conveniência de 100 gestantes hispânicas, apresentando-se confiável para medir a qualidade de uma relação íntima primária naquela amostra (alfa de Cronbach = 0,92). Manteve-se com 32 itens, e o alfa de Cronbach das subescalas variaram de 0,37 a 0,86, sendo que a análise de componentes principais do ARI- *Spanish version* produziu essencialmente a mesma estrutura fatorial que a ARI- *English*, ou seja, duas dimensões: uma positiva e outra negativa (LINARES; HALL; ASHFORD, 2015).

A versão validada para o português do Brasil manteve-se com 32 itens, com respostas do tipo *Likert* de cinco pontos, que variam de (1) “não, nunca” a (5) “muitíssimo, sempre”. Na versão brasileira, a mesma estrutura fatorial foi mantida, com dois domínios, a saber: Apoio/Cuidado positivo, representada pelos itens 1, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 30 e 31; e Domínio/Controle, representada pelos itens 2, 6, 8, 10, 12, 14, 18, 20, 22, 26, 27 e 32.

Para sua aplicação, primeiramente, perguntou-se às entrevistadas quem era a pessoa adulta mais importante em sua vida naquele momento. Em seguida, solicitou-se a descrição de sua percepção atual do comportamento íntimo em relação ao item que melhor descrevia a sua relação com a pessoa mencionada. Para sua análise, os valores dos itens foram recodificados: de 1 (zero), 2 (1,0), 3 (2,0), 4 (3,0), 5 (4,0). Para calcular a pontuação total, somaram-se os valores correspondentes aos números marcados, sendo que a pontuação cumulativa pode variar de 0 a 128,

significando que quanto maior a pontuação, maior a percepção positiva do relacionamento com a gestante (LINARES; HALL; ASHFORD, 2015).

#### 4.4.2 Pesquisa qualitativa

Foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde que atuam nas USFs previamente selecionadas para o estudo (conforme descrição anterior). A princípio, foi realizado contato telefônico com as coordenadoras dessas unidades com a finalidade de realizar o convite de participação no estudo e, conseqüentemente, definir as datas e horários para sua realização. Assim, as entrevistas ocorreram nos meses de setembro, outubro e novembro de 2018.

Visando a resguardar a privacidade dos entrevistados e a proporcionar segurança para que pudessem expor suas vivências, as entrevistas ocorreram em salas e consultórios da unidade, com porta fechada, somente com o pesquisador e o (a) participante do estudo. O pesquisador apresentou a proposta da pesquisa ao participante, informando-o sobre o desenvolvimento e os objetivos a serem alcançados.

Para efetivação da coleta, foi realizada entrevista semiestruturada (Apêndice C), constituída de informações gerais sobre a caracterização demográfica e profissional do participante, registradas em impresso próprio, e perguntas abertas gravadas em gravador de voz móvel do pesquisador referente às temáticas: Alimentação do lactente, Alimentação exclusiva ao seio materno e Apoio ao aleitamento materno e incluíram informações sobre suas próprias crenças e experiências no manejo da amamentação.

Os participantes tiveram tempo suficiente para responder às perguntas e esclarecer suas respostas durante o tempo de entrevista. O tempo de cada entrevista variou de 15 a 30 minutos. Em seguida, as entrevistas foram transcritas para se preservar a clareza e a confiabilidade dos dados.

### 4.5 Organização, apresentação, análise e interpretação de dados

#### 4.5.1 Pesquisa quantitativa

Após a coleta dos dados quantitativos, esses foram sistematizados em planilha matriciada pelo estudo multicêntrico, diretamente no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0, com dupla digitação e conferência. Foram realizadas análises descritivas, de tendência central (mediana e média), e de variabilidade (desvio-padrão), de acordo com cada variável (categórica ou contínua). A confiabilidade da escala utilizada foi avaliada pela consistência interna dos seus itens, medida pelo Coeficiente de alfa de Cronbach, sendo considerados com evidência de confiabilidade os valores acima de 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2007).

#### 4.5.2 Pesquisa qualitativa

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2014). Diante disso, a modalidade de análise de conteúdo utilizada nessa pesquisa foi a análise temática e discutida à luz do referencial do MTPS de Nola J. Pender.

A análise temática organiza-se em três etapas, a saber: 1) a pré-análise que corresponde à fase de organização propriamente dita e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais; 2) a exploração do material, que consiste num processo de categorização do texto em palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos indicados como relevantes na pré-análise; e 3) o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que tem como meta a busca de sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação para além do que é descrito e analisado, permitindo que o analista proponha inferências inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abra pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas (MINAYO, 2014).

Inicialmente, o material produzido pelas entrevistas foi conferido pelo pesquisador, que realizou várias leituras, e as falas foram agrupadas a partir das categorias gerais que surgiram de acordo com os três temas instigadores: Alimentação do lactente, Alimentação exclusiva ao seio materno e Apoio ao aleitamento materno.

A princípio, buscou-se organizar os conteúdos para preservar a sequência das

falas, mantendo o diálogo intacto, sem fragmentação, sendo deslocados para as colunas previamente definidas dos referidos temas e, em seguida, foram identificados os processos de interação a partir da esquematização visual da observação e das entrevistas como um todo.

Em um segundo momento, foi feita a releitura do material tomando as unidades de significados interpretadas. Em seguida, foi realizada a aproximação e as convergências e divergências presentes, o que possibilitou a construção de categorias e subcategorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado, conforme compreensão do pesquisador, apresentadas no Quadro 2.

**Quadro 2** – Temáticas distribuídas nas categorias e subcategorias de análise, interpretação e discussão dos dados qualitativos.

<b>TEMA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
<b>Alimentação do lactente</b>	Alimentação da criança de zero a seis meses	- AME - AM Misto - AM complementado - AM predominante
	Introdução alimentar	- Antes dos seis meses de idade - Após os seis meses de idade - Tipos de alimentos ofertados
	Crenças e fatores culturais que influenciam na escolha do tipo de alimentação infantil	- Cultura familiar - Crença no “leite fraco” - Ausência de crenças e fatores culturais
<b>Alimentação exclusiva ao seio materno</b>	Barreiras que impedem a alimentação ao seio materno de forma exclusiva	- Trabalho - Aspectos biológicos - Aspectos culturais - Outras causas
<b>Apoio ao aleitamento materno</b>	Tipo de apoio que as mulheres recebem durante o período do AM na sua comunidade	- Equipe de saúde - Igreja - Família - Outros serviços da comunidade
	Estratégias para promover o AM na sua comunidade	- Informação e orientação no processo de trabalho dos profissionais de saúde - Trabalho materno

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Banco de Leite Humano</li> <li>- CMEI (Centro Municipal de Educação Infantil)</li> <li>- Grupos da comunidade</li> </ul>
--	--	---

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os participantes foram identificados por códigos, a fim de assegurar o sigilo de suas identidades. Para identificar médicos, foi utilizada a letra M; para os enfermeiros, a letra E; para técnicos em enfermagem, as letras TE; e para os agentes comunitários de saúde, as letras ACS. As entrevistas em cada grupo foram numeradas conforme a ordem de sua realização. Por exemplo: M1, M2, E1, E2, TE1, TE2, ACS1, ACS2 e assim sucessivamente.

#### 4.6 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados foram informados sobre o caráter voluntário da participação na pesquisa, sobre o anonimato e sobre o sigilo das informações e da sua autonomia para desistir da pesquisa em qualquer momento que desejassem. Foi assegurado ainda que os dados são estritamente para os fins desta pesquisa. Todos os entrevistados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE antes de iniciá-la (Apêndices A e B). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob parecer número 2.507.525 e CAAE: 80711517.8.1001.5238 (Anexo C).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos resultados, foram produzidos três artigos científicos, conforme segue:

- Artigo 1, denominado “Qualidade da relação da gestante com as pessoas próximas em relação à amamentação”, propõe-se a responder os objetivos: identificar a pessoa mais próxima à gestante, que atua como fonte de apoio primária durante a gestação, no incentivo à amamentação e avaliar a qualidade da relação da gestante com sua fonte de apoio primária. Esse artigo foi submetido à Revista Anna Nery, cujas normas de publicação encontram-se no anexo D. A confirmação do envio está no anexo E.
  
- Artigo 2, intitulado “Apoio social à mulher durante o período do aleitamento materno”, destina-se a atender o objetivo de identificar, junto aos profissionais de saúde, que tipo de apoio as mulheres recebem na sua comunidade, durante o período de aleitamento materno. Este foi submetido ao periódico Texto & Contexto Enfermagem, cujas normas de publicação encontram-se no anexo F. A confirmação do envio está no anexo G.
  
- Artigo 3, com o título “Percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados ao aleitamento materno”, visa a responder os objetivos: compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca dos fatores culturais e crenças que influenciam a escolha do tipo de alimentação infantil; e explorar as barreiras percebidas pelos profissionais de saúde que influenciam o aleitamento materno. Esse artigo foi submetido ao periódico Saúde em Debate, cujas normas de publicação encontram-se no anexo H. A confirmação do envio está no anexo I.

## ARTIGO CIENTIFICO 1

### QUALIDADE DA RELAÇÃO DA GESTANTE COM AS PESSOAS PRÓXIMAS EM RELAÇÃO A AMAMENTAÇÃO

### CALIDAD DE LA RELACIÓN DEL EMBARAZO CON LAS PERSONAS CERCANAS EN RELACIÓN CON LA LACTANCIA MATERNA

### QUALITY OF THE RELATIONSHIP OF THE PREGNANT WITH THE NEARBY PEOPLE IN RELATION OF BREASTFEEDING

**RESUMO:**Objetivos: identificar a pessoa próxima à gestante, que atua como sua fonte de apoio primária, bem como avaliar a qualidade dessa relação no suporte ao aleitamento materno exclusivo. Método: Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado com 152 gestantes, em Unidades de Saúde de município de médio porte na região Oeste do Paraná. Utilizou-se, para obtenção dos dados, a escala “*Qualidade da relação com as pessoas próximas-ARI*”, que classifica o vínculo por meio de pontos que podem variar de 40 a 128, sendo que quanto maior, também maior será a qualidade do vínculo com aquela pessoa. Os dados foram analisados por estatística descritiva. Resultados: As mulheres identificaram o companheiro/esposo (58,6%) e outros membros da família (40,1%) como as pessoas mais importantes e atuantes como sua fonte de apoio primária. A média do escore foi de 103,5, apontando que o relacionamento é saudável e predominam aspectos positivos. Conclusão: Quanto mais positivos os resultados, maior é o suporte recebido pela gestante e, conseqüentemente, maior a influência para que a mulher inicie e mantenha o aleitamento materno exclusivo. Implicações para a prática clínica: A escala utilizada pode ser aplicada com regularidade na atenção primária para o enfermeiro identificar vínculos frágeis que influenciariam a amamentação.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Apoio social. Gestantes.

**RESUMEN:** Objetivos: identificar a la persona cercana a la mujer embarazada, que actúa como su principal fuente de apoyo, así como evaluar la calidad de esta relación en apoyo de la lactancia materna exclusiva. Método: Estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio realizado con 152 mujeres embarazadas, en Unidades de Salud en un municipio de tamaño medio en la región occidental de Paraná. La escala "Calidad de la relación con personas cercanas al ARI" se utilizó para obtener los datos, que clasifican el vínculo mediante puntos que pueden variar de 40 a 128, cuanto mayor sea la calidad vincularse con esa persona. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. Resultados: Las mujeres identificaron a la pareja / esposo (58.6%) y otros miembros de la familia (40.1%) como las personas más importantes y activas como su principal fuente de apoyo. El puntaje promedio fue de 103.5, lo que indica que la



relación es saludable y predominan los aspectos positivos. Conclusión: cuanto más positivos sean los resultados, mayor será el apoyo recibido por la mujer embarazada y, en consecuencia, mayor será la influencia de la mujer para iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva. Implicaciones para la práctica clínica: la escala utilizada se puede aplicar regularmente en la atención primaria para que las enfermeras identifiquen vínculos frágiles que influirían en la lactancia materna.

**Palabras clave:** Lactancia Materna. Apoyo social. Mujeres Embarazadas.

**ABSTRACT:** Objectives: to identify the person close to the pregnant woman, who acts as her primary support source, as well as to evaluate the quality of this relationship in support of exclusive breastfeeding. Method: Quantitative, descriptive and exploratory study conducted with 152 pregnant women, in Health Units in a medium-sized municipality in the western region of Paraná. The “Quality of the relationship with people close to the ARI” scale was used to obtain the data, which classifies the bond by means of points that can vary from 40 to 128, the higher the quality being the bond with that person. The data were analyzed using descriptive statistics. Results: Women identified the partner / husband (58.6%) and other family members (40.1%) as the most important and active people as their primary source of support. The average score was 103.5, indicating that the relationship is healthy and positive aspects predominate. Conclusion: The more positive the results, the greater the support received by the pregnant woman and, consequently, the greater the influence for the woman to initiate and maintain exclusive breastfeeding. Implications for clinical practice: The scale used can be applied regularly in primary care for nurses to identify fragile bonds that would influence breastfeeding.

**Key words:**Breast Feeding. Social Support. Pregnant Women.

## INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) não se configura apenas como uma prática de nutrição da criança, mas, mais do que isso, envolve processos que estreitam o vínculo entre mãe e filho e trazem benefícios significativos para ambos. cômada mesma forma, melhora a qualidade de vida das famílias, pois reduz a incidência de doenças e todas as suas implicações.<sup>1</sup> Além disso, promove incrementos de ordem econômica para um país, seja por meio do aumento do quociente de inteligência (QI) da criança, seja pela redução nos custos com assistência à saúde e/ou por possuir sustentabilidade ambiental e não causar poluição, desperdício ou uso de embalagens desnecessárias.<sup>2</sup>

Entretanto, muitos são os determinantes que atuam no contexto da amamentação e que precisam ser considerados e avaliados para se obter sucesso nessa prática, a saber: fatores biológicos, econômicos, sociais, culturais e psicológicos.<sup>3</sup>

Nesta conjuntura, tem-se a atuação das redes de apoio social, composta por atores próximos à mulher, os quais lhe fornecem suporte, podendo influenciar positivamente ou negativamente em sua decisão de amamentar e, portanto, devem ser considerados como determinantes na adesão e manutenção da amamentação.<sup>4</sup>

O apoio social é considerado uma ferramenta de suporte psicológico e emocional para as mulheres durante a gestação e posteriormente, no puerpério.<sup>5</sup> Pode ser apresentado como apoio emocional, material e financeiro e envolve também a ajuda nos afazeres domésticos, nos cuidados com o bebê e com os outros filhos.<sup>6</sup>

Nessa vertente, diversos estudos investigam a rede de apoio social de gestantes e puérperas que pode influenciar na prática da amamentação, como pesquisa que constatou que o meio familiar e pessoas do contexto comunitário, principalmente as mulheres, são os principais atores sociais dessa rede;<sup>4</sup> e que os conselhos fornecidos pelo marido/companheiro e pela mãe representam importante suporte e ajudam a lidar com dificuldades e desconfortos que podem surgir, reforçando a prática do AM.<sup>7</sup> Também demonstraram que pessoas que não são familiares, mas que convivem com a mulher, como amigos, vizinhos, pai da criança que não coabita com ela, colegas de trabalho, entre outros, atuam como atores sociais na rede, principalmente para aquelas que não possuem familiares próximos.<sup>6</sup>

Entretanto, a partir do contexto acima descrito, verifica-se que, dentre os estudos com a finalidade de identificar a rede de apoio social da mulher na gestação e sua relação com a prática da amamentação, poucos avaliam e/ou discutem a importância da qualidade desse relacionamento e as ações dos profissionais de saúde necessárias para seu fortalecimento em relação à prática da amamentação. Destaca-se que, nessa nova fase de ser mãe, a progenitora,

muitas vezes, sente-se incompetente e incapaz para o ato de criação do filho e, na maioria das vezes, não possui o suporte emocional ou físico das pessoas que estão ao seu redor. Pelo contrário, o que ela recebe, frequentemente, são opiniões que a desacreditam como mulher e como mãe.<sup>8</sup>

Assim sendo, os objetivos do estudo foram identificar a pessoa próxima à gestante, que atua como sua fonte de apoio primária, bem como avaliar a qualidade dessa relação no suporte ao aleitamento materno exclusivo (AME).

## **MÉTODO**

O estudo integra um projeto multicêntrico, denominado ‘Aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil’, sob coordenação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ) que, por sua vez, faz parte de pesquisa internacional sobre o AM nas Américas, denominado *‘Lactância materna exclusiva: determinantes socioculturales en Latino América’*, sob coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade do Kentucky, nos Estados Unidos.

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado com uma amostra não-probabilística consecutiva de 152 gestantes, frequentadoras de Unidades de Saúde em um município de médio porte na região Oeste do Paraná, por ocasião da consulta de pré-natal e com seguimento até os seis meses de vida do bebê. Os critérios de inclusão da amostra foram: ser gestante com idade gestacional entre 30 e 37 semanas, com risco habitual e/ou intermediário (registrado no prontuário e/ou no cartão da gestante), brasileiras e com idade igual ou maiores de 18 anos.

Os dados foram coletados no ano de 2019, por meio da escala *“Qualidade da relação com as pessoas próximas”*, traduzida e validada para o português do Brasil pela equipe de

pesquisa da EEAN-UFRJ,<sup>9</sup> a partir da escala em espanhol *Calidad de la relación com su persona cercana*.<sup>10</sup> Originalmente, essa escala foi desenvolvida por Hall (1983), na versão inglesa *Autonomy and Relatedness Inventory (ARI)*.<sup>10</sup> Tanto nas versões em espanhol quanto em português, a sigla da escala na língua inglesa (ARI) foi mantida.

A escala original (em inglês) foi composta por itens pertencentes ao *Marital Autonomy and Relatedness Inventory (MARI)*, construída por Shaefer e Edgerton (1979), e avalia a qualidade das relações conjugais; e, a partir daí, Hall (1983) adicionou oito itens para avaliar o suporte e a escuta, medida esta baseada em definições precoces de apoio social e conceituações de relações interpessoais, bem como no reconhecimento da necessidade de avaliar o lado não favorável dos relacionamentos próximos.<sup>10</sup>

Assim, o *Autonomy and Relatedness Inventory (ARI)* é uma escala de 32 itens, divididos em oito subescalas: Aceitação, Parentesco, Suporte, Escuta, Autonomia, Controle, Controle Hostil e Desapego/Rejeição. Estas, por sua vez, estão agrupadas numa estrutura de fator bidimensional, sendo: Apoio/Atitude Positiva com 20 itens, considerada positiva e Domínio/Controle, com 12 itens, considerada negativa.<sup>10</sup>

A escala adaptada, tanto na versão espanhola (*Autonomy and Relatedness Inventory – Spanish version*), quanto na brasileira (*Qualidade da relação com as pessoas próximas*), manteve-se com 32 itens e produziu a mesma estrutura fatorial que a ARI - *English*, com duas dimensões: uma positiva e outra negativa.<sup>10,9</sup> A dimensão Apoio/Atitude positiva é representada pelos itens 1, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 30 e 31; e Domínio/Controle é representada pelos itens 2, 6, 8, 10, 12, 14, 18, 20, 22, 26, 27 e 32. Na versão brasileira, a escala apresentou índice de validação de conteúdo de 0,92 e o alpha de Cronbach 0,869.<sup>9</sup>

Na aplicação da escala, primeiramente, as participantes identificaram a pessoa mais importante em sua vida, de quem se sentiam mais próximas. Em seguida, foram convidadas a

descreverem sua percepção do comportamento íntimo em relação a cada item, baseando-se em escala *Likert* de cinco pontos, variando da seguinte forma: (1) “não, nunca” a (5) “muitíssimo, sempre”. Para a análise, os valores dos itens foram recodificados de 1 (zero), 2 (1,0), 3 (2,0), 4 (3,0), 5 (4,0). Para calcular a pontuação total, somaram-se os valores correspondentes aos números marcados, sendo que a pontuação cumulativa pode variar de 0 a 128, significando que, quanto maior a pontuação, maior a percepção positiva do relacionamento com a pessoa.<sup>10,9</sup>

Os dados coletados foram sistematizados em planilha matriciada pelo estudo multicêntrico, diretamente no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0, com dupla digitação e conferência. Foram realizadas análises descritivas, de tendência central (mediana e média) e de variabilidade (desvio-padrão), de acordo com cada variável (categórica ou contínua). A confiabilidade da escala utilizada foi avaliada pela consistência interna dos seus itens, medida pelo Coeficiente de alfa de Cronbach, sendo considerados com evidência de confiabilidade os valores acima de 0,70.<sup>11</sup>

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob parecer número 2.507.525 e CAAE: 80711517.8.1001.5238 em 22 de fevereiro de 2018.

## **RESULTADOS**

Dentre as 152 participantes do estudo, a média de idade foi de 25,6 anos, variando de 18 a 40 anos, as quais eram predominantemente brancas (51,7%), viviam com companheiro ou esposo (84,9%), exerciam atividade laboral fora de casa (54,6%) e não possuíam plano de saúde (80,9%). Ademais, as entrevistadas mencionaram que: a renda familiar era suficiente para as necessidades básicas (72,4%); não fumavam (92,1%) e não ingeriram bebida alcoólica nos últimos 3 meses (87,5%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo. Cascavel, PR, Brasil, 2020. (n= 152)

Variável	n (%)	Média±D.P.	Mediana	Intervalo
Idade (anos)		25,6±5,04	25	18 – 40
Etnia				
Branca	78 (51,7)			
Parda	60 (39,7)			
Preta	10 (6,6)			
Amarela	3 (2,0)			
Estado civil				
Vivia com o companheiro ou esposo	129 (84,9)			
Casada	111 (73,0)			
Exerce atividade laboral fora de casa	83 (54,6)			
Plano de saúde (não)	123 (80,9)			
Renda familiar				
Suficiente para as necessidades básicas	110 (72,4)			
Mais do que suficiente para as necessidades básicas	31 (20,4)			
Menos do que o suficiente para as necessidades básicas	11 (7,2)			
Não fumante	140 (92,1)			
Não ingeriu bebida alcoólica nos últimos três meses	133 (87,5)			

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa.

Em relação à pessoa adulta mais importante, sobre a quem ela se referiu quanto às questões da escala ARI, o “companheiro ou esposo” foi a pessoa mais mencionada (58,6%), seguido de “outro membro da família” (40,1%) e de “outra pessoa não membro da família” (1,3%).

Os itens da escala ARI, com suas opções de respostas estão descritos na Tabela 2, a seguir, com destaque para as respostas com maior frequência, assinaladas em negrito.

**Tabela 2** – Respostas da escala ARI. Cascavel, PR, Brasil, 2020. (n= 152)

Item da escala	Não, nunca(%)	Um pouco (%)	Às vezes (%)	Muito (%)	Muitíssimo/ Sempre (%)
1) Fala de seus problemas comigo	3,3	9,9	13,8	19,7	<b>53,3</b>
2) Sempre está tentando me	<b>40,8</b>	16,4	24,3	5,3	13,2

mudar					
3) Respeita minhas opiniões	2,0	6,7	26,0	24,7	<b>40,7</b>
4) Age como se eu o incomodasse	<b>80,3</b>	11,2	7,2	1,3	0
5) Está ali quando necessito dele(a)	0,7	0,7	3,3	13,8	<b>81,6</b>
6) Não aceita um não como resposta quando ela/ele necessita de algo	<b>56,3</b>	11,9	23,2	2,6	6,0
7) Tenta entender meu ponto de vista	2,0	3,3	17,8	27,6	<b>49,3</b>
8) Me dá toda a liberdade que quero	5,9	4,6	21,1	22,4	<b>46,1</b>
9) Está sempre pensando em coisas para me agradar	2,6	3,3	14,5	25,0	<b>54,6</b>
10) Discute, sem se importar com o que eu queira lhe dizer	<b>59,9</b>	13,2	19,7	2,0	5,3
11) Estimula-me a seguir meus próprios interesses	2,6	4,6	14,6	18,5	<b>59,6</b>
12) Ele (a) ri (zomba) de mim	<b>72,8</b>	4,6	13,9	2,0	6,6
13) Está muito disposto(a) a me ajudar quando necessito	0	0,7	5,3	14,5	<b>79,6</b>
14) Quer ter a última palavra em como gastamos nosso dinheiro	<b>63,8</b>	11,2	16,4	2,0	6,6
15) Pensa que vale a pena me escutar	0,7	3,3	21,7	22,4	<b>52,0</b>
16) Permite que eu mude de opinião	4,6	0,7	30,3	21,1	<b>43,4</b>
17) Passa um bom tempo comigo	0,7	8,6	10,6	24,5	<b>55,6</b>
18) Quer controlar tudo o que faço	<b>68,4</b>	14,5	9,9	1,3	5,9
19) Fica feliz em apoiar as minhas decisões	3,3	2,6	16,4	23,0	<b>54,6</b>
20) Diz que eu sou um problema para ele/ela	<b>91,4</b>	3,9	2,6	0	2,0
21) Faz o possível para tornar as coisas mais fáceis para mim	0,7	2,0	7,9	21,1	<b>68,4</b>
22) Espera que eu faça todas as coisas do seu jeito	<b>59,2</b>	16,4	13,8	3,3	7,2
23) Faz com que eu sinta que posso lhe dizer o que eu quiser	4,6	6,6	17,1	15,8	<b>55,9</b>
24) Pensa que não tem problema algum não concordar com ele/ela	15,8	13,8	27,0	13,8	<b>29,6</b>
25) Me pede que compartilhe com ele/ela as coisas que gosta	3,9	2,6	11,2	21,1	<b>61,2</b>
26) Sempre encontra defeitos em mim	<b>63,8</b>	14,5	16,4	2,0	3,3

27) Considera meu ponto de vista	1,3	3,9	22,4	26,3	<b>46,1</b>
28) Não pensa em mim	<b>77,6</b>	5,3	3,3	5,9	7,9
29) Trata de me consolar quando as coisas não vão bem	3,9	0,7	4,6	23,0	<b>67,8</b>
30) Age como se não me conhecesse quando está aborrecido	<b>77,5</b>	7,9	7,9	3,3	3,3
31) Deseja que lhe conte quando algo está me incomodando	3,9	2,6	9,2	21,1	<b>63,2</b>
32) Me deixa fazer qualquer coisa que eu queira fazer	7,2	6,6	<b>34,2</b>	21,7	30,3

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

A avaliação da ARI está apresentada na Tabela 3, tanto os valores do total da escala (ARI total), como de suas duas dimensões (Apoio/Atitude positiva e Domínio/Controle).

**Tabela 3** - Distribuição dos escores da ARI total e suas dimensões. Cascavel, PR, Brasil, 2020. (n=152)

Itens	Nº itens	Média ±D.P.	Mediana	Varição	Alfa de Cronbach
Apoio/ Atitude positiva	20	58,6±9,9	60,0	21 a 72	0,87
Domínio/Controle	12	37,9±7,3	39,0	12 a 48	0,77
ARI total	32	103,5±15,9	106	40 a 128	0,89

D.P.= Desvio Padrão

## DISCUSSÃO

As participantes identificaram o companheiro/esposo (58,6%) e outros membros da família (40,1%) como sendo as pessoas consideradas mais importantes e que atuam como sua fonte de apoio primária. Similarmente, estudo realizado com 100 mulheres hispânicas, residentes nos Estados Unidos, apontou que 57% desse grupo identificaram seu parceiro como a principal relação íntima primária; 32% indicaram a mãe e 11%, outros familiares, incluindo o pai e irmã.<sup>10</sup>

O fato de 84,9% das mulheres viverem com o companheiro ou esposo pode justificar essa principal indicação como a pessoa mais importante. Nessa vertente, o apoio do companheiro é apontado como a principal forma de participação durante o período gestacional,



o qual vai além de apenas suporte financeiro, pois também inclui aporte emocional.<sup>12</sup>

Na dimensão apoio/atitude positiva, observou-se que mais de 50% das participantes apontaram que esse relacionamento apresenta aspectos positivos, como suporte, escuta, aceitação e autonomia. Da mesma forma, como mais de 70% das mulheres assinalaram a opção “Não/nunca” para as questões “age como se eu o incomodasse”, “não pensa em mim” e “age como se não me conhecesse quando está aborrecido”, tem-se o reforço de que a qualidade desse relacionamento é saudável.

A literatura aponta que relacionamentos amorosos saudáveis são baseados no respeito e na confiança, e sua qualidade está diretamente relacionada aos afetos positivos e à satisfação conjugal, podendo se tornar importante fator de proteção de saúde mental.<sup>13</sup> Como, nesse estudo, mais de 80% das mulheres têm a presença do companheiro, isso pode ser fator protetor para sua saúde mental, o que, por sua vez, poderia contribuir para a confiança em relação a condutas com o filho.

Nesse contexto, e sendo o companheiro/esposo mencionado frequentemente dentre as pessoas mais importantes para a mulher, pesquisa realizada na região Noroeste do Paraná identificou que o parceiro/pai reconhece a importância de seu apoio para o sucesso da amamentação, principalmente em relação à sua presença junto à mãe e ao bebê, à ajuda nos afazeres domésticos, aos cuidados com o bebê e às tentativas de amenizar as dificuldades vivenciadas durante a amamentação.<sup>14</sup>

Esses dados se assemelham às respostas da escala ARI, nas quais mais de 50% das mulheres afirmaram que a pessoa mencionada está sempre presente quando ela necessita, disposta a ajudá-la, a ficar com ela, fazendo o possível para tornar as coisas mais fáceis. Similarmente, estudo revela que o fato de as mulheres terem o acompanhamento do marido ou companheiro parece exercer influência positiva na duração do aleitamento.<sup>15</sup>

Em contrapartida, embora o cônjuge seja apontado como maior fonte de apoio, quando

ocorrem as intercorrências mamárias, eles não oferecem esse suporte,<sup>16</sup> porque não receberam as orientações durante o pré-natal sobre essa temática, que os ajudassem a compreender a situação e as dificuldades desse processo.<sup>14</sup> Sendo assim, torna-se essencial que a atenção pré-natal esteja centrada na família, que a pessoa considerada mais importante para a mulher seja identificada e participe de todos os eventos realizados nesse cenário. Dessa forma, torna-se necessário repensar as formas de atenção à saúde, estimular e facilitar a participação desses atores sociais no processo.<sup>12</sup>

Ainda nessa temática, entendendo o suporte social como o apoio emocional e instrumental,<sup>17</sup> ao ser correlacionado o suporte social e o relacionamento conjugal, evidenciou-se que, quanto mais positiva era a relação entre os pares – expressada por carinho, comunicação entre o casal, coisas boas que o companheiro faz, entre outras características –, maiores eram os suportes sociais disponíveis a eles, já que o relacionamento conjugal pode afetar as demais relações interpessoais e influenciar na procura e solicitação por suporte no seio familiar ou no contexto social.<sup>18</sup> Assim, as respostas fornecidas pelas mulheres do estudo apontam para um relacionamento conjugal/familiar agradável com maiores disponibilidades a suportes sociais de apoio.

No que concerne à dimensão Domínio/Controle da escala ARI, verificou-se que, dos 12 itens, oito foram respondidos por mais de 50% das participantes com a opção “nunca”, as quais foram: não aceita um não como resposta quando necessita de algo, discute, sem se importar com o que eu queira lhe dizer, ri (zomba) de mim, quer ter a última palavra em como gastamos nosso dinheiro, quer controlar tudo o que faço, diz que eu sou um problema para ele/ela, espera que eu faça todas as coisas do seu jeito e sempre encontra defeitos em mim. Essas respostas apontam um relacionamento baseado na aceitação, compreensão, respeito e desprendimento, reforçando o aspecto positivo do relacionamento.

Os demais itens não apresentaram respostas com porcentagens significativas, mas

40,7% responderam “muitíssimo/sempré” para o item “respeita minhas opiniões” e 46,1% para “considera meu ponto de vista”. No entanto, no item “me deixa fazer qualquer coisa que eu queira fazer”, 34,2% assinalaram a opção “às vezes”, o que pode suscitar um entendimento dúbio da pergunta, por ser abrangente, cabendo interpretações diversas.

O uso de respostas que avaliam de forma mediana alguém ou alguma coisa, por meio de um instrumento, pode ser uma solução rápida e aparentemente segura de escolha, representando que o indivíduo não se posiciona ao certo, não se compromete, ou, ao contrário, expressa uma dúvida. Ainda pode representar o ponto em que o respondente não tem que se esforçar para analisar e responder.<sup>19</sup>

Em se tratando do resultado das duas dimensões, verificou-se que os valores médios da dimensão Apoio/Atitude positiva foram de 58,6 pontos, variando de 21 a 72 e alfa de Cronbach de 0,87. Já para a dimensão Domínio/Controle, a média foi de 37,9, variando de 12 a 48 pontos e alfa de Cronbach de 0,77. No resultado da avaliação total da escala ARI, o escore apresentou uma média de 103,5, variando de 40 a 128 pontos e o valor de alfa de Cronbach de 0,89. Valores semelhantes foram encontrados no estudo de Linares, Hall e Ashford (2015), no qual o alfa de Cronbach foi de 0,91 para a dimensão Apoio/Atitude positiva e 0,82 para a dimensão Domínio/Controle. Para a escala total, a média foi de 108,8, variando de 59 a 128; e o valor de alfa de Cronbach, de 0,92, indicando sua solidez para medir a qualidade de uma relação íntima primária naquela amostra.<sup>10</sup>

Os valores descritivos da escala ARI demonstraram que, predominantemente, as mulheres possuíam relação positiva com sua fonte de apoio primária. Pesquisa realizada com a finalidade de identificar a percepção de gestantes, acerca do apoio familiar recebido durante o período gravídico-puerperal, demonstrou que a maioria das entrevistadas possuía uma percepção positiva sobre o apoio recebido e valorizava o envolvimento familiar nesse período, o que influencia positivamente o período pré-natal, parto e puerpério, incluindo a

amamentação.<sup>15</sup> Ao se relacionarem com sua rede social durante a amamentação, as nutrizes esperam receber compreensão e apoio e apontam a intenção de manter essas relações com um aspecto positivo para superarem as dificuldades e obterem sucesso na amamentação.<sup>20</sup> Uma relação positiva com uma pessoa considerada como fonte de apoio primária pode influenciar positivamente a iniciação e manutenção do AM.

Para tanto, utilizar ferramentas que auxiliem na identificação do apoio primário para a gestante, na atenção primária à saúde, possibilita à equipe de saúde direcionar suas ações com enfoque no cuidado para além da mulher, considerando seus vínculos estabelecidos. Nessa investigação, a escala ARI mostrou-se método efetivo para avaliar a qualidade de um relacionamento com uma pessoa próxima, pois quando seus resultados são positivos, maior é o apoio recebido pela gestante e, conseqüentemente, maiores são as influências para que a mulher inicie e mantenha o AME. Ao contrário, quando o resultado é negativo, a equipe de saúde pode se dedicar a construir esse relacionamento na família para o suporte que a mulher irá necessitar durante a gestação e após o nascimento do bebê.

## **CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que as gestantes identificam o companheiro/esposo e outros membros da família como sendo as pessoas mais importantes e que atuam como sua fonte de apoio primária, demonstrando a necessidade de desenvolver a atenção à saúde centrada na família. Esse não é um tema novo para a Enfermagem, tampouco para a atenção primária, contudo, continua na pauta dos temas pendentes, relacionada à qualidade do pré-natal no país, impactando os números da mortalidade materno-infantil.

Nos resultados da escala ARI, verificou-se que a qualidade do relacionamento com a pessoa próxima é saudável e possui aspectos positivos, uma vez que muitas questões abordadas

que envolviam características de suporte, escuta, autonomia, aceitação, compreensão e respeito foram respondidas positivamente. Sugere-se sua utilização nas unidades de atenção primária, para a identificação do apoio primário das gestantes e atuação do Enfermeiro no fortalecimento dos vínculos para o suporte necessário à mulher no período gravídico-puerperal.

O estudo apresenta limitações, como a amostra não aleatorizada, a não inclusão de outras avaliações, como da equipe de saúde e a ausência de instrumentos para avaliação do apoio a gestante em língua portuguesa. Por esse motivo, a comparação com os demais instrumentos utilizados para avaliação do aleitamento materno na gestação inviabilizou outros tipos de análise de correlação entre o apoio recebido e o AME.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): MS; 2015 [cited 2020 Apr 29]. Available from:[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf)
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [Internet]. 2016[cited 2020 Apr 24]; Jan;387(10017):491–504. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
3. 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. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 24]; 49: 91. Available from:<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>. Epub Dec 31, 2015.
4. Prates LA, Schmalfluss JM, Lipinski JM. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 24];19(2):310–5. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>
5. Cardoso ACA, Vivian AG. Maternidade e suas vicissitudes : a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora Rev da Soc Psicol do Rio Gd do Sul* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 24]; 17(1):43–51. Available from: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/134/139>
6. Primo CC, Dutra PR, Lima E de FA, Alvarenga SC, Leite FMC. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2015; [cited 2020 Apr 24]; 20(2):426–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.37453>
7. Amaral LJX, Sales S dos S, Carvalho DP de SRP, Cruz GKP, Azevedo IC de, Ferreira Júnior MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 24]; 36(spe):127–34.

- Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>
8. Riemenschneider PS, D'Aquino L. Maternidade, redes sociais e sociedade de consumo: vulnerabilidade ou empoderamento da lactante? In: Anais do 4 Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade. Santa Maria/ RS; 2017[cited 2020 Apr 24]. p. 1–14. Available from: <http://coral.ufsm.br/congressodireito/anais/2017/5-2.pdf>
  9. Christoffel M, Rodrigues E, Carvalho L, Monteiro A, Diniz M, Toso B, et al. Tradução da escala Calidad de la relación con su persona cercana para português brasileiro. No prelo, 2020;
  10. Linares AM, Hall L, Ashford K. Psychometric testing of the Autonomy and Relatedness Inventory - Spanish Version. *J Nurs Meas*. [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 24]; 23(1):27–37. Available from: <https://doi.org/10.1891/1061-3749.23.1.E27>
  11. Fayers PM, Machin D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. In: Wiley, editor. *Quality of life - assessment, analysis and interpretation*. 2nd ed. New York; 2007. p. 77–108.
  12. Caldeira LA, Ayres LFA, Oliveira LVA, Henriques BD. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. *Rev Enferm do centro-oeste Min*. [Internet] 2017 [cited 2020 Apr 24]; 7(e1417):1–10. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1417>
  13. Costa NBA, Modesto JG. Representação social do relacionamento amoroso saudável social. *Rev Psicol da IMED*. [Internet] 2020 [cited 2020 Apr 24]; 12(1):100–15. Available from: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i1.3497>
  14. Teston EF, Reis TS, Góis LM, Spigolon DN, Maran E, Marcon SS. Aleitamento materno: percepção do pai sobre seu papel. *Rev Enferm do centro-oeste Min*. [Internet] 2018 [cited 2020 Apr 24]; 8(e2723):1–7. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2723>
  15. Avanzi SA, Dias CA, Silva LOL, Brandão MBF, Rodrigues SM. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. *Rev Saúde Col UEFS* [Internet] 2019 [cited 2020 Apr 24]; 9:55–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.3739>
  16. Silva FA, Cantanhede NAC, Fonseca PC de A, Conceição SIO. Apoio social e intercorrências mamárias de nutrízes que amamentam exclusivamente. *DEMETRA - Aliment Nutr Saúde*. [Internet] 2019 [cited 2020 Apr 24]; 14(1:e43824):1–16. Available from: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.43824>
  17. Maia CML, Castro FV, Fonseca AMG, Fernández MIR. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Rev INFAD Psicol*. [Internet] 2016[cited 2020 Apr 24]; 1(1):293–304. Available from: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>
  18. Azevedo TL, Cia F, Spinazola C de C. Correlação entre o relacionamento conjugal, rotina familiar, suporte social, necessidades e qualidade de vida de pais e mães de crianças com deficiência. *Rev Bras Educ Espec*. [Internet] 2019 [cited 2020 Apr 24]; 25(2):205–18. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1413-65382519000200002>
  19. Costa FJ, Orsini ACR, Carneiro JS. Variações de mensuração por tipos de escalas de verificação: uma análise do construto de satisfação discente. *Rev GestãoOrg*. [Internet] 2018 [cited 2020 Apr 24]; 16(2):132–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.21714/1679-18272018v16n2.p132-144>
  20. Souza MH do N, Nespoli A, Zeitoune RCG. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. *Esc Anna Nery*. [Internet] 2016 [cited 2020 Apr 24]; 20(4):1–6. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160107>

## ARTIGO CIENTÍFICO 2

### APOIO SOCIAL À MULHER DURANTE O PERÍODO DO ALEITAMENTO MATERNO

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar a pessoa mais próxima à gestante, que atua como sua fonte de apoio primária e verificar, junto aos profissionais de saúde da atenção primária, qual apoio as mulheres recebem na comunidade onde atuam, durante o período de aleitamento materno.

**Método:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado em unidades de saúde da família em município do Oeste do Paraná, Brasil, com 128 gestantes e 28 profissionais de saúde. Os dados junto às gestantes foram coletados por questionário e dos profissionais de saúde por meio de entrevistas, realizadas entre os meses de setembro de 2018 a novembro de 2019. A análise foi temática.

**Resultados:** As gestantes identificaram o marido/companheiro e outros membros da família como sendo as pessoas que atuam como sua fonte de apoio primária, contrariando a menção dos profissionais de saúde que se autodeclararam a principal fonte de apoio à mulher.

**Conclusão:** Os profissionais de saúde precisam identificar que a amamentação é determinada por inúmeros fatores e que as pessoas do contexto social da nutriz são influenciadoras dessa prática. Sugerem-se ações de educação permanente envolvendo essa temática no cotidiano das equipes de saúde.

**DESCRITORES:** Saúde Materno-infantil. Aleitamento materno. Apoio social. Profissionais de saúde. Gestantes.

## INTRODUÇÃO

O comportamento de amamentar é influenciado por uma miríade de determinantes, incluindo atitudes, conhecimento e apoio social. A mensuração efetiva desses determinantes é crucial para fornecer suporte ideal para as mulheres durante todo o período de amamentação.<sup>1</sup>

Biologicamente, quase todas as mulheres são capazes de amamentar, no entanto, essa prática é afetada por fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais, bem como por condições estruturais. Esses determinantes, por sua vez, operam em múltiplos cenários: sistemas e serviços de saúde, família e comunidade, trabalho e emprego. E, no nível mais íntimo, a amamentação é influenciada pelos atributos da própria mãe e da criança, que resultam da internalização, na mulher, das influências exercidas pelos determinantes estruturais e pelos diversos cenários.<sup>2</sup>

Nesse sentido, conhecer a rede de apoio social das mulheres em processo gestacional se torna fundamental, visto que os atores que compõem essa rede podem influenciar na decisão e no suporte da mulher em amamentar.<sup>3</sup>

O apoio social é considerado uma ferramenta de suporte psicológico e emocional para as mães durante o período de puerpério.<sup>4</sup> Pode ser apresentado como apoio emocional, material e financeiro e envolve também a ajuda nos afazeres domésticos, nos cuidados com o bebê e com os outros filhos.<sup>5</sup>

Estudos realizados com a finalidade de identificar a rede de apoio social de puérperas, na prática da amamentação, constataram que o meio familiar é a sua principal fonte de apoio, geralmente representada pela mãe da puérpera e por familiares do sexo feminino, principalmente as mais velhas, que já passaram pela experiência da amamentação.<sup>3</sup> A figura do companheiro também aparece como indispensável nesse cenário, e o suporte de amigos e vizinhos é importante quando a nutriz não possui familiares próximos.<sup>5</sup> Sendo assim, essa rede é composta por sujeitos que possuem inúmeros e distintos saberes acerca da amamentação e, portanto, exercerão influências nesse processo.<sup>3</sup>

Nesse cenário, as equipes de saúde também devem formar uma rede social de apoio e suporte à nutriz.<sup>6</sup> No tocante à atenção primária, as equipes de saúde devem focar a determinação do processo saúde-doença e considerar o meio social em que as pessoas estão inseridas, garantindo-lhes o apoio, assistência, orientação e acompanhamento longitudinal, da gestação ao crescimento e desenvolvimento



infantil.<sup>7</sup>

Entretanto, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido dos profissionais de saúde, que costumam oferecer um suporte passivo e reativo, quando, na verdade, elas necessitam de um apoio ativo (inclusive emocional). Assim, as equipes de saúde precisam entender o que as mães desejam, precisam ou esperam deles.<sup>8</sup>

Estudos revelam que os profissionais de saúde não se apropriaram das políticas de incentivo ao aleitamento materno (AM), seja por ausência de cursos de qualificação nessa temática<sup>9</sup> ou por maior preocupação com o aspecto técnico no incentivo ao AM.<sup>10</sup>

Os profissionais de saúde precisam compreender a amamentação como um processo biopsicossociocultural, dinâmico e relacional e, nesse caminho, desenvolver um trabalho interdisciplinar, contemplando uma abordagem comum, coordenada e cooperada entre as diversas profissões, a fim de aumentar a confiança das mulheres quanto ao ato de amamentar e tornarem-se, assim, mais propensos a promoverem positivamente o AM e o suporte às mães.<sup>6</sup>

Dessa forma, verifica-se que a prática da amamentação é altamente complexa, pois envolve não só a díade mãe/filho, mas também o núcleo familiar, comunitário, institucional e, dentre as instituições do setor saúde, os seus profissionais.<sup>11</sup>

Nesse contexto, esse trabalho tem como objetivo identificar a pessoa mais próxima à gestante, que atua como sua fonte de apoio primária, bem como verificar, junto aos profissionais de saúde da atenção primária, que tipo de apoio as mulheres recebem na comunidade onde atuam, durante o período do AM.

## **MÉTODO**

O estudo integra um projeto multicêntrico, denominado 'Aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil', sob coordenação da Escola de Enfermagem Anna Nery, do Rio de Janeiro que, por sua vez, faz parte de pesquisa internacional sobre o AM nas Américas, denominado 'Lactância materna exclusiva: determinantes socioculturales en Latino América', sob coordenação da universidade do Kentucky, nos Estados Unidos.

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado em Unidades de Saúde da Família (USF), em município de médio porte, na região Oeste do Paraná,

realizado com 128 gestantes de risco habitual e intermediário, captadas nas USF, por ocasião da consulta de pré-natal; e com 28 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que trabalhavam nas USF que integraram o estudo. Os dados foram coletados entre os meses de setembro de 2018 a novembro de 2019.

A distribuição por categoria profissional se deu de forma intencional, ou seja, 25% dos profissionais era composta por médicos, 25% por enfermeiros, 25% por técnicos em Enfermagem e 25% por agentes comunitários de saúde (ACS), uma vez que a intenção foi de entrevistar, pelo menos, um profissional de cada categoria, em uma mesma equipe da USF.

Os dados junto às gestantes foram coletados por meio da aplicação de questionário contendo caracterização sociodemográfica e uma pergunta central: Quem é a pessoa adulta mais importante para você, nesse momento, que atua como sua fonte de apoio? Ao passo que os dados referentes aos profissionais de saúde foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, incluindo informações gerais sobre a caracterização demográfica e profissional e utilizando-se das questões norteadoras: Baseado em sua experiência, que tipo de apoio recebem as mulheres, durante o período de AM, em sua comunidade? Que estratégias você sugere para promover o aleitamento materno exclusivo (AME) em sua comunidade?

Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática, seguindo-se as etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, organizaram-se os conteúdos em quadros sistematizadores para visualizar, de maneira geral, as entrevistas como um todo. Na sequência, realizou-se a exploração do material que possibilitou a construção de categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado. Para finalizar, foram realizados o tratamento e a interpretação dos dados que foram agrupados em duas categorias temáticas, conforme Quadro 1.

**Quadro 1 – Categorias temáticas relacionadas ao apoio ao aleitamento materno.**

<b>Apoio ao aleitamento materno</b>	Tipo de apoio que as mulheres recebem durante o período do AM na sua comunidade	-Equipe de saúde -Família -Igreja -Outros serviços da comunidade
	Estratégias para promover o AM na sua comunidade	-Informação e orientação no processo de trabalho dos profissionais de saúde

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Banco de leite</li> <li>- Trabalho materno</li> <li>- Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI)</li> <li>- Grupos da comunidade</li> </ul>
--	--	--

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de assegurar o sigilo de sua identidade, os participantes foram identificados por códigos, sendo a letra M para identificar médicos, a letra E para os enfermeiros, as letras TE para técnicos em enfermagem, e as letras ACS para os agentes comunitários de saúde. As entrevistas em cada grupo foram numeradas conforme a ordem de sua realização.

## RESULTADOS

Inicialmente, apresentam-se as caracterizações dos participantes nas tabelas 1 e 2 a seguir.

**Tabela1 - Caracterização dos Profissionais de Saúde. Cascavel, PR, Brasil, setembro de 2018 a novembro de 2019. (n=28)**

<b>Característica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo feminino	23	82,1
Faixa etária predominante (30 – 39 anos)	12	42,8
Graduação universitária	14	50,0
Especialização	10	35,7
Tempo de formação na profissão predominante (5 a 10 anos)	8	28,5
Tempo de trabalho abrangendo a amamentação predominante (5 a 10 anos)	8	28,5
Formação para o AM:		
Médicos	1	14,2
Enfermeiros	7	100,0
Técnicos de Enfermagem	3	42,8
ACS	7	100,0

**Tabela2 - Caracterização das Gestantes. Cascavel, PR, Brasil, setembro de 2018 a novembro de 2019. (n=128)**

<b>Característica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Etnia		
Branca	67	52,3
Parda	49	38,3
Preta	9	7,0

Amarela	3	2,3
Vive com o companheiro ou esposo	109	85,2
Casadas	100	78,1
Exerce atividade laboral fora de casa	67	52,3
Não possuía plano de saúde	104	81,3
Renda familiar		
Suficiente para as necessidades básicas	90	70,3
Mais do que suficiente para as necessidades básicas	28	21,9
Menos do que o suficiente para as necessidades básicas	10	7,8
Não fumantes	116	90,6
Não ingerirem bebida alcoólica nos últimos três meses	115	89,9
Aceitabilidade da gestação		
Não planejaram a gestação	78	60,9
Sentiram-se felizes ao saber que estavam grávidas	107	83,6
Tinham vontade de compartilhar com outras pessoas a notícia de sua gravidez	101	78,9
Negaram pensamento abortivo durante a gestação	119	93,0
Pessoa adulta mais importante para a gestante, que atua como sua fonte de apoio primária relacionada à amamentação		
Companheiro ou esposo	78	60,9
Outro membro da família	48	37,5
- Mãe	40	83,3
- Irmã	3	6,2
- Avós	2	4,1
- Pai	1	2,1
- Sogra	1	2,1
- Cunhada	1	2,1
Outra pessoa não membro da família (amiga)	2	1,6

### **Tipo de apoio que as mulheres recebem durante o período do AM na sua comunidade**

Quanto ao apoio ofertado à mulher, durante o período do AM, os profissionais de saúde mencionaram quatro tipos de apoio: da própria equipe de saúde, da família, da igreja e de outros serviços da comunidade.

Todos os profissionais de saúde se autodeclararam como a principal fonte de apoio à mulher, nesse período da amamentação, assegurando que [...] *o apoio que elas recebem aqui, na verdade, é nosso, na unidade, durante as consultas; as próprias assistentes sociais que vão até as casas (M4); [...] orientação médica e orientação das enfermeiras (TE5); [...] as ACSs estão orientadas a passarem nas casas para verem se está tudo bem, se as mães estão conseguindo amamentar (E1); [...] a visita domiciliar para preenchimento da DNV (Declaração de nascidos-vivos) e orientações (E2); [...] fazemos as orientações no grupo de gestante (E5);* e apontaram o banco de

leite como um serviço auxiliar nesse processo, ao enfrentar alguma dificuldade: [...] *quando a gente acha que está difícil, a gente pede ajuda para o banco de leite (M2), [...] quando está com alguma dificuldade que mesmo com a gente orientando percebe que a mãe está mais insegura ou continua com a dificuldade, a gente fala para ir no banco de leite (E7), [...] e se nem o médico consegue resolver, a gente encaminha para o banco de leite (E2), e [...] quando elas têm dúvidas, lá é o local mais indicado que a gente diz para ir para poder ter uma orientação mais técnica de como fazer, quais os benefícios, certinho (TE7).*

O núcleo familiar foi pouco mencionado nos discursos, ora atuando como apoio positivo, ora como negativo.

*Aqui é um perfil de população até bom, que o pai vem junto na consulta, vem, às vezes, na puericultura; a gente vê que elas têm um pouco mais de apoio, por perfil populacional, por ser uma classe um pouco melhor; então, em casa, eu acredito que elas tenham do parceiro também; as avós vêm bastante, e, em casa, elas devem ter apoio de pais e avós; a gente vê eles bastante presentes aqui na unidade. (E5)*

*Acho que a família, os familiares que estão mais próximos e que apoiam, mas nem sempre, têm muitos relatos de mães, avós principalmente, que orientam a introdução de novos alimentos. (E1)*

*[...] às vezes, a gente vê a família pressionando para que entre com fórmula, que a criança não está ganhando peso suficiente. (M3)*

*[...] sempre tem uma avó depois do parto para orientar, para ajudar a nova mãe. (M7)*

*[...] da família, é aquela que eu digo: Dá comida porque você vai trabalhar e daí eu vou ficar com essa criança chorando nos meus ouvidos, e daí elas não têm outro jeito.(ACS7)*

Os profissionais de saúde também mencionaram a igreja como um órgão de apoio às mulheres no período do AM, geralmente associando-a à [...] *pastoral da criança (M2, ACS2, ACS6), organismo de ação social vinculado à Igreja Católica Apostólica Romana, mencionando que [...] a gente trabalha em parceria com a pastoral da criança; a reunião mensal e a pesagem das crianças, sempre tenta ir alguém da unidade para fazer os esclarecimentos, educação em saúde, não só do AM, como a introdução dos outros alimentos, da higiene oral também, das crianças. (TE2)*

Outros serviços da comunidade, como [...]o CRAS (Centro de Referência de

Assistência Social) (TE6, ACS4) foram citados, bem como o grupo de mães, que [...] *falam sobre isso, aleitamento, vacina; está incentivando muito a elas prosseguirem o AM* (TE3).

### **Estratégias para promover o AME na sua comunidade**

No que concerne às estratégias para promover o AME na sua comunidade, os profissionais de saúde mencionaram as seguintes subcategorias: informação e orientação no seu próprio processo de trabalho, banco de leite, trabalho materno, Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) e grupos da comunidade.

Os entrevistados apontaram estratégias que englobam mudanças no seu próprio processo de trabalho e na abordagem à mulher que irá passar pela vivência da amamentação, geralmente associando-a ao âmbito educacional, ou seja, ao seu papel no ensinamento e aconselhamento à mãe em relação à amamentação, afirmando que *o aleitamento, a gente tem que trabalhar com a mãe, desde o momento em que ela sabe que está grávida* (E4); [...] *tem que trabalhar mais durante o pré-natal, que a gente ainda tem dificuldade para trabalhar com isso, em estabelecer os grupos de gestantes* (E6); e que esse aconselhamento sobre o AM [...] *deveria ser mais, não só ficar no agosto dourado, mas ser o ano inteiro isso*(ACS1).

No entanto, percebeu-se que grande parte dos profissionais mencionam essas orientações relacionadas à aspectos puramente biológicos como [...] *explicar que no começo vai ser difícil, que vão surgir fissuras, que existem mulheres que têm mamilo plano ou invertido, falar o real benefício que o AM tem, além de nutricional e relacionado a anticorpos e à imunidade* (M6); [...] *que a produção do leite depende da sucção do bebê, da pega adequada* (M5); [...] *que você explique a importância do aleitamento para a criança, até para ela mesma, para voltar o corpo mais rápido, parte da imunidade da criança* (TE4); [...] *que é uma alimentação completa, tem os anticorpos, que a mãe recebeu as vacinas, tudo certinho e que a criança vai estar protegida* (ACS3); [...] *já começar a orientar elas de como proceder, como preparar a mama para que a mama não sofra alguma fissura* (ACS5).

Apenas dois profissionais abordaram, em seus relatos, estratégias que englobam a amamentação como um ato psicossocial, sendo que um explanou sobre os aspectos psicológicos, e o outro, sobre a questão social de informar a mulher sobre seus direitos trabalhistas.

*Acho que grupos [...] chamando as mãezinhas para vim, conversar, trocar experiências, trocar ideias, porque às vezes eu tenho uma dificuldade que você não tem, às vezes eu tenho facilidade em uma coisa que você não tem; para elas poderem discutir, essas coisas. (TE7)*

*[...] então, estar mostrando para as mães que é importante; às vezes tem que estar orientando, porque às vezes algumas mães não sabem que elas têm o direito, que elas têm um período que podem vir mais cedo para casa. (ACS2)*

Alguns profissionais mencionaram questões relacionadas à sua própria capacitação, expondo que [...] *todos os profissionais precisam estar preparados, ter o mínimo de informação para poder orientar a mulher (E6); [...] investir em orientações, investir em capacitações (TE3)*. E um profissional assegurou que sua missão é [...] *conscientizar essas mães da importância do AM, mas isso daí foge da minha questão só, a gente faz o máximo que pode para orientar, estimular, para promover, mas no final, a decisão final será da mulher, ela que vai decidir se quer ou não quer dar de mamar (E1)*.

O processo de trabalho do banco de leite foi citado, também associado a essa vertente do aconselhamento e orientação que não se restrinja apenas ao âmbito hospitalar, mas que [...] *o banco de leite poderia ter outras estratégias não só para as gestantes do HU (Hospital Universitário)(M5), [...] de repente, eles estarem vindo fazer palestras com um grupo de gestantes (E7), ou [...] alguém que eles treinem (M4)*.

Fatores relacionados ao trabalho materno também foram elencados pelos profissionais de saúde, associando-o ao tempo de licença maternidade, sugerindo que [...] *a gente precisava conseguir estender a licença maternidade para que elas pudessem ficar mais tempo em casa e amamentar (E6)*, no entanto, os próprios profissionais se questionam [...] *quem garante que ela vai usar esse período só para dar de mamar e se dedicar à criança, ou simplesmente vai usar esse período só para ficar em casa e não fazer nada e mesmo assim abandonar? (E1)*.

O direito, por lei, de duas pausas de meia hora cada ou de sair uma hora mais cedo do trabalho para amamentar também foi pontuado, no entanto, os profissionais afirmam: [...] *não sei como que está isso, se realmente está funcionando, se eles estão liberando, porque umas trabalhammuitos quilômetros daqui, não têm como elas virem, então isso é um grande desafio, mas como criar essa estratégia se elas trabalham muito longe? (M1)*; e alguns alegam que [...] *poderia, com as empresas, tentar conversar e ver com essas mães que estão retornando, se elas podem organizar um*

*horário que seja possível que elas estejam amamentando (M3); ou, ainda, a disponibilização de salas de apoio a amamentação no local de trabalho: [...] seria necessário as empresas disponibilizarem o local para essas mães estarem amamentando durante seu turno de trabalho (E3); [...] as empresas darem esse direito de a criança ir até a mãe (ACS6).*

Os CMEI foram mencionados como espaços que devem ser abordados para que se tornem parceiros no apoio a amamentação.

*[...] acho que seria também um pouco mais de apoio dos CMEI, mas também não sei como eles vão controlar isso, porque já pensou todas as mães levarem o leite materno, vai ter que levar etiquetado, na temperatura correta, e tem o resfriamento, depois para fazer o aquecimento desse leite, porque não é por lá e ferver, tem que ser em banho maria, então a gente não vai conseguir. (M1)*

*[...] aqui tem CMEI e faz pouco tempo que eles estão aceitando o leite da mãe congelado, então eles querem que, quando o bebê vá para o CMEI, já esteja adaptado com uma fórmula ou com outra alimentação; acho que teria que trabalhar essas questões, eu acho que para fortalecer o AM toda comunidade precisa ser esclarecida. (E6)*

Alguns profissionais mencionaram, como estratégias de apoio à amamentação, a formação de grupos na comunidade que promovam o AME: *[...] talvez trabalhar com grupos da comunidade, grupos de mães, grupos de pais e mestres, grupos de igrejas, associações de moradores, talvez trabalhar mais com grupos seria interessante (M7);* outros sugeriram *[...] fazer um trabalho junto com as instituições que tem aqui na comunidade, por exemplo, a gente tem uma empresa grande, que é o supermercado I, de repente estar promovendo junto com eles, apesar de eles venderem as fórmulas, né?!, promover momentos ali, de incentivo ao AM (E3);* ou *[...] só se fosse ter algum treinamento, alguma coisa assim, que fosse falado na igreja, porque assim elas acatariam bastante, porque a maioria são católicas (TE1);* e que *[...] a mídia também poderia estar divulgando, e poderia também estar passando nas escolas sobre a importância da amamentação (ACS1).*

## **DISCUSSÃO**

As gestantes identificam o marido/companheiro e outros membros da família como sendo as pessoas consideradas importantes nesse período e que atuam como



sua fonte de apoio primária, contrariando a menção dos profissionais de saúde que, em sua totalidade, se autodeclararam como a principal fonte de apoio a mulher no período do AM, sendo que seis deles reconheceram a família como apoiadora nesse processo.

Nesse contexto, estudo realizado com 21 puérperas da rede básica de saúde de um município do Rio Grande do Sul (RS) constatou que o meio familiar e as pessoas do contexto comunitário, principalmente as mulheres, são os principais atores sociais que fornecem suporte à mulher durante o período da lactação, e apenas quatro participantes mencionaram os profissionais de saúde como alguém que fazia parte de sua rede social de apoio<sup>3</sup>, dados similares aos resultados desse estudo.

O mesmo ocorreu em pesquisa realizada em Monza, na Itália, com 11 mulheres de uma unidade de atenção primária à saúde, na qual se verificou que os atores sociais mais envolvidos no processo de lactação foram: o marido, a mãe, uma amiga e a enfermeira da unidade em estudo. No entanto, os familiares foram referidos como sua rede de apoio primária, pois são eles que forneceram companhia, ajudaram no cuidado da criança e auxiliaram no cumprimento das tarefas domésticas. E em relação ao suporte das enfermeiras, a sua ajuda referiu-se a conselhos/orientações e intervenções, principalmente no surgimento de dificuldades, caracterizando-se, portanto, como a rede de apoio secundária.<sup>12</sup>

Neste cenário, torna-se imprescindível destacar que o apoio necessário à mulher para o sucesso na amamentação não envolve apenas intervenções diretas na prática de AM, mas engloba outros aspectos, como a ajuda nas tarefas domésticas, nos cuidados com o bebê e com os outros filhos, nas questões econômicas e materiais e no apoio emocional.<sup>5</sup> Assim, considera-se que a amamentação não é uma prática que decorre apenas de uma decisão ou de conhecimentos sobre os benefícios do leite materno para a criança, mas, ao contrário, envolve diversas razões, intencionalidades e singularidades e, por isso, os profissionais de saúde precisam identificar a influência das relações da mulher que amamenta com sua rede social, para subsidiar o trabalho no planejamento de ações voltadas para a promoção, proteção e apoio a amamentação.<sup>12</sup>

Estudo realizado com a finalidade de desvelar as percepções de nutrizes quanto à atuação dos profissionais de saúde da USF, frente ao AM, no puerpério, realizada na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, aponta que a promoção e a proteção do AM, nesses serviços, apresenta-se ineficaz, com déficit de

acompanhamento e informações coesas, de acordo com as necessidades, evidenciando a carência de apoio dos profissionais de saúde para a lactação<sup>13</sup>, semelhante ao que foi encontrado nesse estudo.

O sucesso para o AM envolve instâncias que ultrapassam o setor saúde e a dimensão biológica, e integra, primeiramente, o contexto familiar do qual a mulher faz parte. Todavia, a participação da família, nesse processo, ainda é pouco explorada e incorporada na assistência e no manejo do AM.<sup>14</sup> Nessa vertente, a inserção da família no processo de construir a prática da amamentação é um desafio a ser superado pelos profissionais de saúde, visto que sua participação ainda é eventual nas ações e nos serviços das unidades de saúde, diante da proporção de sua influência na prática do AM. Sendo assim, as equipes de saúde devem revisar suas condutas, a fim de atingir essa rede social da nutriz, para que ela reconheça a importância do AM e se torne uma parceira nesse processo.<sup>15</sup>

Quando os profissionais de saúde atuam junto às nutrizes e suas famílias, torna-se possível identificar precocemente as práticas que podem prejudicar a amamentação e, nesse contexto, é fundamental uma abordagem integral que considere a nutriz em sua totalidade, tanto aqueles relacionados aos aspectos biológicos, como também social, psicológico e emocional. As práticas devem promover o incentivo contínuo, desde o pré-natal com acolhimento precoce até o puerpério, a fim de prevenir o surgimento de problemas e dificuldades. Portanto, os profissionais da USF devem ter ciência do papel que devem exercer para proteger e promover o AM e das informações e orientações que devem transmitir sobre esta temática.<sup>13</sup>

No cenário hospitalar, estudo realizado em hospital com alojamento conjunto demonstrou um contexto diferente ao afirmar que as recém-nascidas mães reconheceram como positivo o apoio recebido dos profissionais de saúde em relação ao AM, pois, além do suporte relacionado aos aspectos biológicos e técnicos, como o manejo clínico de fissuras e o posicionamento para pega adequada, também relataram apoio emocional, como atenção, calma e orientação.<sup>16</sup> Entretanto, destaca-se que se trata de uma pesquisa realizada nos primeiros dias após o parto, referindo-se aos profissionais de saúde do ambiente hospitalar, o que não exclui sua importância, visto que, nesse período, as mulheres encontram-se fragilizadas pela vivência da transição ao papel materno, contudo, remete, mais uma vez, à importância do seguimento e do acompanhamento dos serviços de saúde da atenção básica às

nutrizes, para a manutenção e perpetuação do AM.<sup>17</sup>

E é nesse âmbito que emerge a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH), mencionada pelos profissionais de saúde. O Brasil possui a maior e mais complexa rede de BLH do mundo, a qual atua na promoção, proteção e no apoio ao AM. Assim, dentre as suas diversas ações, desenvolve atividades para auxiliar as mulheres-mães que apresentem dificuldades no período da amamentação, o que justifica a significativa menção a esse serviço, realizado pelos profissionais de saúde, como sendo um serviço de referência diante de uma dificuldade.<sup>18</sup>

A pastoral da criança, também citada como um movimento social apoiador da amamentação, tem sua atuação pautada na comunidade e na capacitação de líderes voluntários que ali vivem, com a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças no contexto familiar e comunitário.<sup>19</sup> Contudo, uma análise crítica do material impresso utilizado pelos líderes da pastoral da criança, sobre o AM, identificou que, apesar de se tratar de uma organização dirigida para a comunidade, o material é totalmente embasado no conhecimento científico e utiliza-se das mesmas estratégias do Estado em valorizar, quase que exclusivamente, a questão biológica do leite materno e de responsabilizar a mulher por essa prática, descontextualizando os aspectos da realidade familiar, social e comunitária.<sup>20</sup>

O CRAS, citado por dois profissionais, é uma organização estatal que oferece serviços de assistência social e a promoção da organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas.<sup>21</sup> Um estudo realizado na cidade de Baldim – MG, com um grupo criado pelo CRAS, com a finalidade de prestar assistência e orientação às gestantes, nas diversas áreas sociais, educacionais, de saúde, entre outras, e estimulá-las a realizar regularmente as consultas de pré-natal e conscientizá-las da importância do AM e seus benefícios, concluiu que tais grupos são de extrema importância, nesse período gestacional, no qual a mulher encontra-se sensibilizada, enfatizando o valor da atuação de equipes multiprofissionais e integradas nessas ações, o que resultará em ganhos positivos para as participantes.<sup>22</sup>

A formação de grupos de apoio ao AM é uma das recomendações do Ministério da Saúde (MS) para apoiar essa prática e consta no 10º passo da estratégia Instituição Hospitalar Amiga da Criança (IHAC).<sup>23</sup> Nesse contexto, estudo descritivo avaliou que grupos de apoio com mães da comunidade, baseado na educação popular e no espaço dialógico, representam uma importante ferramenta na formação de uma cultura favorável à amamentação e possibilita, aos profissionais de saúde e às

mulheres, vivenciarem a prática de uma educação libertadora.<sup>24</sup>

Diante disso, verifica-se que muitos são os fatores que determinam a amamentação e envolvem diversos níveis, que vão desde legislações e políticas até atitudes e valores sociais, condições de trabalho para as mulheres e serviços de saúde para apoiarem as mulheres e suas famílias na amamentação adequada. Portanto, as intervenções devem ser implementadas simultaneamente por diversos setores para se obter melhores resultados na prática da amamentação.<sup>2</sup>

Nesse cenário, estudiosos examinaram os efeitos das intervenções, de acordo com alguns cenários: sistemas e serviços de saúde, família e comunidade, ambiente de trabalho e emprego.<sup>2</sup> Nos serviços de saúde, consideraram-se aquelas intervenções relacionadas ao IHAC e concluiu-se que o aconselhamento individual e a educação em grupo – suporte à amamentação após o parto e gerenciamento da lactação – aumentaram o AME até os seis meses.<sup>2</sup> Portanto, quando os profissionais de saúde citam, no presente estudo, estratégias relacionadas ao processo de trabalho para promover o AME na sua comunidade, ao mesmo tempo em que identificam fragilidades em sua prática assistencial, percebe-se que reconhecem a importância das ações educativas implementadas pelas equipes de saúde para aumentar a taxa de amamentação em sua comunidade.

Quando um profissional de saúde afirma que sua missão é conscientizar as mães, mas que [...] *no final, a decisão final será da mulher, ela que vai decidir se quer ou não quer dar de mamar* (E1), identifica-se a presença de uma cultura que responsabiliza unicamente a mulher pelo ato de amamentar. Nessa conjuntura, o MS afirma que o profissional de saúde precisa ter competência para se comunicar com eficiência, utilizando-se da técnica de aconselhamento, ou seja, não se deve dizer à mulher o que ela deve fazer, mas sim ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras de sua opção, ajudando-a e mostrando-se interessado pelo bem-estar dela e de seu filho, para que ela adquira confiança e se sinta apoiada e acolhida.<sup>8</sup>

Ao mencionarem (médicos, técnicos de enfermagem e ACS), em seus discursos, as orientações direcionadas a aspectos puramente biológicos e técnicos do AM, e ao sugerirem que o BLH desenvolva atividades de orientações em grupos de gestantes, nas unidades de saúde, ou treinem um profissional de saúde, evidencia-se o despreparo e a insegurança para atuação nessa temática, apontando, mais uma vez, a necessidade de auxílio e qualificações para instrumentalizar o processo de apoio à amamentação.

No que concerne ao trabalho materno, sabe-se que a existência de uma política de licença-maternidade, salas de apoio à amamentação e pausas para amamentar estão associadas a um aumento na duração da amamentação exclusiva.<sup>2</sup> Assim, ressalta-se a importância de os profissionais de saúde conhecerem as leis e os instrumentos de proteção ao AM, para informar as mulheres que estão amamentando, bem como sua família, sobre seus direitos, além de respeitarem a legislação e monitorarem o seu cumprimento, denunciando as irregularidades.<sup>8</sup> Todavia, muitos profissionais, ao referirem o trabalho materno como um local para se traçar estratégias para promover o AME, afirmaram não saber como proceder em relação a isso.

A preocupação em desenvolver estratégias que envolvam os CMEI, mencionada por alguns profissionais (médico e enfermeiro), é importante, visto que muitas mães ingressam seus filhos na creche após o término de sua licença-maternidade. Entretanto, o livre acesso às mães que podem continuar amamentando na creche, em diferentes períodos do dia, bem como a disponibilidade de uma sala para essa prática, deve ser incorporado à rotina da instituição. Nesse cenário, o MS e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro elaboraram o Manual intitulado “A creche como promotora da amamentação e da alimentação adequada e saudável: livreto para os gestores” para facilitar e orientar as ações entre Saúde, Educação e outros setores, para se organizarem, a fim de promover a amamentação no espaço da creche.<sup>25</sup> Entretanto, subentende-se, pelos relatos, que tanto os profissionais de saúde quanto os trabalhadores da creche desconhecem esse material que promove essa prática.

No que concerne ao envolvimento da comunidade, estudo verificou que o aconselhamento em grupo ou a educação e mobilização social, com ou sem uso da mídia de massa, foram práticas efetivas na promoção do AME. Portanto, é necessário disseminar as evidências sobre o papel do AM para a saúde e o desenvolvimento, que beneficia tanto crianças, quanto mulheres e a sociedade como um todo.<sup>2</sup>

É fundamental adotar atitudes positivas sobre a amamentação na sociedade, que abranjam desde o cumprimento dos direitos trabalhistas (no caso do Brasil) até a responsabilidade da sociedade no apoio e proteção a amamentação. A classe política precisa considerar e avaliar os benefícios da amamentação e os ganhos econômicos fornecidos por essa prática quando o financiamento para a promoção e proteção da amamentação for estimado. A indústria de substitutos do leite materno deve ser regulada, fiscalizada e responsabilizada por suas práticas, pelo Estado. Ademais, é necessário ampliar e monitorar as intervenções para a amamentação e, por fim, as

instituições políticas devem exercer sua autoridade e garantir que a proteção à maternidade e as intervenções no ambiente de trabalho para apoio à amamentação sejam implementadas. Ademais, todos os serviços de saúde relacionados à maternidade devem estar em conformidade com o código de comercialização de substitutos do leite materno e a IHAC.<sup>2</sup>

## **CONCLUSÃO**

A fonte de apoio primária mencionada pelas gestantes diverge daquela relatada pelos profissionais de saúde. Enquanto as mulheres apontam o marido/companheiro e outros membros familiares como mais importantes, os profissionais de saúde se autodeclararam a principal fonte de apoio à mulher durante o período do AM. Isso faz com que estratégias sejam realizadas equivocadamente, direcionadas somente à mulher, excluindo a participação de atores sociais que são importantes para a mulher e que a auxiliam na prática da amamentação.

Nesse contexto, torna-se imprescindível incorporar tanto as mães como os pais e outros membros da família nos cuidados e nas intervenções em saúde, realizados, tanto no período pré-natal, como após o nascimento, para que a promoção, a proteção e o apoio ao AM sejam eficazes. Os profissionais de saúde, ao se perceberem como coadjuvantes nesse processo, e não como acreditavam, os atores principais no aleitamento, devem orientar seu processo de trabalho para ações multidisciplinares, incorporando todos os agentes envolvidos, além de buscar capacitação para apoiar o AM e desenvolver estratégias coletivas de ação.

Para tanto, os profissionais de saúde precisam identificar que a prática do AM é determinada por fatores biopsicossocioculturais e que, portanto, seu campo de atuação não deve ser restrito a aspectos puramente biológicos e tecnicistas relacionados a essa vertente. Assim, ações de educação permanente envolvendo essa temática precisam ser abordadas no cotidiano das equipes de saúde, até porque os próprios profissionais de saúde reconheceram fragilidades em sua prática assistencial.

## **REFERÊNCIAS**

1. Casal CS, Lei A, Young SL, Tuthill EL. A Critical Review of Instruments Measuring Breastfeeding Attitudes, Knowledge, and Social Support. J Hum Lact [Internet].

- 2017; [cited 2020 Jan 04]; 33(1):21–47. Available from: <https://doi.org/10.1177/0890334416677029>
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeer N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [Internet]. 2016 Jan [cited 2020 Jan 04]; 387(10017):491–504. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/fulltext)
  3. Prates LA, Schmalfluss JM, Lipinski JM. Social support network of post-partum mothers in the practice of breastfeeding. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015 June [cited 2020 Jan 04]; 19(2):310-315. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-1452015000200310&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-1452015000200310&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>.
  4. Cardoso ACA, Vivian AG. Maternidade e Suas Vicissitudes : a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora* [Internet]. 2017;17(1):43–51. Available from: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/134/139>
  5. Primo CC, Dutra PR, Lima EFA, Alvarenga SC, Leite FMC. Redes Sociais Que Apoiam a Mulher Durante a Amamentação. *Cogitare Enferm*. 2015;20(2):426–33.
  6. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev. Paul. Pediatr.* [Internet]. 2015 Sep [cited 2020 Jan 04]; 33(3): 355-362. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-5822015000300355&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-5822015000300355&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>.
  7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasil: o Ministério [acesso 2019 Dez 12]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases\\_discussao\\_politica\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf)
  8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): MS; 2015.
  9. Siqueira FPC, Zutin TLM, Kuabara CTM, Martins TA. A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área do aleitamento materno. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2017 Jan 13;19(1):171–86. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12563>
  10. Maroja MCS, Silva ATMC, Carvalho A. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma análise a partir das concepções de profissionais quanto às suas práticas. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. Elsevier Espanha; 2014;32(1):3–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870902514000078>
  11. Cunha ÉC, Siqueira HCH. Aleitamento Materno: Contribuições da Enfermagem. *Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2016;20(2):86–92.
  12. Souza MHN, Nespoli A, Zeitoun RCG. Influence of the social network on the breastfeeding process: a phenomenological study. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 04]; 20(4):e20160107. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000400224&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400224&lng=en). Epub Nov 28, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160107>.
  13. Vargas GS, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, Souza RMP, Guerra JVV. Atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: promoção da prática do aleitamento materno. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2016;30(2):1–9. Available from: [https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14848/pdf\\_32](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14848/pdf_32)
  14. Zutin TLM, Zutin PHM, Zutin PRS, Gonzaga HFS. A amamentação, a família e os Direitos Humanos. Alpha Editores, editor. *Revista Saber, Ciencia y Libertad*. Colombia; 2015. 9-21 p.
  15. Dias RB, Boery RNSO, Vilela ABA. Conhecimento de enfermeiras e estratégias de

- incentivo da participação familiar na amamentação. Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2016 Aug [cited 2020 Jan 04]; 21(8):2527-2536. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000802527&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802527&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.08942015>.
16. Alves VH, Mello SM, Rodrigues DP, Branco MBLR, Marchiori GRS, Santos MV. Percepção das nutrizes acerca do valor útil do apoio ao aleitamento materno. J Nurs Heal [Internet]. 2018;8(3):1–9. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14166>
  17. Mendes TPL, Tacla MTGM, Ferrari RAP, Fontana LMS. Compreendendo o aleitamento materno no contexto familiar: utilização de genograma e ecomapa. Rev Pesqui Qual [Internet]. 2017;5(7):38–52. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/51>
  18. Fundação Oswaldo Cruz. Rede global de Bancos de Leite Humano [Internet]. FIOCRUZ. 2019. p. 85–95. Available from: <https://rblh.fiocruz.br/rblh-brasil>
  19. Pastoral da Criança. Guia do líder da Pastoral da Criança: para países de língua portuguesa. Pastoral da Criança [Internet]. Curitiba - PR; 2018;18:324. Available from: <https://www.pastoraldacrianca.org.br/quemsomos>
  20. Chemin GAP, Stadler ST, Oliveira EC, Xavier CR, Fujinaga CI. Aleitamento materno e pastoral da criança: uma análise documental. Rev Interdiscip Estud em Saúde [Internet]. 2018;7(2):168–80. Available from: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1443>
  21. Brasil. Ministério da Cidadania, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. 2015; Available from: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e>
  22. Faria J, Martins GF. Empoderamento da mulher em projetos de assistência a gestação. Rev Bras Ciências da vida [Internet]. 2018;6(especial):1–6. Available from: <http://jornal.faculadecienciasdavidada.com.br/index.php/RBCV/article/view/758>
  23. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento [Internet]. Ministério da Saúde. 2019. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca#publicacoes>
  24. Montrone AVG, Fabbro MRC, Bernasconi PBS. Grupo de apoio à amamentação com mulheres da comunidade: relato de experiência. Rev APS [Internet]. 2009;12(3):357–62. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14243>
  25. Ministério da Saúde (BR). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A creche como promotora da amamentação e da alimentação adequada e saudável: livreto para gestores. Brasil: o Ministério [acesso Dez 05]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/a\\_creche\\_promotora\\_amamentacao\\_livreto\\_gestores.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/a_creche_promotora_amamentacao_livreto_gestores.pdf)



## ARTIGO CIENTÍFICO 3

### **Percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados ao aleitamento materno**

### **Health professionals' perceptions about biopsychosociocultural factors related to breastfeeding**

#### **Resumo**

O aleitamento materno é uma prática social importante, no entanto, sua taxa, no Brasil, aproximadamente 40%, está aquém do preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Assim, o objetivo do estudo foi compreender as percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados ao aleitamento materno. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 28 profissionais de saúde de unidades de saúde da família, em município do estado do Paraná. A análise de dados foi temática e discutidos à luz do referencial do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Pender. Percebeu-se que o aleitamento materno misto é a prática mais adotada até os seis meses de vida do recém-nascido e que o trabalho materno atua como a principal barreira que impede a prática do aleitamento materno exclusivo. Aspectos de ordem biológica, cultural e de intervenção profissional também surgiram. Contudo, diversos fatores biopsicossocioculturais que interferem na amamentação exclusiva não foram pontuados como causa do não aleitamento materno exclusivo e do desmame precoce. Demonstra-se a importância de profissionais de saúde da atenção primária qualificados e preparados para apoiar a mulher e sua família no processo de amamentação.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Profissionais de saúde. Desmame precoce.

#### **Abstract**

Breastfeeding is an important social practice, however, its rate in Brazil, approximately 40%, is lower than recommended by the World Health Organization. Thus, the objective of the study was to understand the perceptions of health professionals about biopsychosociocultural factors related to breastfeeding. Qualitative, descriptive and exploratory study conducted through semi-

structured interviews, with 28 health professionals from family health units, in a city in the state of Paraná. Data analysis was thematic and discussed following the Pender Health Promotion Theoretical Model. It was noticed that mixed breastfeeding is the most adopted practice up to six months of life of the newborn. Thus, maternal work as the main barrier for practicing exclusive breastfeeding. Aspects of biological, cultural and professional intervention also emerged. However, several biopsychosociocultural factors that interfere with exclusive breastfeeding were not pointed as the cause of non-exclusive breastfeeding and early weaning. The importance of qualified primary health care professionals prepared to support women and their families in the breastfeeding process is demonstrated.

**Key-words: Breast Feeding. Health Personnel. Weaning.**

## INTRODUÇÃO

A cada dia, novos estudos científicos indicam o leite materno como o alimento primordial para os bebês, sendo incomparável, sustentável e gratuito, já que não apenas sacia a fome, mas também supre suas necessidades nutricionais, hormonais e imunológicas<sup>1</sup>.

Entre as inúmeras vantagens do Aleitamento Materno (AM), autores demonstram que crianças que recebem o Leite Materno (LM) por tempo prolongado apresentam menores índices de morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias e otite média, menores taxas de mortalidade por causas como enterocolite necrotizante e a síndrome da morte súbita na infância, maior quociente de inteligência e menos má oclusão dentária, além de evidências já demonstrarem que essa prática pode proteger contra o sobrepeso e diabetes no decorrer da vida. Para a mãe, esse ato pode prevenir o câncer de mama, aumentar o intervalo interpartal, reduzir o risco de diabetes tipo 2 e câncer de ovário<sup>2</sup>.

Para um país, o LM também promove incrementos de ordem econômica, seja por meio do aumento do quociente de inteligência, seja pela redução nos custos com assistência à saúde e/ou por possuir sustentabilidade ambiental e não causar poluição, desperdício ou uso de embalagens desnecessárias<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida, ou seja, que o bebê só receba LM, sem outro alimento ou bebida, e que o início da alimentação complementar adequada e segura se dê a partir de então, mantendo a amamentação até os dois anos de idade ou mais<sup>4</sup>.

Contudo, apesar de reconhecidamente benéfico, as taxas de AM ainda se encontram aquém do preconizado pela OMS. Por exemplo, em média, aproximadamente, 40% das crianças com menos de seis meses são amamentadas exclusivamente com LM<sup>5</sup>.

No Brasil, estudo realizado sobre a tendência de indicadores do AM, nas últimas três décadas, apontou que a prevalência do AME entre os menores de seis meses teve ganhos significativos até o ano de 2006, indo de 2,9% em 1986 para 37,1% no referido ano, porém com estabilização, em 2013, para 36,6%. Por outro lado, a amamentação continuada até o segundo ano manteve-se estável entre 1986 e 2006 (24,5% e 24,7%, respectivamente), sendo o único indicador com aumento da prevalência nesse período, elevando-se para 31,8% em 2013<sup>6</sup>.

Desde a década de 1980, diversos foram os esforços empreendidos no país em prol da amamentação, respaldadas por políticas públicas baseadas em estratégias de apoio, proteção e promoção do AM como forma de combate à morbimortalidade infantil<sup>7</sup>.

No entanto, existem diversos fatores que influenciam nesse processo e que vão além de uma política específica<sup>7</sup>. Há que se considerar o contexto biopsicossociocultural no qual a mulher está inserida, visto que muitos são os determinantes que exercem influências na iniciação e manutenção do AM e que, por isso, devem ser criteriosamente avaliados<sup>8</sup>.

Assim, para se promover o AME, torna-se imprescindível ampliar a visão sobre a promoção da saúde, admitir que o processo saúde-doença é decorrente de múltiplos aspectos e que, para promover a saúde, não se deve considerar apenas a singularidade dos sujeitos e coletividades, mas reconhecer que o tema está condicionado e determinado pelos contextos social, econômico, político e cultural, o que não se assegura somente pelo setor saúde e demanda articulação e cooperação intra e intersetorial, com ampla participação e controle social<sup>9</sup>.

Todavia, os profissionais de saúde, de forma recorrente, têm considerado a amamentação como ato puramente instintivo e biológico, desconsiderando o processo biopsicossociocultural, dinâmico e relacional que envolve essa prática<sup>10</sup>. Diante disso, o objetivo do estudo foi compreender as percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados ao AM.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa que estudou as crenças, representações, percepções e interpretações dos profissionais de saúde acerca do AM<sup>11</sup>. O estudo integra um projeto multicêntrico, denominado 'Aleitamento materno exclusivo:

determinantes socioculturais no Brasil’, sob coordenação da Escola de Enfermagem Anna Nery, do Rio de Janeiro.

Essa pesquisa foi realizada com 28 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que trabalhavam em Unidades urbanas de Estratégia Saúde da Família (USF) em município de médio porte na região Oeste do Paraná.

As USF foram selecionadas por amostragem aleatória simples. Para tanto, foi utilizado o aplicativo de celular *Random Number Generator* para selecionar as USF de acordo com o Distrito Sanitário, totalizando sete USF para a coleta de dados com os profissionais de saúde.

A distribuição por categoria profissional se deu de forma intencional, ou seja, 25% eram médicos; 25%, enfermeiros; 25%, Técnicos em Enfermagem; e 25%, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que a decisão foi de entrevistar pelo menos um profissional de cada categoria em uma mesma equipe da USF. Os dados foram coletados entre setembro e novembro de 2018. A princípio, foi realizado contato telefônico com as coordenadoras das unidades, com a finalidade de realizar o convite de participação no estudo e, conseqüentemente, definir as datas e horários para sua realização. Nos dias em que ocorreram os encontros, o pesquisador apresentou a proposta da pesquisa ao participante, informando-o sobre o desenvolvimento e os objetivos a serem alcançados. Visando a resguardar a privacidade dos entrevistados e a proporcionar segurança para que pudessem expor suas vivências, as entrevistas ocorreram em salas e consultórios da unidade, com porta fechada somente com o pesquisador e o participante do estudo.

As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro semiestruturado com as principais questões: qual é a forma mais comum de as mães alimentarem seus bebês em sua comunidade? Você acredita que as mulheres de sua comunidade enfrentam alguma barreira que as impeça de alimentar ao seio materno de forma exclusiva?

As entrevistas foram gravadas e, após a realização de cada uma, foi feita a escuta atenta da gravação e, posteriormente, a transcrição para a leitura textual. A finalização da coleta de dados deu-se quando ocorreu a saturação, ou seja, a partir do momento em que as vivências e respostas dos entrevistados começaram a se repetir.

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática, seguindo-se as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, organizaram-se os conteúdos em quadros sistematizadores para se visualizar, de maneira geral, as entrevistas como um todo. Na seqüência, realizou-se a exploração do material que possibilitou a construção de categorias que

configuram a estrutura do fenômeno estudado. Para finalizar, foram realizados o tratamento e interpretação dos dados que foram agrupados em duas categorias temáticas e discutidas à luz do referencial do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Pender.

O Modelo Teórico de Promoção da Saúde (MTPS) foi desenvolvido na década de 1980, por Nola J. Pender, professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan – Estados Unidos, com a finalidade de identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de explorar o complexo biopsicossocial que motiva indivíduos engajarem-se em comportamentos produtores de saúde<sup>12</sup>.

O MTPS repousa sobre a concepção de promoção da saúde, definida como aquelas atividades destinadas a aumentarem o nível de bem-estar e a autorrealização de indivíduos, famílias, comunidades e sociedade, sendo, portanto, essencialmente, um modelo de enfermagem. Assim, esse modelo pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde e os comportamentos que levam à promoção da saúde, por meio do estudo da inter-relação de três pontos principais: 1) as características e experiências individuais, 2) os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o 3) comportamento de promoção da saúde desejável<sup>12</sup>.

Assim, os profissionais de saúde devem reconhecer os comportamentos que são promotores do AME e identificar os fatores que atuam nessa prática, com a finalidade de minimizar ou impedir as barreiras que dificultam a adoção da prática do AME.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada por comitê de ética em pesquisa sob parecer número 2.507.525 e CAAE número: 80711517.8.1001.5238. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de assegurar o sigilo de sua identidade, os participantes foram identificados por códigos, sendo a letra M para identificar médicos, a letra E para os enfermeiros, as letras TE para técnicos em enfermagem, e as letras ACS para os agentes comunitários de saúde. As entrevistas em cada grupo foram numeradas conforme a ordem de sua realização. Por exemplo: M1, M2, E1, E2, TE1, TE2, ACS1, ACS2 e assim sucessivamente.

## **RESULTADOS**

Na caracterização dos entrevistados, houve predomínio do sexo feminino (82%) e a faixa etária variou de 24 a 54 anos, sendo que a idade entre 30 e 39 anos predominou (43%). Dentre os 14 profissionais com graduação universitária, 10 tem especialização. O tempo de

formação na profissão variou de sete meses a 29 anos, predominando o período de formação entre cinco e 10 anos (28%). O tempo de trabalho com amamentação predominante foi de cinco a 10 anos (29%), período que coincide com o tempo de formação.

Quanto à formação para o AM, a maioria dos médicos (86%) afirmou não ter realizado nenhum curso e/ou qualificação nessa temática, já a maioria dos técnicos em enfermagem (57%) recebeu algum tipo de treinamento. Entre os enfermeiros e ACS, todos (100%) participaram de cursos e/ou capacitações.

Na análise temática dos dados, produziram-se duas categorias: ‘Alimentação do lactente’ e ‘Barreiras para a alimentação exclusiva ao seio materno’.

### **Alimentação do lactente**

Os profissionais de saúde entrevistados mencionaram que o LM é o alimento predominante nos seis primeiros meses de vida da criança. No entanto, afirmam que poucas são as mães que conseguem mantê-lo de forma exclusiva, associando-se ao fato de a mulher não exercer atividade remunerada. *“Como a grande parte das mulheres aqui do bairro não trabalham, ou, se trabalham, pegam uma licença, elas praticam bem a amamentação”* (M1).

Diante disso, o AM misto ou parcial é o tipo de alimentação mais frequente nessa faixa etária, na visão dos participantes da pesquisa, sendo citado por 16 deles, revelando que *“muitas mulheres acabam dando complemento antes dos seis meses”* (E6) e *“acham mais prático começar o aleitamento artificial”* (M6).

Quanto ao tipo de leite utilizado pela mulher juntamente ao LM, observou-se que essa escolha se associa ao nível socioeconômico da mulher e sua família: *“elas começam a introduzir o leite que elas têm condições, leite de lata, elas compram esses, geralmente indicado pelo médico, e depois vão para o leite de pacote”* (ACS6), ou *“algumas, que tem nível social mais difícil, às vezes já começam até com leite de vaca e dando direto leite de vaca e param de amamentar cedo”* (M4).

Um profissional de saúde fez menção ao Programa Leite das Crianças, um programa do estado do Paraná que tem por objetivo auxiliar o combate à desnutrição infantil, por meio da distribuição gratuita e diária de um litro de leite às crianças de seis a 36 meses.<sup>13</sup>

*A maioria é fórmula mesmo, mais tem até o programa leite das crianças, que as vezes até está em AME, mas como elas sabem que tem esse programa, elas acabam fazendo o cadastro e pegando e dando, de vez em quando, esse outro tipo de leite, que é leite de vaca de pacote* (E7).

O AM predominante apareceu em alguns discursos, geralmente associado à *“influência*

*de pessoas da família, como pais e avós, que acabam a dar chazinhos, sucos, porque é bom para cólica, é bom para isso e aquilo”(ACS4).*

E, nesse contexto, alguns profissionais de saúde afirmaram que as mães iniciam a alimentação complementar *“geralmente, em torno dos quatro, cinco meses elas já introduzem algumas papinhas”(M5).*

### **Percepção de barreiras para a alimentação exclusiva ao seio materno**

Dentre os aspectos socioculturais que influenciam na amamentação, os profissionais afirmaram que o trabalho materno é a principal barreira que impede a duração do AME, até o período mínimo recomendado, visto que, *“no trabalho privado, elas têm só quatro meses de licença”(TE6)* e a maior parte das mulheres *“trabalha na condição de CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), daí tem 120 dias de licença maternidade” (M6)*. Além disso, alguns profissionais destacaram que algumas mulheres *“não têm liberação para amamentar, não tem uma creche próxima”(M3)* quando retornam ao trabalho e *“nem sempre a empresa vai permitir que a mãe saia de lá para vir amamentar o bebê”(TE6)*.

Emergiram ainda, nas entrevistas, os aspectos biológicos, que dizem respeito às condições biológicas da mãe ou do recém-nascido e ao manejo da amamentação, alegando que, *“geralmente, com a pega inadequada, fazem fissuras, o que também acaba fazendo algumas mães desanimarem e desistirem da amamentação, por causa da dor”(M5)*, ou *“por conta do bico do seio, mamilo invertido, e as vezes pela condição clínica da criança acabam introduzindo o complemento”(E3)*, *“bico rachado, mastite, ingurgitamento, que faz, as vezes, elas desistirem”(E5)*, *“também casos de mãe com obesidade, bebê nasceu e a gente tentou até segundo, terceiro mês, e ela preferiu fórmula, é mais fácil”(TE3)*, *“tem aquelas que passam por estresse e acaba diminuindo o leite e acaba tendo que entrar com industrializado”(TE4)* e, *“também eu tenho um grande índice de mulheres com depressão pós-parto, às vezes ela não quer fazer o aleitamento”(ACS2).*

Alguns profissionais apontaram os aspectos culturais como uma barreira que impede o AME, até o sexto mês de vida, associando-os a aspectos estéticos, mitos e crenças, visto que algumas *“escutam mitos de que o seio cai, que o leite é fraco”(M5, E1, E4, E5, TE7)*, ou que *“tem pouco leite”(E5)*, *“o leite é só água”(ACS5)*, geralmente atrelada à influência das pessoas do contexto familiar: *“porque fica muito com vó, e aí a vó introduz os chazinhos, introduz as sopinhas, introduz as papinhas, muito cedo, porque acha que a criança está com fome, principalmente porque acha que o leite é fraco”(E4)*, e a crença de achar que o leite *“causa gases demais no bebê, que não sustenta”(E1).*

Outro aspecto que emergiu nessa temática foi relacionado à “*prescrição de suplementação por pediatras*”(E1), justificando que “*a criança está com o desenvolvimento perfeito, às vezes, superiores aos percentis recomendados e, mesmo assim, eles entram com suplementação e elas falam que ele (médico) achou que o leite estava sendo muito pouco e precisava complementar*”(E1). Outros relataram que muitos pediatras prescrevem fórmulas infantis antes dos seis meses de vida da criança: “*depois que faz o acompanhamento com o pediatra já vem muitas vezes com a fórmula, então essa é uma dificuldade que eu enfrento aqui, os pediatras costumam fazer a prescrição de fórmulas antes do sexto mês*”(E3).

## DISCUSSÃO

Estudo demonstra que, embora os índices de AM, no Brasil, tenham apresentado ganhos significativos, ao longo do tempo, os indicadores estão muito aquém das recomendações quanto a sua duração<sup>6</sup>. Além disso, estudo transversal para avaliar o consumo de leites entre menores de um ano de idade aponta que 55% das crianças menores de seis meses recebem LM associado com leite não materno, sendo este a fórmula infantil ou o leite de vaca<sup>14</sup>. Esses dados corroboram a citação dos profissionais de saúde ao AM misto ou parcial como principal fonte de alimentação de crianças até os seis meses de idade e demonstram que essa forma de alimentação é o comportamento anterior/prévio do MTPS, que precisa ser considerado para se elaborar as intervenções de saúde e, assim, alcançar o comportamento de saúde desejável, que nesse caso, é o AME.

O comportamento anterior/prévio do modelo teórico de Nola Pender é definido como os hábitos passados relacionados à busca da saúde, e está vinculado à concepção de que existem fatores pessoais que interferem diretamente no comportamento e nas ações dos indivíduos para a promoção da saúde<sup>12</sup>.

Nesse contexto, os fatores pessoais, que incluem aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, podem influenciar os resultados da saúde e, por isso, devem se limitar àqueles que são teoricamente relevantes para o comportamento de saúde proposto<sup>12</sup>. Assim, na literatura sobre a amamentação, o uso de chupetas<sup>8,15,16</sup>, mamadeiras e chuquinhas<sup>16</sup>, retorno ao trabalho materno<sup>3,17,18</sup> ou ao estudo<sup>18</sup>, baixo número de consultas de pré-natal<sup>8</sup>, parto cesariano, menor idade materna, multiparidade<sup>16</sup>, entre outras, são fatores que interferem na duração da amamentação e, por isso, devem ser considerados quando se deseja alcançar o AME. Todavia, entre essas múltiplas variáveis associadas ao não consumo de AME, os profissionais de saúde entrevistados referiram a questão do trabalho materno, levando-nos a perceber que outros



determinantes são apontados na literatura como importantes nesse processo, não sendo considerados como causas do não AME.

Quando aos tipos de leite inseridos na alimentação infantil, estudos demonstram que o consumo de leite de vaca aumenta, conforme os meses de idade da criança, comprovando que esse tipo de leite é consumido pelas crianças antes de um ano de idade, em especial aquelas pertencentes às famílias de menor nível socioeconômico<sup>14,17</sup>, em acordo ao mencionado pelos participantes do estudo. Nessa conjuntura, acrescenta-se que o consumo desse tipo de leite, antes dos seis meses da criança, pode estar ligado ao fato de a família ser inserida em programa social para recebimento de leite e de outras crianças da família receberem o benefício, e a mãe fazer o uso do leite para todas, independentemente da idade<sup>14</sup>, associação essa também realizada pelos profissionais dessa pesquisa.

Nessa vertente, verifica-se que os profissionais de saúde reconheceram a renda familiar como um fator sociocultural que pode influenciar na escolha do tipo de leite ofertado à criança. No entanto, torna-se imprescindível que essa variável também seja correlacionada como um fator preditivo no AME, visto que existe associação positiva entre o percentual de conhecimento de puérperas sobre o AM e a renda familiar, demonstrando-nos que puérperas com maior renda familiar apresentaram maior conhecimento sobre o AM<sup>19</sup>.

Dessa forma, esse é um fator que exerce influências no AME e, embora não seja passível de alteração pelos profissionais de saúde isoladamente, oferece uma base para a personalização das intervenções de saúde<sup>12</sup>. Entretanto, destaca-se que a recomendação é de não introduzir leite de vaca na dieta de crianças menores de um ano de idade, por essa ser pobre em ferro e zinco e por ser um dos grandes responsáveis pela alta incidência de anemia ferropriva em menores de dois anos, além de ser um alimento muito alergênico para crianças e seu consumo estar associado ao desenvolvimento de atopia<sup>1</sup>.

Assim, diante da impossibilidade do AM, ou quando esgotadas todas as possibilidades de relactação, deve-se utilizar uma fórmula infantil que satisfaça as necessidades do grupo etário e, caso existam dificuldades financeiras para sua aquisição, os profissionais de saúde devem orientar as mães, famílias e cuidadores quanto à utilização mais adequada e segura do leite de vaca<sup>1</sup>.

Quanto à menção à introdução de alimentos complementares na dieta de crianças menores de seis meses, estudo realizado na região Noroeste de Goiás aponta que é comum o consumo de chás e água no primeiro mês, sendo ainda mais acentuado no quarto mês, acompanhado também de outros leites e sucos. Já no sexto mês, mais da metade das crianças consomem água, frutas, sucos e comida de sal<sup>20</sup>. Esses achados corroboram outro estudo

realizado em Minas Gerais, no qual as mães das crianças menores de seis meses relataram ter dado aos seus filhos papa de frutas e suco de frutas, caracterizando a introdução precoce da alimentação complementar<sup>16</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de idade pode acarretar prejuízos à saúde da criança, pois está associada a episódios de diarreia, doenças respiratórias, risco de desnutrição e menor absorção de ferro e zinco<sup>1</sup>. Adicionalmente, essa prática interfere diretamente na duração do AM e influencia negativamente na duração do AME, sendo um comportamento que precisa ser analisado pelos profissionais de saúde, para que ações efetivas sejam realizadas. Neste âmbito, o MS recomenda, a partir dos seis meses, a introdução lenta e gradual de outros alimentos, além do leite materno, visto que, nesse período, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos<sup>1</sup>.

Quanto ao trabalho materno atuar como uma barreira para a amamentação exclusiva ao seio materno, estudo evidenciou que as mães trabalhadoras que estavam em licença-maternidade apresentaram menor chance de interrupção do AME, nos primeiros quatro meses de vida do lactente, demonstrando que o aumento da prevalência do AME, no Brasil, está associada à licença maternidade e que sua ampliação poderia beneficiar milhares de mulheres e seus filhos<sup>21</sup>. Em contrapartida, outro estudo aponta que, mesmo tendo um plano para amamentar e conhecimentos sobre os benefícios do AM, o retorno ao trabalho, juntamente a fatores que não favorecem a continuidade da amamentação, causam a interrupção frequente dessa prática<sup>22</sup>, o que evidencia a insuficiência dos direitos trabalhistas para o cumprimento da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida<sup>23</sup>.

Sendo assim, verifica-se que o ambiente de trabalho pode atuar como uma barreira percebida para a ação, ou seja, um bloqueio real representado por dificuldades e/ou limitações de permanecer na prática do AME, pois, geralmente, quando as mulheres retornam a suas atividades laborais, o seguimento desse comportamento torna-se difícil. Além disso, os fatores psicológicos, atrelados ao retorno da mulher ao trabalho, podem ser associados a variáveis como autoestima, automotivação e competência pessoal para a continuidade desse comportamento<sup>12</sup>.

No que concerne aos aspectos biológicos, estudo realizado com 276 binômios mãe-lactente atendidos em maternidades no norte de Minas Gerais nas primeiras 18 - 48 horas pós-parto, evidenciou uma elevada prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação, destacando-se a pega inadequada (25,0%) e problemas com a mama (28,3%), englobando, neste último, principalmente a presença de fissuras e mamilo

plano<sup>24</sup>. Outro estudo realizado sobre os fatores que interferem na amamentação exclusiva, constatou que os problemas mamários, como dor e desconforto, estão entre os principais que levam ao desmame precoce, já o tipo de mamilo também tem influência nessa prática, mas não a impede<sup>25</sup>.

Nesse contexto, o MS afirma que, apesar de a sucção do recém-nascido ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente e, muitas vezes, a técnica da amamentação, incluindo a posição e pega, precisam ser ensinadas e observadas pelos profissionais de saúde, na tentativa de se evitar complicações relacionadas à amamentação e que podem levar ao desmame precoce<sup>1</sup>. Assim, quando os profissionais de saúde dessa pesquisa declaram que os problemas relacionados aos aspectos biológicos, principalmente àqueles envolvendo problemas mamários, atuam como uma barreira percebida para o AME. Deve-se, então, refletir sobre como está ocorrendo a orientação e o acompanhamento sobre amamentação no pré-natal, no pós-parto hospitalar e domiciliar e o qual o manejo clínico adequado desses casos, no sentido de minimizar essas complicações para que não impeçam o AME, pois, de acordo com o MTPS, esses fatores biológicos são variáveis que precisam ser reconhecidas pelos profissionais de saúde, porque são passíveis de mudança<sup>12</sup>.

Quanto aos aspectos culturais, os mitos e crenças que envolvem o AM, como o leite fraco, pouco leite, flacidez das mamas e uso precoce de água e chás, sugerem, em sua maioria, a não efetividade do leite materno e, por isso, são influenciadores negativos da manutenção da amamentação e, a confiabilidade que a mulher dá a esses conceitos exibem o quanto a intervenção da cultura e a herança dos comportamentos familiares são mentores da conduta materna<sup>26</sup>.

A cultura familiar referida nesse estudo também é apontada numa revisão integrativa sobre os fatores que interferem na amamentação exclusiva, a qual verificou que as pessoas que convivem com a nutriz estão diretamente ligadas à manutenção da amamentação, pois são dotadas de experiências, crenças e valores culturais, repassados de geração em geração, e que irão interferir fortemente nas práticas maternas, na sua segurança para a amamentação e em seus medos e dúvidas<sup>25</sup>.

Ainda nessa temática, questões culturais, envolvendo mitos e crenças relacionados à amamentação, como as expressões ‘leite fraco’, ‘pouco leite’ ou ‘o bebê não quis pegar o peito’, evidenciam a insegurança da mãe frente ao processo da amamentação e pode ser determinante na introdução precoce de outros alimentos<sup>27</sup>. O que foi também verificado em outra pesquisa, é que as mães inseriam outros alimentos na dieta da criança, como farináceos e leite industrializado junto ao AM, pela crença de que produziam pouco leite, que seu leite era ‘fraco’,

que a criança não pegava o ‘bico’ do seio e que desconheciam dos benefícios do AME<sup>28</sup>.

Essas influências interpessoais, que são os conhecimentos, atitudes ou crenças de familiares, cônjuges, cuidadores de saúde, ou normas e modelos sociais, podem interferir positiva ou negativamente na prática do AME<sup>12</sup>. Sendo assim, os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos à mulher, relacionados à prática correta da amamentação, devem valorizar os conhecimentos e as crenças preconcebidos por elas, pois as orientações profissionais, muitas vezes, diferem do saber popular e podem gerar dúvidas e confusão diante do seu seguimento, causando insegurança na nutriz<sup>29</sup>.

No que se refere à prescrição de fórmulas infantis, estudo com a finalidade de identificar a frequência e a justificativa para seu uso em maternidades, constatou que 47,5% das crianças avaliadas estavam em uso de suplementos, e apenas 6,88% das prescrições estavam dentro das normas internacionais de recomendação ao uso de fórmulas infantis, como casos de infecções maternas com agentes de alta patogenicidade ou que exijam o uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação<sup>30</sup>.

Nesse âmbito, os próprios profissionais de saúde tornam-se barreiras para a prática do AME, pois, conforme apontado pelo MS, a prescrição desses produtos para crianças que não necessitam desses alimentos deve ser considerada inapropriada, já que tem impacto negativo na promoção da amamentação e na saúde infantil<sup>1</sup>.

## CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde reconhecem que o AME ainda não é uma realidade em nosso país e que o AM misto é a prática mais adotada até os seis meses de vida do recém-nascido. Além disso, identificam algumas barreiras como impeditivas na adoção do comportamento de saúde esperado, que, nesse caso, trata-se do AME. Entretanto, existem diversos fatores biopsicossocioculturais que não foram pontuados e/ou que estão sendo preteridos pelos profissionais de saúde como causas do não AME e do desmame precoce e que precisam ser identificados, pois representam dificuldades e limitações na adoção de comportamentos saudáveis.

Destaca-se a importância de profissionais de saúde da atenção primária qualificados para apoiarem a mulher e sua família no processo de amamentação, durante o pré-natal, além de na maternidade e no pós-parto. No entanto, na caracterização dos profissionais, constatamos problemas referentes à formação para o tema, pois mais da metade dos técnicos de enfermagem e todos os enfermeiros e ACSs realizaram cursos/capacitações em AM, ao passo que a maior parte dos médicos não receberam qualquer treinamento/qualificação nessa temática (em

especial porque, aos médicos, cabe a prescrição de fórmulas infantis). Diante disso, sendo o conhecimento uma ferramenta importante para atuação dos profissionais de saúde, a falta de capacitações em AM pode se tornar um obstáculo para sua prática.

Portanto, para promover o AME, é necessário identificar, seguindo o MTPS, quais são os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais presentes que atuam positiva ou negativamente na prática do AM, bem como as barreiras e benefícios que são percebidos para essa ação, conforme explicitado no decorrer das discussões, para auxiliarem na implementação de intervenções e estratégias que resultem em mudanças nos comportamentos de saúde e melhoria da qualidade de vida.

Refere-se como uma das limitações do estudo e, portanto, indica-se a necessidade de ouvir também as mulheres em processo de amamentação para entender se a sua percepção está refletida naquela que os profissionais de saúde da atenção primária mencionam, pois a comunicação efetiva entre ambos é mister para o auxiliar no processo de aleitamento materno.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção a Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: MS, 2015.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016 Jan;387(10017):475–90. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615010247>
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [Internet]. 2016 Jan;387(10017):491–504. Available from: <http://scilo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C., OPS, 2010.
5. World Health Organization. Infant and young child feeding. Media Cent [Internet]. 2017; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
6. Boccolini CS, Boccolini PDMM, Monteiro FR, et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 Dec 27;51(108):108. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/140946>
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília; MS, 2017.
8. Boccolini CS, 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.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde ( PNPS ). Brasília: MS, 2018.
10. Almeida JM, Araújo S, Luz B, et al. Support of breastfeeding by health professionals :

- integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr (English Ed [Internet]. Associação de Pediatria de São Paulo*; 2015;33(3):355–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.06.016>
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14th ed. Hucitec, editor. São Paulo; 2014.
  12. Pender, N. J.; Murdaugh, C. L.; Parsons M. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6th ed. Pearson/Prentice-Hall, editor. Upper Saddle River; 2011.
  13. Secretaria da Agricultura e do Abastecimento do Paraná (SEAB). *Programa Leite da Crianças*. Curitiba - Paraná, 2019; Available from: <http://www.leitedascrianças.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1>
  14. Saldan PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, et al. Milk consumption in infants under one year of age and variables associated with non - maternal milk consumption Consumo de leites em menores de um ano de idade. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(4):407–14.
  15. Carvalho JLS, Cirino IP, Lima LHO, et al. Conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. *Saúde em Redes [Internet]*. 2016;2(4):383–92. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/794>
  16. Souza JBPG, Mendes LL, Binoti ML. Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de juiz de fora - MG. *Rev APS [Internet]*. 2016;19(1):67–76. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15580>
  17. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Nobre LN, et al. Sociodemographic , perinatal and behavioral factors associated to types of milk consumed by children under in six months : birth cohort. *Cien Saude Colet*. 2017;22(11):3699–710.
  18. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):22–7.
  19. Boff ADG, Paniagua LM, Scherer S, et al. Mother ' s social / economic aspects and level of knowledge about breastfeeding Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno. *Audiol - Commun Res*. 2015;20(2):141–5.
  20. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia \*. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015;24(3):465–74.
  21. Monteiro FR, Buccini GS, Venâncio SI, et al. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *J Pediatr (Versão em Port [Internet]. Sociedade Brasileira de Pediatria*; 2017;93(5):475–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpdp.2017.07.003>
  22. Marcolin M, Marcolin CGDA, Souza AR, et al. Amamentação e os desafios enfrentados pela mulher trabalhadora : um relato de experiência. *J Manag Prim Heal Care*. 2016;7(1):99–99.
  23. Pereira BSA, Kluber TE, Zilly A, et al. O paradigma no direito de amamentar no brasil The paradigm on the right to breastfeed in Brazil. *Rev Interdiscip Estud em Saúde*. 2017;6(1):85–95.
  24. Barbosa GEF, Silva BV, Pereira JM, et al. Initial breastfeeding difficulties and association with breast Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(3):265–72.
  25. Capucho LB, Forechi L, Lima, RDCD, et al. Fatores que interferem na amamentação exclusiva. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2017;19(1):108–13.
  26. Algarves TR, Julião AMS, Costa HM. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. *Rev Saúde em foco [Internet]*. 2015;2(1):151–67.

Available from:

- <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/912>
27. Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, et al. Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in infants up to 30 days old. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(spe).
  28. Sousa ELO, Melo LGNS, Medeiros DMF. Práticas de complementação ao leite materno : concepções de puérperas sobre aleitamento materno e uso de fórmula infantil  
Breast-milk supplementation practices : conceptions of puerperal mothers about breastfeeding and. *Rev Bras Educ e Saúde.* 2019;9(2):76–84.
  29. Amaral LJX, Sales SS, Carvalho DPSRP, et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015;36(spe):127–34. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500127&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500127&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  30. Sabra A, Sabra Filho A, Corsini L, et al. Frequência e justificativa para o uso de fórmulas infantis, em maternidades, em substituição e junto ao leite materno. *J food allergy* [Internet]. 2017;6(4):115–8. Available from:  
<https://journaloffoodallergy.com/journal/JFA-V6-N4.pdf#page=15>

## CONSIDERAÇÕES/CONCLUSÕES FINAIS

Considera-se que o estudo cumpriu sua finalidade, tendo atingido seus objetivos, pois identificou a pessoa considerada próxima pelas 152 mulheres no período gestacional, bem como a qualidade de sua relação de apoio com essa pessoa. Além disso, os 28 profissionais de saúde entrevistados permitiram a compreensão de como ocorre o suporte, a partir de suas práticas, em relação ao AM.

A maioria das gestantes (58,6%) apontou o companheiro ou esposo como a pessoa adulta mais importante, a quem ela se referiria quanto às questões da escala ARI, seguido de outro membro da família (40,1%). Verificou-se, pelos resultados atingidos na escala, que as gestantes possuem um relacionamento saudável com sua fonte de apoio primária, baseado em aspectos positivos, como o suporte, a escuta, a autonomia, a aceitação, a compreensão e o respeito. Assim, entende-se que relações positivas podem influenciar positivamente no AM.

Em contrapartida, quando questionados quanto ao tipo de apoio que as mulheres recebem durante o período do AM, os profissionais de saúde, em sua totalidade, autodeclararam-se a principal fonte de apoio à mulher nesse período, sendo que apenas seis mencionaram o núcleo familiar como pertencentes à rede social de apoio. Somando-se a isso, não houve menção ao núcleo familiar quando solicitado aos profissionais de saúde propostas para se promover o AME na sua comunidade.

Os profissionais de saúde reconhecem que o AME ainda não é uma realidade em nosso país e que o AM misto é a prática mais adotada até os seis meses de vida do recém-nascido, além de que o trabalho materno é a principal barreira que impede a duração do AME até o período mínimo recomendado.

Entende-se que, para se promover o AME, é necessário identificar quais são os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais presentes que atuam positiva ou negativamente na prática do AM, bem como as barreiras e benefícios que são percebidos para essa ação. Para tanto, o MTPS, empregado nesse estudo como referencial teórico de suporte para a análise dos dados, pode ser amplamente utilizado pelos profissionais de saúde, pois auxilia na implementação de intervenções e estratégias que resultam em mudanças de comportamentos de saúde e melhoria da qualidade de vida.



Torna-se imprescindível incorporar o núcleo familiar nos cuidados e intervenções em saúde, realizados tanto no período pré-natal, como após o nascimento, para que a promoção, a proteção e o apoio ao AM seja eficaz. Assim, ações de educação permanente envolvendo essa temática precisam ser abordadas no cotidiano das equipes de saúde, visto que os próprios profissionais de saúde reconheceram fragilidades em sua prática assistencial.

O estudo apresenta algumas limitações, como a amostra por conveniência de gestantes, estabelecida pela equipe de pesquisa, a necessidade de tradução do instrumento ARI, utilizado para a língua portuguesa, pois estava disponível somente para a língua inglesa e espanhola, o que atrasou a coleta de dados da pesquisa e a comparação com os demais instrumentos utilizados, ainda em fase de coleta de dados, inviabilizando outros tipos de análise de correlação entre o apoio recebido e a amamentação.

Também indica-se a necessidade de se ouvir as lactantes para se entender se a sua percepção está refletida naquela mencionada pelos profissionais de saúde da atenção primária, pois a comunicação efetiva entre ambos é mister para auxiliar no processo de amamentação.

## REFERÊNCIAS GERAIS

ALMEIDA, J. M. DE; LUZ, S. D. A. B.; UED, F. D. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 355–362, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>> Acesso em 24 abr 2018.

AMARAL, L. J. X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 127–134, 2015. Disponível em: <<http://10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>> Acesso em 10 maio 2018.

ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400023>> Acesso em 15 abr 2018.

BOCCOLINI, C. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev Saúde Pública**, v. 51,108, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>> Acesso em 22 abr 2018.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. de; OLIVEIRA, M. I. C. de. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 91, p. 1-16, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>> Acesso em 23 abr 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. **Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros**. Brasília – DF, 2010. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pamuni.pdf>> Acesso em 22 abr 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº1920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html)> Acesso em 19 de abr 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica – 1.ed.; 1. Reimpr – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 28 p. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento\\_materno\\_distribuicao\\_leite.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_distribuicao_leite.pdf)> Acesso em 22 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015 a. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23). Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf)> Acesso em 24 abr 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015 b. 36 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps\\_revisao\\_portaria\\_687.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf)> Acesso em 19 ago 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Nascidos vivos – SINASC**. 2016. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>> Acesso em 19 jun 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 68 p.: il. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/.../bases\\_discussao\\_politica\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf)> Acesso em 24 abr 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde para você. Saúde da Criança. Pré-natal e Parto. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>> Acesso em 16 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Portal MS. **Promoção da saúde**. 2018. Disponível em

<<http://portalms.saude.gov.br/promocao-da-saude/promocao-da-saude>> Acesso em 07 ago 2018.

BULLOCK, K. Family social support. Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: Bomar PJ. **Promoting health in families**. Applying family research and theory to nursing practice. 3. ed. Philadelphia: Saunders, 2004.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. Rev. e amp. /Organizado por Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009, p.19 – 42.

CARDOSO, A.C.A.; VIVIAN, A.G. Maternidade e suas vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. **Diaphora**. Porto Alegre, v.17 n. 1, p. 43-51, 2017. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/134/139>> Acesso em 25 abr 2018.

CASAL, C.S.; et al. A Critical Review of Instruments Measuring Breastfeeding Attitudes, Knowledge, and Social Support. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 1, p. 21-47, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0890334416677029>> Acesso em 05 maio 2018.

CASCAVEL. Secretaria de Planejamento. Geoprocessamento. **Mapa do município**. 2016. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/seplan/subpagina.php?id=871>> Acesso em: 12 jun 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel. Conselho Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. 13 Conferência Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/subpagina.php?id=1659>> Acesso em: 12 jun 2018.

CUNHA, É. C. DA; SIQUEIRA, H. C. H. DE. Aleitamento Materno: Contribuições da Enfermagem. **Ensaios e Ciência: C.**, v. 20, n. 2, p. 86–92, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2604665100>> Acesso em 15 maio 2018.

FAYERS P. M.; MACHIN, D. Scores and Measurements: validity, reliability, sensitivity. In: Fayers PM, Machin D. Quality of life - assessment, analysis and interpretation. New York: Wiley; 2007.

FERREIRA, H. L. O. C. et al. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno

Exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 683–690, 2018. Disponível em: <<http://10.1590/1413-81232018233.06262016>> Acesso em 08 maio 2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: editora Atlas S.A. – 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística**, 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=4104808>> Acesso em 12 jun 2018.

IBFAN. International Baby Food Action Network. Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), 2019. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/site/eventos/smam>> Acesso em 11 set 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística**, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=4104808>> Acesso em 12 jun 2018.

KNECHTEL, M. R. **Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada**. Curitiba: Intersaberes, 2014.

LINARES, A.M.; HALL, L.; ASHFORD, K. Psychometric Testing of the Autonomy and Relatedness Inventory-Spanish Version, v. 23, n.1, p. 27-37, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.23.1.E27>> PubMed **PMID**: 26269139. Acesso em 02 maio 2018.

MALTA, D. C., et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. Saúdecoletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>> Acesso em 19 ago 2018.

MARCONI, M de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MAROJA, M. C. S.; MEDEIROS, A. T. C. DA S.; CARVALHO, A. DE. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma análise a partir das concepções de profissionais quanto às suas práticas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 3–9, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.002>> Acesso em 15 maio 2018.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. de; SOUZA, E.R. de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 244p. illus.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. – São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTE, G.C.S.B.; LEAL, L.P.; PONTES, C.M. Rede social de apoio a mulher na amamentação. **Cogitare Enferm**, v. 18, n.1, p. 148-155, 2013. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31321/20028>> Acesso em 17 abr 2018.

MOREIRA, L. A. et al. Apoios à mulher/nutriz nas peças publicitárias da Semana Mundial da Amamentação. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 1, p. 61-70, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0376>> Acesso em 05 maio 2018.

MOURA, E. R. B. B. DE; FLORENTINO, E. C. L.; BEZERRA, M. E. B. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 94–116, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22280/revintervol8ed2.203>> Acesso em 18 maio 2018.

NUNES, M. Apoio social no diabetes. **Millenium online**, v. 31, p. 135-149, 2005. Disponível em <<http://www.ipv.pt/Millenium/Millenium31/10.pdf>> Acesso em 16 abr 2018.

OMS. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. **Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud**. 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241597494/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/)> Acesso em 22 maio 2018.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Alimentación del lactante y del niño pequeño**. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>> Acesso em 22 maio 2018.

PEDRO, I. C. da S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 324-327, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200024>> Acesso em 19 abr 2018.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. **Health Promotion in Nursing**

**Practice**. 6ª ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, 2011.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 310-315, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>> Acesso em 17 Abr 2018.

PRIMO, C.C. et al. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. **Cogitare Enfermagem**. v.20, n.2, p. 426 – 433, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647679024>>ISSN 1414-8536> Acesso em 24 abr 2018.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, 228 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524.pdf>> Acesso em 27 ago 2018.

RIEMENSCHNEIDER, P. S.; D'AQUINO, L.; Maternidade, Redes Sociais e Sociedade de Consumo: Vulnerabilidade ou Empoderamento da Lactante? **Anais do 4º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade**. Disponível em <<http://www.ufsm.br/congressodireito/anais>> 8 a 10 de novembro de 2017- Santa Maria/RS.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140002>.> Acesso em 28 maio 2018.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491–504, 2016. Disponível em: <[http://10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://10.1016/S0140-6736(15)01044-2)> Acesso em 06 maio 2018.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. da G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100027>>. Acesso em 26 ago 2018.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 122–130, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000100018>> Acesso em 16 maio 2018.

SILVA, D. S. S. DA et al. Promoção do aleitamento materno : políticas públicas e atuação do enfermeiro Promotion of breastfeeding : public policies and nurse ' s activities. **Cadernos UniFOA**, v. 12, n. 35, p. 135–140, 2017. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/483>> Acesso em 15 maio 2018.

SIQUEIRA, F. P. C. et al. A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área do aleitamento materno. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 19, n. 1, p. 171-186, 2017. Disponível em: <<http://10.11144/Javeriana.ie19-1.acps>> Acesso em 15 maio 2018.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5ª edição. Portugal: Lusociências, 2004.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 2016. Disponível em: <[http://10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://10.1016/S0140-6736(15)01024-7)> Acesso em 06 maio 2018.

VICTOR, J.F.; LOPES, M.V.O.; XIMENES, L.B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 235 – 240, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026606002>> Acesso em 26 ago 2018.

VIEIRA, G. O. et al. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 5, p. 441–444, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2010>> Acesso em 29 maio 2018.

WHO. World Health Organization. Media Centre. **Infant and young child feeding**. 2017. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>> Acesso em 22 abr 2018.

WHO. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 Definitions. **Conclusions of a consensus meeting held 6–8 november 2007**. Disponível em: < <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/>> Acesso em 23 maio 2018.



## APÊNDICES

### A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTANTES)

#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

A Sra. está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: “Aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil”, que tem como **objetivos**: Avaliar os fatores sócio demográficos, reprodutivos e psicológicos associados com a intenção de mães em alimentar o recém-nascido ao seio materno no Brasil; Descrever os determinantes sócio demográficos, reprodutivos e psicológicos associados ao início e à manutenção do aleitamento materno exclusivo após o parto; Explorar as barreiras percebidas pelas mães brasileiras que influenciam o aleitamento materno exclusivo; Descrever a percepção dos profissionais de saúde em relação aos fatores que influenciam o AME no Brasil. Essa é uma pesquisa baseada em uma abordagem quantitativa e qualitativa sob a responsabilidade da pesquisadora Marialda Moreira Christoffel. A pesquisa terá duração de 36 meses, com o término previsto para dezembro de 2020. Você será entrevistada em seis momentos: 2 entrevistas no pré-natal, uma entrevista após o parto, e três entrevistas após a alta hospitalar. Os dados serão tratados de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome ou de seu(a) filho(a) em qualquer fase do estudo. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua autorização para a sua participação nesse estudo é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** ou desistir de autorizar a participação dele e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação ao seu tratamento ou do seu(a) filho(a), com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados.

Todo o material das entrevistas e da gravação será guardado por **cinco (05)** anos e incinerado após esse período. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Alguns **riscos** poderão ocorrer no momento das entrevistas, mas os riscos serão gerenciados com o apoio dos profissionais de saúde. Para cada entrevista, será aplicada a Escala de Edimburgo e, caso obtenha pontuação que indique uma possível depressão (pontuação de 13 ou mais), você será encaminhada ao serviço médico e de psicologia para um manejo adequado dos sintomas e apoio profissional. Em caso de risco de violência em que a participante mencione pensamento de dano a si mesma, ou violência dos familiares, ou abuso físico e sexual pelo parceiro, ela será encaminhada à equipe multidisciplinar e serão requeridas as garantias de medidas protetivas, segundo protocolo MS (2014). No caso de mastite, serão avaliados os sintomas de infecção pela equipe médica e será realizado o acompanhamento diário para o apoio à amamentação. A pesquisadora fornecerá assistência imediata as suas necessidades.

O **benefício** relacionado à sua participação para essa proposta de investigação são: 1) sentimento de satisfação em participar de uma pesquisa que pode ajudar a outros; 2) adquirir conhecimentos e habilidades para ser autossuficiente na amamentação; 3) identificação da factibilidade de que de que pode ser usada para melhorar o início, duração e o aleitamento materno exclusivo em mulheres com gravidez de baixo risco.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo, no qual consta o celular/e-mail do

pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

**Pesquisadora principal:** Marialda Moreira Christoffel  
Cel: 99332-4852. E-mail: marialdanit@gmail.com

**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ**

Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze Tel: (21) 2293 8148 –  
Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

***“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”***

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em autorizar a minha participação no estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Marialda Moreira Christoffel (UFRJ/EEAN)

B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE SAUDE)

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

**Prezado profissional de saúde,**

**Por meio deste termo, você está sendo convidado a colaborar com a pesquisa intitulada “Aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil”, que tem como objetivos:** Avaliar os fatores sócio-demográficos, reprodutivos e psicológicos associados com a intenção de mães em alimentar o recém-nascido ao seio materno no Brasil; Descrever os determinantes sócio-demográficos, reprodutivos e psicológicos associados ao início e à manutenção do aleitamento materno exclusivo após o parto; Explorar as barreiras percebidas pelas mães brasileiras \ latinas que influenciam o aleitamento materno exclusivo; Descrever a percepção dos profissionais de saúde em relação aos fatores que influenciam o AME no Brasil. Esta é uma pesquisa baseada em uma abordagem quantitativa e qualitativa sob a responsabilidade da pesquisadora Marialda Moreira Christoffel. A pesquisa terá duração de 36 meses, com o término previsto para dezembro de 2020.

Será realizada entrevista com você e os demais profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado com a mãe e o recém-nascido em aleitamento materno, com a finalidade de trazer para vocês as evidências sobre a temática e esclarecer como serão desenvolvidas as etapas da pesquisa.

A sua participação como colaborador acontecerá durante o seu horário de trabalho, conforme autorização das chefias da unidade de saúde, não cabendo hora extra para a referida colaboração. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo nem riscos adicionais para você e nem pagamento pela sua participação.

Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que você pode ter no momento em que estiver respondendo a questões de aleitamento materno, porém, poderá interromper sua colaboração a qualquer momento, decisão que não irá interferir em qualquer aspecto profissional. Faremos o possível para auxiliá-lo(a), caso o desconforto ocorra, esclarecendo-o(a) ou tranquilizando-o(a).

O **benefício** relacionado à sua colaboração será o de aumentar o conhecimento científico para a área de saúde da mulher e da criança, aprimorando as evidências sobre os determinantes sociais no aleitamento materno e no aumento da prevalência da amamentação e na promoção dos objetivos sustentáveis do milênio.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo, no qual consta o celular/e-mail do pesquisador responsável e dos demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

**Orientadora:** Marialda Moreira Christoffel  
Cel: 99332-4852. E-mail: [marialdanit@gmail.com](mailto:marialdanit@gmail.com)

**Pesquisadora principal:** Bruna Nunes Magesti (EEAN/UFRJ)

Cel: 98177-4466. E-mail: [brunanunesmagesti@yahoo.com.br](mailto:brunanunesmagesti@yahoo.com.br)

**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ**

Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze

Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - [www.eean.ufrj.br](http://www.eean.ufrj.br)

***“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”***

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em colaborar com o estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.  
Participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Marialda Moreira Christoffel (UFRJ/EEAN)

**MESTRANDA** do Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

**Pesquisadora:** Janaine Fragnan Peres

Cel.: (45) 99917 5645

Email: [janainefp@hotmail.com](mailto:janainefp@hotmail.com)

**C - ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Código \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informações gerais**

1. Nome:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Profissão:
5. Tempo de formação:
6. Possui especialização? Se sim, em qual área?
7. Local de trabalho:
8. Qual o cargo que você ocupa atualmente?
9. Possui formação em Aleitamento Materno? Se sim, onde realizou e quem ofertou o curso?
10. Quanto tempo você trabalha com aleitamento materno/amamentação?
11. Qual o seu papel na promoção do aleitamento materno?

**Tema: Alimentação exclusiva ao seio materno**

- Você acredita que as mulheres de sua comunidade enfrentam alguma barreira que as impeça de alimentar ao seio materno de forma exclusiva? Conte-me de sua experiência.

**Tema: Apoio ao aleitamento materno**

- Baseado em sua experiência, que tipo de apoio recebem as mulheres durante o período de aleitamento materno em sua comunidade? Que estratégias você sugere para promover o aleitamento materno exclusivo em sua comunidade?

**Tema: Alimentação do lactente**

- Baseado na sua experiência, qual é a forma mais comum das mães alimentarem seus bebês em sua comunidade? Fale-me das crenças e fatores culturais que influenciam a escolha do tipo de alimentação infantil.

## ANEXOS

## A - CARTA DE ACEITE DO MUNICIPIO DE CASCAVEL



Ofício DAS/DEP nº. 001/2018

Cascavel, 03 de janeiro de 2018.

A/C  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL-PR)**

**Autorização para Pesquisa,**

Autorizamos a pesquisa **"ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: DETERMINANTES SOCIOCULTURAIS NO BRASIL"**, tendo como coordenador da pesquisa no Brasil: **Profa. Marialda Moreira Christoffel** da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery, e a responsável pelo local de realização da pesquisa: **Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso** – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE) e também os pesquisadores participantes da pesquisa em Cascavel-PR: **Profa. Dra. Claudia Silveira Viera (UNIOESTE) e Profa. Dra. Maria Aparecida Baggio (UNIOESTE)**, por estar de acordo com as normas estabelecidas.

Salientamos que esta pesquisa, poderá ser realizada nas **Unidades de Atenção Primária da Secretária Municipal de Saúde de Cascavel-PR**, após ser agendado horário com o coordenador responsável conforme disponibilidade do mesmo, sendo que na ausência do coordenador agendar com a pessoa responsável.

Destacamos que esta pesquisa deverá seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e a resolução 510/2015.

**Compromete-se ainda, o acadêmico, a repassar o resultado da pesquisa em sua integralidade, a Secretaria de Saúde de Cascavel, antes de qualquer divulgação e/ou publicação.**

Atenciosamente,

**Rubens Griep**  
 Secretário de Saúde  
 Secretaria Municipal de Saúde

**Rubens Griep**  
 Secretário de Saúde

## B - Escala Qualidade da relação com as pessoas próximas (ARI)

Quem é a pessoa adulta mais importante em sua vida neste momento? Pode ser qualquer um: seu esposo ou seu companheiro, sua mãe ou seu pai, qualquer outra pessoa do sexo masculino ou feminino de sua família, ou alguém profissional que lhe esteja ajudando como um assistente social ou pastor.

Por favor escreva a relação dessa pessoa com você. Por exemplo: Mãe, Esposo, Noivo, etc

1. Companheiro ou esposo/a

2. Outro familiar \_\_\_\_\_ Quem?

3. Outra pessoa que não é da família \_\_\_\_\_ Quem?

Escolha, segundo a pergunta, a frase que descreve melhor a pessoa que você mencionou acima.

### Respostas para selecionar/escolher:

Não, nunca

Um pouco

Às vezes

Muito

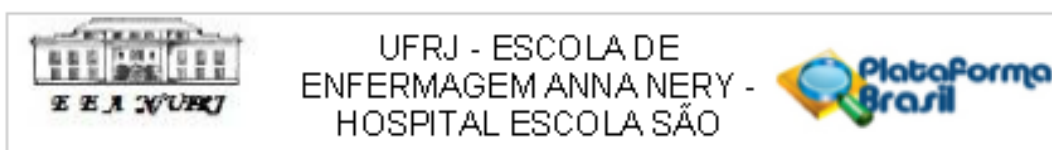
Muitíssimo/sempe

	Não, nunca	Um pouco	Às vezes	Muito	Muitíssimo / sempre
1) Fala de seus problemas comigo	1	2	3	4	5
2) Sempre está tentando me mudar	5	4	3	2	1
3) Respeita minhas opiniões	1	2	3	4	5
4) Age como se eu o incomodasse	5	4	3	2	1
5) Está alí quando necessito dele(a)	1	2	3	4	5
6) Não aceita um não como resposta quando ela/ele necessita de algo	5	4	3	2	1
7) Tenta entender meu ponto de vista	1	2	3	4	5
8) Dá-me toda a liberdade que quero	1	2	3	4	5
9) Está sempre pensando em coisas para me agradar	1	2	3	4	5
10) Discute, sem se importar com o que eu queira lhe dizer	5	4	3	2	1
11) Estimula-me a seguir meus próprios interesses	1	2	3	4	5

12) Ele ri de mim	5	4	3	2	1
13) Está muito disposto(a) a ajudar-me quando o necessito	1	2	3	4	5
14) Quer ter a última palavra em como gastamos nosso dinheiro	5	4	3	2	1
15) Pensa que vale a pena me escutar	1	2	3	4	5
16) Permite que eu mude de opinião	1	2	3	4	5
17) Passa um bom tempo comigo	1	2	3	4	5
18) Quer controlar tudo o que faço	5	4	3	2	1
19) Fica feliz em apoiar as minha decisões	1	2	3	4	5
20) Diz que eu sou um problema para ele/ela	5	4	3	2	1
21) faz o possível para tornar as coisas mais fáceis para mim	1	2	3	4	5
22) Espera que eu faça todas as coisas do seu jeito	5	4	3	2	1
23) faz com que eu sinta que posso dizer-lhe o que eu quiser	1	2	3	4	5
24) Pensa que não tem problema algum não concordar com ele/ela	1	2	3	4	5
25) Pede-me que compartilhe com ele/ela as coisas que gosta	1	2	3	4	5
26) Sempre encontra defeitos em mim	5	4	3	2	1
27) Considera meu ponto de vista	1	2	3	4	5
28) Não pensa em mim	5	4	3	2	1
29) Trata de consolar-me quando as coisas não vão bem	1	2	3	4	5
30) Age como se me não conhecesse quando está aborrecido	5	4	3	2	1
31) Deseja que lhe conte quando algo está me incomodando	1	2	3	4	5
32) Deixa eu fazer qualquer coisas que eu queira fazer	1	2	3	4	5



## C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: DETERMINANTES SOCIOCULTURAIS NO BRASIL

Pesquisador: marialda moreira christoffel

Área Temática:

Versão: 2

CAA E: 80711517.8.1001.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.507.525

Apresentação do Projeto:

Realizada as adequações solicitadas pelo parecerista.

Objetivo da Pesquisa:

Tangíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Realizada adequação solicitada pelo parecerista.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Exegível e consonante à resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequar linguagem ao público-alvo.
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário:
- 7) Instrumentos de coleta de dados:
- 8) Termo de confidencialidade:

Endereço: Rua Abasco Claudiozani, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21) 3938-0962

E-mail: cep@cesn.br



UFRJ - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM ANNA NERY -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer - 2.507.523

Recomendações:

A viabilidade ética do projeto de pesquisa está assegurada. No entanto, recomendo que sejam incluídos os respectivos carimbos dos representantes institucionais, estes ausentes nas cartas relativas aos municípios de Porto Velho e Teresópolis; e da mesma forma esteja garantida a pesquisadora Marialda Moreira Christoffel, como responsável e coordenadora do projeto de pesquisa.

Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Exequível e consonante à resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto ad referendum em 22 de fevereiro de 2018. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1032286.pdf	17/01/2018 11:30:33		Aceito
Outros	termoconfidencialidade_Marialda.pdf	12/01/2018 12:57:47	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Rondonia_modificada.jpg	12/01/2018 12:53:51	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Rio_de_Janeiro_Marialda.pdf	12/01/2018 12:48:07	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Bahia_Marialda.pdf	12/01/2018 12:47:31	marialda moreira christoffel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_modificada.docx	12/01/2018 12:47:10	marialda moreira christoffel	Aceito
Outros	Instrumento_Profissional_de_Saude_Marialda.docx	12/01/2018 12:45:10	marialda moreira christoffel	Aceito

Endereço: Rua Abner Caudacani, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21) 3938-0962

E-mail: [cep@cesf@eean.ufrj.br](mailto:cep@cesf@eean.ufrj.br)



UFRJ - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM ANNA NERY -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Processo - 2.507.025

Outros	Formulário de respostas pendências do C EPEEAN HESFA UFRJ MariaIda.doc	12/01/2018 12:44:27	marialda moreira christoffel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_INFORMADO_2.doc	12/01/2018 12:43:14	marialda moreira christoffel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2_profissionais.doc	12/01/2018 12:42:53	marialda moreira christoffel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Marialda.doc	12/01/2018 12:42:39	marialda moreira christoffel	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_modificada.docx	12/01/2018 12:42:20	marialda moreira christoffel	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_modificada.docx	12/01/2018 12:42:07	marialda moreira christoffel	Aceito
Outros	links_dos_Curriculo_lattes.docx	26/11/2017 14:31:56	marialda moreira christoffel	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_ao_CEP.pdf	24/11/2017 10:28:18	marialda moreira christoffel	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	24/11/2017 10:28:03	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Teresopolis_parte_2.jpg	24/11/2017 10:24:59	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Teresopolis.jpg	24/11/2017 10:23:49	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Santa_Maria.jpg	24/11/2017 10:23:28	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Niteroi.pdf	24/11/2017 10:21:57	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Macae.pdf	24/11/2017 10:21:31	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Londrina_3.pdf	24/11/2017 10:21:14	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Londrina_2.pdf	24/11/2017 10:21:00	marialda moreira christoffel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Londrina.pdf	24/11/2017 10:20:47	marialda moreira christoffel	Aceito

Endereço: Rua Abreu Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

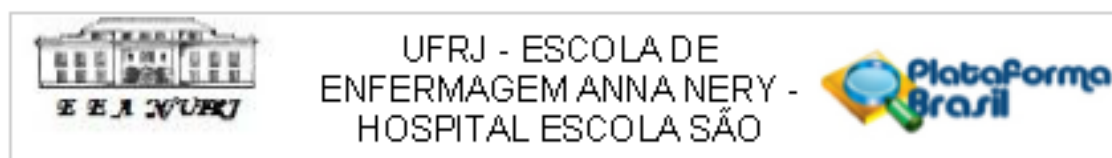
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21) 3833-0962

E-mail: cpeee@esf@esem.ufrj.br



Continuação do Parecer - 2.507.525

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/11/2017 22:39:52	marialda.moreira christoffel	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 22 de Fevereiro de 2018

---

Assinado por:  
REGINA CÉLIA GOLLNER ZEITOUNE  
(Coordenador)

Endereço: Rua Álvaro Cassalenti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21) 3939-0862

E-mail: [cpes@conep.ufrj.br](mailto:cpes@conep.ufrj.br)

1. ANEXO D – Norma da Revista Anna Nery, no qual foi submetido o artigo

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Política editorial](#)
- [Composição de manuscritos \(forma e preparação\)](#)
- [Envio de manuscritos](#)

### **Política editorial**

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem é um veículo de difusão científica mantido pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sua finalidade é publicar trabalhos originais de Enfermagem, Saúde e outras áreas de conhecimento com interfaces na Saúde e na Enfermagem.

Recebe manuscritos originais, desenvolvidos por métodos quantitativos, qualitativos, mistos, reflexões, ensaios e revisões sistematizadas. Esses manuscritos devem trazer contribuições diretas ou indiretas à historicidade e à prática do cuidado de enfermagem, à educação em enfermagem, ao desenvolvimento de novas metodologias e tecnologias de cuidar, de ensinar e pesquisar. Tem interesse especial pelos estudos desenvolvidos com populações vulneráveis cujos achados contribuam diretamente para ampliar a ciência de enfermagem que fundamenta o cuidar ético e humano.

Acesso aberto. Sua publicação online permite que o acesso seja aberto (open access), como recomendado pela [Global Health Policy](#) e [SciELO](#), para fins de disseminação e consumo científico na prática assistencial e educacional. Portanto, sem custos para baixar arquivos (*download*).

*Público alvo.* Comunidade científica das Ciências de Enfermagem, Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais no campo da Saúde.

*Periodicidade.* Publicação em fluxo contínuo, com os manuscritos organizados em quatro fascículos.

*Tipo de licença.* Os autores estão cientes que, ao publicarem em Escola Anna Nery, estarão concordando com a modalidade de Creative Commons Attribution-Type BY (<http://creativecommons.org/licenses>), adotada pela Revista. A partir da publicação do artigo, seu conteúdo poderá ser copiado, distribuído, editado, remixado e utilizado para novas criações, desde que se atribua o devido crédito ao autor original e que confira os devidos créditos de à sua publicação em Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. A função dessa modalidade de licença é impulsionar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

### **Autoria**

*Conceito de autoria adotado pela Revista.* São autores aqueles que tornam pública suas responsabilidades pelo conteúdo do artigo, concordando que a escrita e conteúdos intelectuais foram revisados criticamente por todo os autores. Cada autor deve aprovar a versão final do conteúdo a ser publicado e concordar em responsabilizar-se por todos os aspectos do trabalho assegurando que questões relacionadas a acurácia ou integridade de quaisquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas. Além disso, cada autor declara a forma de contribuição intelectual substancial à concepção ou desenho do estudo/pesquisa e/ou aquisição, e/ou análise ou interpretação dos dados, em acordo com os critérios estabelecidos pelo [ICMJE](#). Não há limitação quanto ao número de autores; entretanto, há necessidade de envio de Carta ao Autor justificando a quantidade acima de seis autores.

*Responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito.* Os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição do Conselho Editorial da Revista, Editor Científico, Editor Assistente e Editores Associados. Para tanto, os autores deverão submeter seu artigo através do ScholarOne SciELO, acessado no link da página eletrônica da revista: [www.revistaenfermagem.eean.edu.br](http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br) ou diretamente na pagina da Scielo: <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo>.

*Apresentação de manuscrito.* Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico.

*Atendimento aos preceitos da integridade na publicação científica.* A prática editorial para o caso de má conduta científica (plágio, auto-plágio, falsificação ou fabricação de dados, uso indevido de referências ou citações, duplicidade, disputa de autoria, entre outras) segue os procedimentos, *checklist* e diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics* (COPE) <http://publicationethics.org/>.

O periódico adota ferramentas de rastreamento de similaridades e os autores devem estar atentos para as implicações previstas nos dispositivos legais do Código Penal ([artigo 184](#)) e da Lei de Direitos Autorais (Art. 7º, parágrafo terceiro da [Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998](#). [Vide Lei nº 12.853, de 2013](#)).

*Atendimento aos preceitos da ética em pesquisa.* O artigo deverá conter informações explícitas sobre os preceitos éticos da pesquisa, de acordo com as diretrizes e marcos regulatórios de cada país. Sendo vedado a publicação de nomes dos participantes da pesquisa ou qualquer forma que possa representar em ruptura do princípio do anonimato.

- a) O manuscrito de estudo brasileiro que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo, na barra do “supplementary file”, a cópia de documento de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para estudos realizados até o ano de 2012 e Resolução n.º 466, de 2012, do CNS, a partir do ano de 2013). Fazer o upload do documento em formato PDF como "supplementary files".
- b) Pesquisas com temáticas de ciências humanas e ciências sociais realizadas no

campo da saúde e enfermagem devem comprovar aprovação por CEP, nos termos da Resolução no 510, de 7 de abril de 2016, que trata das diretrizes de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Fazer o upload do documento em formato PDF como "supplementary files".

Para os artigos de pesquisa desenvolvida em outros países, seus autores devem atender a regulação da ética em pesquisa do país de origem, enviando cópia de documento comprobatório de sua aprovação, fazendo o *upload* do documento em formato PDF como "supplementary files".

*Conflito de interesse.* Os autores são responsáveis por reconhecer e informar ao Conselho Editorial sobre a existência de **conflitos de interesse, especificando a sua natureza**, que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito.

a) Relações financeiras de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais, conforme disponível no sistema ScholarOne, no passo-a-passo da submissão do manuscrito. Conflitos de interesse financeiro, (quando envolve financiamento com recursos direto, emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários são os mais facilmente identificados e com maior possibilidade de comprometer a credibilidade da publicação, dos autores e da própria ciência. Também podem ocorrer conflitos com outras motivações, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

*Revisão por pares.* O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois revisores, pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisores. A análise pelos revisores é feita com base em instrumento próprio do Sistema de submissão, também disponível para leitura dos autores.

## Observação

Todos os autores devem possuir registro no ORCID, em cumprimento a "[Best practice Guideline for Publishers](#)". Para registrar-se, cada autor deve acessar o link <https://orcid.org/register> e seguir os passos para preenchimento dos campos.

*Atendimento aos critérios de cientificidade reconhecidos internacionalmente.* A redação científica do artigo deverá atender aos critérios disponíveis no *checklist* disponível nas páginas eletrônicas a seguir, de acordo com o tipo de manuscrito:

a) Para a publicação de manuscritos resultantes de **pesquisas/ensaios clínicas**, é obrigatório que os autores apresentem comprovação de registro da pesquisa clínica ou de sua submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>, em cumprimento a RDC da Anvisa nº 36, de 27 de junho de 2012 ([http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0036\\_27\\_06\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0036_27_06_2012.html)). Para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da *International Clinical Trials Registration Platform* (ICTRP/OMS). É obrigatório a informação do número de registro ao final do resumo na versão em português.

- b) Para estudos clínicos randomizados, observar as diretrizes disponíveis em: <http://www.consortstatement.org/checklists/view/32-consort/66-title>
- c) Para estudos observacionais e epidemiológicos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
- d) Para estudos qualitativos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349/T1.expansion.html>
- e) Para estudos de revisão sistemática, observar as diretrizes disponíveis em: <http://prisma-statement.org/statement.htm>
- f) Para estudos qualitativos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>
- g) Para estudos de revisão sistemática, observar as diretrizes disponível: <http://www.prisma-statement.org>

**Público-alvo:** Comunidade científica das Ciências de Enfermagem, Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais.

### **Outras Informações Relevantes**

*Decisão sobre a publicação.* O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decidir sobre a seleção e publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentam os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade, prioridade, oportunidade, clareza e conhecimento da literatura relevante e adequada definição do assunto estudado.

*Versão final do manuscrito para publicação.* Será solicitado que os autores providenciem as versões finais do artigo aprovado para publicação, em inglês e a revisão gramatical do artigo submetido no idioma original, acompanhados dos certificados dos profissionais/empresas credenciadas pela Revista. Os custos são de responsabilidades dos autores.

*Custos de publicação do manuscrito:* Os autores não pagam taxa de submissão (free submission charge) do manuscrito. Somente após a avaliação documental e de análise de conformidade do manuscrito à política editorial da revista, os autores pagam uma taxa de avaliação no valor de R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais). O custo com a produção do artigo (APC charge), no valor de R\$900,00 (novecentos reais), deve ser pago pelos autores somente após a sua aprovação e como indicado pela carta de instruções enviadas pela Secretaria da Revista.

### **Composição de manuscritos (Redação científica e formatação)**

*Redação científica.* Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial, em espaço duplo, fonte *Times New Roman* tamanho 12, layout de página em tamanho A4 (21cm x 29,7cm). Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente. Os manuscritos submetidos na versão português e espanhol, após sua aprovação deverão ser traduzidos para a versão em inglês, por um dos tradutores credenciados pela revista. O custo da tradução é de inteira responsabilidade de seus autores. Após a tradução, os autores deverão encaminhar o artigo conforme as Instruções sobre o Fluxo de Publicação enviado pela Secretaria da Revista, quando de sua aprovação, por meio do Sistema de Submissão acompanhado de carta (ou certificado ou declaração), de *proof*



*reader* do tradutor e revisor gramatical.

**Título:** Apresentar o título do manuscrito nos três idiomas, com no máximo 16 palavras.

### **Categorias de manuscritos**

**Pesquisa Original:** relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

#### **Conteúdo do artigo:**

(a) **Introdução:** apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.

(b) **Revisão da literatura:** selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) **Método:** incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) **Resultados:** os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) **Discussão:** pode ser redigida SEPARADAMENTE dos resultados. Deve destacar a compatibilidade entre os achados que resultaram da análise e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais. Demonstrar que as referências adotadas para a discussão dos achados são pertinentes e adequadas à geração do conhecimento novo, enfatizando o diálogo com a comunidade científica internacional.

(f) **Conclusões e implicações para a prática:** apresentar considerações significativas fundamentadas no conhecimento novo gerado que atendam aos objetivos do estudo, sem repeti-los textualmente. Destacar as limitações do estudo e a indicação de necessidade de novas pesquisas. Indicar quais são as implicações desses achados para a prática (ensino, pesquisa ou assistencial) de saúde e de enfermagem.

(g) **Financiamento:** É registrado no title page. Registrar a fonte de recursos público ou privado que financiou o estudo, informando a registrar a cidade, estado e país e o número do processo associado. Agências de fomento podem ser especificadas, indicando-se qual(is) autor(es) obteve o recurso. Por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de doutorado, entre outras: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível

Superior (CAPES; bolsa de doutorado). Caso a pesquisa/estudo não tenha recebido nenhum tipo de financiamento, registre no Title Page: "sem financiamento.

*(h) Agradecimentos:* Inclui nomes de pessoas e instituições que contribuíram com o desenvolvimento do estudo ou pesquisa. Essa informação deve constar no Title Page (folha de rosto)

*Reflexão:* análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais.

*Relato de experiência:* refere-se às descrições de experiências relacionadas a casos clínicos de cuidado de enfermagem, assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem, da saúde ou com interfaces nestas áreas, para divulgação de aspectos inéditos e originais.

*Ensaio (Essay).* Texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada.

Nessa modalidade de manuscrito, o autor tem a oportunidade de defender uma tese sobre tema de seu domínio ou responder a uma pergunta. A relevância e originalidade da tese ou da pergunta deverão articular-se com o estado-da-arte, desde a Introdução. As seções que compõem o ensaio devem ser pertinentes, coerentes, consistentes e demarcarem uma contribuição para o estatuto do conhecimento no campo em que a tese ou a pergunta foi formulada. Os argumentos adotados para a sustentação da tese ou da resposta à pergunta precisam fundamentar-se em referenciais teórico-filosóficos e/ou marcos conceituais amplamente difundido na literatura científica mundial. A conclusão ou comentários finais são indispensáveis nessa modalidade de manuscrito.

*Revisão Sistemática:* apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou de áreas afins, fundamentada em literatura pertinente e relevante para gerar evidências. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos, bem como a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas, de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

*Revisão Integrativa:* estudos de revisão bibliográfica que aplicam o método de revisão integrativa para combinar e analisar diferentes metodologias e tipos de investigações. Utiliza dados da literatura empírica e teórica para definir conceitos, identificar lacunas nas áreas de estudos, revisar teorias e abordagens metodológicas de estudos sobre um determinado tópico. (Sasso, Pereira, Galvão, 2008). Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas, de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

*Outros tipos de estudos de revisões sistematizadas* podem ser submetidas à análise da Revista, desde que apontem tendência de conhecimento construído a partir de uma síntese reflexiva, metodologicamente rigorosas e epistemologicamente fundamentadas. As revisões de literatura tradicionais não se enquadram nessa categoria. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas, de acordo com as especificações no item **Composição de**

## Manuscritos.

*Outros formatos de artigos científico poderão ser aceitos*, desde que submetidos a procedimentos metodológicos, cientificamente rigorosos, e representarem inovação para a ciência de enfermagem. Os manuscritos poderão ter até 15 páginas de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

- Introdução
- Revisão de literatura
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusões/ Considerações Finais e implicações para a prática

## Formatação

*Citações no texto.* As citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1</sup>

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicadas o primeiro e o último número, separados por hífen, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1-5</sup>

Quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1-3,6</sup>

Na transcrição "ipsis literes" de citações, exige-se a indicação a página da referência adotada cujo número da página deve localizar-se após o número da referência seguido de dois pontos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser “vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades”.<sup>3:16-18</sup>

*O autor(es) deverá observar também os seguintes critérios:*

Até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal, conforme exemplo a seguir:

Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito destaca a contribuição das "ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades". **3:16-18**

Mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda, conforme exemplo a seguir:

Destacar a contribuição das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. **3:16-18**

Os fragmentos de dados empíricos de pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico, sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, letras, números ou outra forma de manutenção do anonimato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou equivalente para outros países, como o exemplo a seguir:

[...] os usuários desse serviço de saúde são bastante conscientes da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

*Notas de rodapé:* deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a, primeira nota; b, segunda nota e c, terceira nota.

*Resumos:* Quaisquer modalidades de manuscritos (pesquisa original, estudos de reflexão, relato de experiência, revisão sistemática, ensaio ou Essay) devem conter até 200 palavras, nas três versões: português/resumo, (espanhol/*resumen*) e inglês/*abstract*). O conteúdo dos resumos deve ser informativo e registrado nos itens correspondentes: **Objetivos, método, resultados, conclusão e implicações para a prática**. O resumo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética.

*Palavras-chave:* São termos fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bases de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 palavras-chave em português, espanhol (palabras clave) e inglês (keywords) selecionadas pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde- criado por BIREME) ou Mesh (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

*Referências:* A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de citação no texto, de acordo com as normas do *International Committee of Medical Journal Editors* que está disponível em [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

### **Exemplos de acordo com estilo Vancouver.**

#### Livro padrão:

Tyrrell MAR. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ; 1995.

#### Livro traduzido para o português:

Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

#### Obra de autoria institucional ou entidade coletiva:

Ministério da Saúde (BR). Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

#### Capítulo de livro:

Pinto MCI, Porto IS. A dor como quinto sinal vital. In: Figueiredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul (SP): Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p.59-78.

#### Livro publicado por organizador, editor ou compilador:

Loyola CMD, Oliveira RMP, organizadores. Índícios marginais. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2003.

#### Livro com edição:

Souza EDF. Novo manual de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1972.

#### Artigo científico publicado em periódico impresso (até seis autores):

Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery. 2003 ago;7(2):156-66.

#### Artigo científico publicado em periódico impresso (mais de seis autores):

Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockeill R, Sidani S, Laurie-Shaw B et al. The reability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. Res Nurs Health. 2000 feb;23(1):43-54.

#### Artigo científico publicado em periódico de meio eletrônico:

Cabral IEC. Cuidando y educando para la ciudadanía: modelo sociopolítico. Freire Online. Journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico na internet]. 2003 jul; [citado 2003 set 10]; 1(2):[aprox.3 telas]. Disponível em: <http://paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.htm>

#### Artigo científico consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas:

Carvalho V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on line]. 2003 jul/ago; [citado 2003 dez 22];11(4):[aprox.8 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400003&script=sci_abstract&tlng=pt)

#### Artigo de periódico científico no prelo:

Valadares GV, Viana LO. A globalização, o trabalho especializado e a Enfermagem. Esc Anna Nery. No prelo 2004.

#### Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):

Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo). 2003 out 29; 36(43):95-113.  
Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).

#### Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:

Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**: por que, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery. 2003 dez;3(7):309-10.

#### Trabalho resumido apresentado em evento científico e publicado em anais:

Teixeira MLO, Sauthier J. Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo

fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire. Resumos dos trabalhos apresentados no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife-Olinda (PE), Brasil. Recife (PE): ABEn; 2000. p. 13.

Trabalho completo apresentado em evento científico e publicado em anais:

Barreira IB, Baptista SS. Nexos entre a pesquisa em história da Enfermagem e o processo de cientificização da profissão. Anais do 51º Congresso de Enfermagem. 10º Congresso Panamericano de Enfermería; 1999 out. 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis (SC): ABEn; 2000. p. 295-311.

Dissertação, tese e monografia acadêmica:

Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

Dissertação e tese em material eletrônico:

Barcelos LMS. Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado da enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS [CD-ROM, dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Trabalho em material eletrônico:

Motta MCS, Marin HF, Zeitoune RC. Exame físico em consulta de Enfermagem de Puericultura [CD-ROM]. Rio de Janeiro: NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.

Verbetes de dicionário:

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. Enfermagem; p. 651

Relatório técnico e científico:

Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro: ABEn (RJ); 2000. N° 2014-0139-2824.

Ata de reunião (documento não previsto na Norma de Vancouver):

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery. Ata de reunião realizada no dia 01 abr 1976. Livro 50, p. 21. Implantação de projeto sobre a aplicação de novas metodologias ao processo ensino aprendizagem no ciclo profissional do curso de graduação em enfermagem nesta instituição, mediante convênio com o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 1976 abr 01.

Documento jurídico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.

Documento jurídico de meio eletrônico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF). 26 jun 1986 [citado 4 jul 2008]. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)

**Para abreviações de títulos de periódicos:**

- [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)
- <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?deb=journals>
- International Nursing Index
- Index Medicus

*Tabelas:* Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a cinco (5) no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo \*. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel.

*Gráficos e Imagens (Fotografias):* Largura igual ou superior a 1000 pixel, obrigatoriamente, os arquivos devem ter extensão **JPG, GIF, PNG, PSD** ou **TIF**. O somatório total dos arquivos tem de ser igual ou menor que 300 MB. Logo após o upload, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

#### **Alerta aos autores:**

Antes de completar o processo de submissão ao sistema, gentileza verificar se foi feito o upload dos seguintes documentos:

- a) Declaração de Responsabilidade dos Autores e Direitos Autorais, no formato PDF;
- b) Comprovante do CEP que aprovou a pesquisa, no formato PDF;
- c) Folha de rosto (title page), constando o título curto (running head) em português, com até 7 palavras; título do artigo em português, inglês e espanhol; Nome completo dos autores sem abreviaturas; credenciais institucionais dos autores; o nome e email do autor correspondente, no formato doc ou docx;
- d) O *Main document* (artigo) contendo o título, resumo e palavras-chave nos três idiomas. Esse documento deve ser apresentado no formato doc ou docx;
- e) CHECKLIST de verificação de conformidade com as instruções aos autores . Verificar o atendimento às Instruções aos Autores. Faça o download do (CHECKLIST PORT.pdf).

#### **Declaração de Responsabilidade do Autores e Direitos Autorais à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem/Anna Nery School Journal of Nursing:**

Título do manuscrito: "....."

Declaramos para fins de publicação que concordamos com os termos dos direitos autorais previstos na legislação brasileira de Direitos Autorais (Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998), artigos 22 a 28, tornando seu conteúdo uma propriedade exclusiva deste periódico. Em sendo um periódico com publicação online, concordo que o conteúdo do manuscrito seja publicado e disseminado em acesso aberto (open access) por meio eletrônico da revista, nos termos previstos na política do open access disponível em SciELO <http://www.scielo.br/revistas/man/iaboutj.htm> e na Global Health <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/about/editorialPolicies#openAccessPolicy>.

Declaramos que o referido manuscrito é um trabalho original, sendo que nem sua versão

integral ou parcial, nem outro trabalho de nossa autoria com conteúdo similar foi submetido e/ou publicado por outro periódico impresso ou eletrônico. *Os autores estão cientes que ao publicar em Escola Anna Nery estarão concordando com a modalidade de Creative Commons Attribution-Type BY <http://creativecommons.org/licenses>*, adotada pela Revista. A partir da publicação do artigo, seu conteúdo poderá ser copiado, distribuído, editado, remixado e utilizado para novas criações, desde que se atribua o devido crédito ao autor original e que confira os devidos créditos à sua publicação em Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Estamos de acordo com a função dessa modalidade de licença, que é a de impulsionar a disseminação e uso dos materiais licenciados. Estamos cientes que sempre que houver autorização do periódico para sua publicação em outros formatos ou mídias, é obrigatório que seja registrado um competente agradecimento à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, bem como sua referência bibliográfica nesse periódico.

Os autores abaixo assinados declaram de maneira suficiente para tornar pública a nossa responsabilidade por seu conteúdo, concordando que a escrita do trabalho e os conteúdos intelectuais mais importantes foram revisados criticamente por todos. Cada autor aprovou a versão final do conteúdo a ser publicado e concorda em responsabilizar-se por todos os aspectos do trabalho assegurando que questões relacionadas a acurácia ou integridade de quaisquer parte do trabalho serão adequadamente investigadas e resolvidas. Além disso, cada autor indica o número correspondente à sua forma de contribuição intelectual substancial à concepção ou desenho do estudo/pesquisa (1), a aquisição (2), análise (3) ou interpretação dos dados (4), em tipo de participação, em acordo com os critérios estabelecidos pelo ICMJE (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>)

Rio de Janeiro, ... de ..... de .....

Autores:

1 - Nome do autor e a assinatura digital

Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

2 - Nome do autor e a assinatura digital

Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

3 - Nome do autor e a assinatura digital

Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

4- Nome do autor e a assinatura digital

Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

5- Nome do autor e a assinatura digital

Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

6- Nome do autor e a assinatura digital

Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

**OBS.** Sempre que o número de autores for superior a seis, enviar carta ao Editor explicando metodologicamente as razões para o quantitativo. Após a assinatura de todos os autores, digitalizar e enviar o arquivo (pdf) pelo " supplementary file" do ScholarOne submission.

**Envio de manuscritos**



**Envio de manuscritos – Antes de submeter o manuscrito, o(s) autor(es) poderão consultar o tutorial do Sistema ScholarOne disponível na página da revista.**

[Tutorial Submissão Scholarone](#)

**Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**

Secretaria Administrativa

Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

CEP 20.211-110

Tel.: + 55 (21) 3938-0952

Tel.: + 55 (21) 3938-0941

E - mail: [annaneryrevista@gmail.com](mailto:annaneryrevista@gmail.com)

ANEXO E – Confirmação de submissão para a Revista Anna Nery, na qual foi encaminhado o artigo 1.

Escola Anna Nery - Manuscript ID EAN-2020-0163  
Anna Nery Revista de Enfermagem <onbehalf@manuscriptcentral.com>  
Qua, 06/05/2020 22:12  
Para:

- janainefp@hotmail.com <janainefp@hotmail.com>

Cc:

- janainefp@hotmail.com <janainefp@hotmail.com>;
- arscarvalho@gmail.com <arscarvalho@gmail.com>;
- clausviera@gmail.com <clausviera@gmail.com>;
- marialdanit@gmail.com <marialdanit@gmail.com>;
- lb.toso@gmail.com <lb.toso@gmail.com>

06-May-2020

Dear Miss Peres:

Your manuscript entitled "QUALIDADE DA RELAÇÃO DA GESTANTE COM AS PESSOAS PRÓXIMAS EM RELAÇÃO A AMAMENTAÇÃO" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Escola Anna Nery.

Your manuscript ID is EAN-2020-0163.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Escola Anna Nery.

Sincerely,  
Escola Anna Nery Editorial Office

ANEXO F–Norma da Revista Texto e Contexto, na qual foi submetido o artigo 2.



## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0104-0707 *versão*

*impressa*

ISSN 1980-265X *versão*

*online*

- [Informações Gerais](#)
- [Fluxo editorial](#)
- [Normas e instruções para submissão dos manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)
- [Taxas de Processamento de Artigos](#)

### Informações gerais

A submissão de manuscritos é feita na plataforma *ScholarOne*. O manuscrito é analisado por pares de consultores *ad hoc* (*peer review*).

Os manuscritos submetidos à revista **Texto & Contexto Enfermagem** devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem a Rede EQUATOR, *Uniform Requirements for Manuscripts*

([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html));

Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos está disponível no *site*

([http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16731999000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16731999000200002&script=sci_arttext)).

Os manuscritos deverão seguir as normas editoriais da revista, caso contrário, serão recusados. Os autores dos manuscritos recusados em qualquer uma das etapas do processo de avaliação e publicação serão informados imediatamente.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor.

A **Texto & Contexto Enfermagem** desencoraja a submissão de artigos originais, cujos dados foram coletados há mais de quatro anos, e de artigos de revisão, cujos dados foram coletados há mais de um ano. A veracidade das informações e das citações bibliográficas é de responsabilidade exclusiva dos autores.

### Fluxo Editorial

#### Fluxo Editorial

O processo de avaliação tem o seguinte fluxo:

**1. Recepção.** O escritório editorial classifica o manuscrito pelo

tipo de estudo, encaminhando-o para a pré-análise.

**2. Pré-análise.** A editora-chefe e as editoras de submissão realizam a primeira avaliação do manuscrito, visando apreciar sua contribuição ao conhecimento quanto ao teor, ao avanço que representa para a prática, ensino e/ou pesquisa em enfermagem e em saúde, à qualidade teórica, metodológica e estrutural do texto e à adequação à política editorial da revista. Lembramos, aos autores, a importância da aplicação correta das regras de ortografia e gramática na redação. Os manuscritos serão rejeitados imediatamente após a submissão caso não atendam a essas normas. Sugerimos que os manuscritos sejam encaminhados para revisão de português a um profissional especializado antes mesmo da primeira submissão.

**3. Check list.** Após a pré-análise, o escritório editorial realiza o *check list* do manuscrito que inclui a conferência de toda a documentação apresentada na submissão *on-line* e sua adequação às normas da revista. Os casos de não conformidade são devolvidos ao autor correspondente para ajustes. São aceitos, no máximo, dois retornos do manuscrito pós-*check list*. Após este período, caso não sejam cumpridos os prazos e as recomendações, o manuscrito é recusado. Estando em conformidade será solicitado o pagamento da taxa de avaliação do manuscrito, para continuidade do processo de análise.

### **3.1. Acompanhamento do processo de avaliação do manuscrito**

Os autores poderão acompanhar o fluxo editorial do manuscrito pelo sistema *ScholarOne*. As decisões sobre o manuscrito serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema *ScholarOne*.

**4. Processo de Revisão por Pares - duplo cego (*double blinded review*).** Após a etapa do *check list*, o manuscrito retorna às editoras de submissão, que selecionam os consultores conforme a área de atuação e o tema. Em seguida, o manuscrito é enviado para os consultores *ad hoc*. São selecionados dois consultores nacionais ou internacionais, para a avaliação do texto. O convite é realizado via sistema *ScholarOne*, sendo que cada consultor, após o aceite, recebe a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e o *link* de acesso ao sistema. A identidade dos autores e de sua instituição de origem são mantidas sob sigilo, bem como a dos consultores.

**5. Parecer preliminar.** Após a devolução da avaliação do manuscrito pelos dois consultores *ad hoc*, as editoras de seleção e a editora-chefe analisam os pareceres emitidos e prosseguem com os seguintes possíveis encaminhamentos:

**5.1. Terceiro consultor.** Se um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro rejeitá-lo, as editoras de submissão elegem um terceiro consultor, que emitirá parecer de indicação para sua publicação ou não;

**5.2. Recusa.** Se os dois consultores rejeitarem o manuscrito, os autores receberão uma carta para ciência da decisão tomada,

juntamente com os pareceres dos consultores *ad hoc*;

**5.3. Indicação de revisão.** Se o manuscrito tiver dois pareceres positivos, as editoras de seleção procedem a avaliação quanto à pertinência da avaliação e de outras pendências que não tenham sido detectadas pelos pareceristas. Os autores receberão uma carta, indicando o que é necessário para dar continuidade ao processo de publicação, juntamente com os pareceres e o próprio manuscrito, quando houver marcações no texto original. Os autores deverão restringir-se somente às correções solicitadas. Aceitam-se, no máximo, dois retornos de revisão das exigências necessárias à publicação. Se os autores não atenderem ao solicitado, o manuscrito é rejeitado;

**5.4. Indicação de aceite**

Após a indicação de aceite do manuscrito pelas editoras de seleção, é feita a verificação do texto em termos de sua autenticidade, aplicando-se o software *CrossRef Similarity Check* - iThenticate. Se for detectado um percentual elevado de similaridade com outras publicações, o manuscrito poderá ser rejeitado pela revista e devolvido aos autores. Após a aplicação do *CrossRef Similarity Check* - iThenticate, o autor receberá uma carta, indicando a aceitação, reformulação ou recusa. A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da **Texto & Contexto Enfermagem**, que revisa o completo atendimento às normas da revista e das referências.

**6. Texto e Layout.** A verificação final dos manuscritos selecionados para publicação é realizada pelas editoras de texto e *layout* e pela editora-chefe, que avaliam a qualidade da versão final de cada manuscrito. **Nessa etapa, se ainda forem detectadas inconsistências no texto, podem ser solicitadas complementações e correções.**

**7. Taxa de publicação.** Após a indicação do Conselho Diretor, os autores receberão uma carta, indicando a aprovação final (no prelo), juntamente com as orientações para pagamento da taxa de publicação e para a tradução do manuscrito.

**8. Tradução obrigatória.** A **Texto & Contexto Enfermagem** apresenta um corpo de tradutores credenciados, cujos nomes são enviados para o autor correspondente, que elegerá, dentre estes, o responsável pela tradução em inglês da versão final aprovada na etapa de texto e *layout*. É da responsabilidade dos autores a conferência da qualidade da tradução realizada. Os tradutores são responsáveis pelo envio da versão traduzida à revista, após a conferência pelos autores.

**9. Publicação.** Após o recebimento da versão em inglês do manuscrito com a devida checagem pelos autores, as editoras de texto e *layout* realizam a revisão do texto e orientam seu

encaminhamento para editoração e publicação gradativamente pelo sistema de fluxo contínuo.

### **Tipos de manuscritos e escopo**

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade na avaliação por pares, são publicados relatos de experiência, reflexão e revisão de literatura.

**Artigo original:** contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, método, resultados, discussão e conclusão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento o "estado da arte" e os objetivos do estudo. O **método** empregado (tipo de estudo), o contexto/população estudada, as fontes de dados e os critérios de seleção amostral, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), a coleta de dados, os processos de análise, entre outros. Devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Em pesquisas qualitativas, a descrição do processo de análise deve contemplar o detalhamento dos passos específicos do estudo, não bastando indicar o tipo de análise efetuada. Informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas ilustrações (tabelas, figuras e quadros), o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo nelas contido. A **discussão, separada dos resultados**, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as recomendações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. As **conclusões** devem responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências bibliográficas. A extensão total do artigo limita-se a 15 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

**Relato de experiência ou Inovação tecnológica:** descrição de experiências de práticas de ensino, extensão ou assistência, ou descrição de produtos de inovação tecnológica. O conteúdo deve apresentar introdução, método, resultados da experiência ou inovação e conclusão. Sua extensão limita-se a 10 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

**Reflexão:** matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área de saúde e de enfermagem. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, desenvolvimento da reflexão e conclusão. Sua extensão limita-se a 12 páginas, incluindo resumo e excluindo as referências.

**Revisão:** estudo que identifica, analisa e sintetiza resultados de estudos independentes sobre um determinado assunto. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta-

análise, revisão integrativa e *scoping review*. Sua extensão limita-se a 20 páginas incluindo resumo, tabelas, quadros e referências.

### **Guias de publicação e registros prévios**

A **Texto & Contexto Enfermagem** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os manuscritos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis *site* do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

[Australian New Zealand Clinical Trials Registry](http://www.anzctr.org.au/) (ANZCTR)  
[ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov/)

[International Standard Randomised Controlled Trial Number](http://www.isrctn.com/) (ISRCTN)

[Nederlands Trial Register](http://www.trialregister.nl/) (NTR)

[UMIN Clinical Trials Registry](http://www.umin.ac.jp/ctr/) (UMIN-CTR)

[WHO International Clinical Trials Registry Platform](http://www.who.int/clinical-trials-registry-platform/) (ICTRP)

[Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos \(ReBEC\)](http://www.rebec.org.br/)

A **Texto & Contexto Enfermagem** defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de estudos científicos, por meio do incentivo à utilização de guias internacionais pelos autores, na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por *check lists* e fluxogramas publicados em declarações internacionais. Seu uso na preparação do manuscrito pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

<b>Estudos/Ensaios</b>	<b>Guias Internacionais</b>
Ensaio clínico randomizado	<a href="#">CONSORT</a>
Revisões sistemáticas e metanálises	<a href="#">PRISMA</a>
Estudos observacionais em epidemiologia	<a href="#">STROBE</a>
Estudos qualitativos*	<a href="#">COREQ*</a>

### **Estudos de tradução e validação de instrumentos**

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.

### **Autoria e agradecimentos**

O conceito de autoria adotado pela **Texto & Contexto**

**Enfermagem** se orienta pela contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autor, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, à obtenção ou análise e interpretação dos dados, à redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a **seis**. Excepcionalmente para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando a pertinência das justificativas apresentadas.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição esteja em desacordo aos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Não será aceita a inclusão de novos autores após o início do processo de submissão.

### **Direitos autorais e autorização para publicação**

Os autores devem ceder os direitos autorais patrimoniais do artigo à **Texto & Contexto Enfermagem** por meio da Declaração de responsabilidade e transferência dos direitos autorais, assinada por todos os autores (*Supplemental files not for review*), conforme modelo 3 no *site* da revista.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) poderão ser aceitos, desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito foi originalmente publicado. Esta orientação é válida para os artigos na íntegra, parte deles ou ilustrações. É da responsabilidade dos autores solicitar esta autorização por escrito.

### **Conflito de interesse**

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como, emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento ou parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo, conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As



relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas pelos autores em declarações individuais (automático no sistema *ScholarOne*).

O manuscrito submetido à análise da revista **Texto & Contexto Enfermagem** não pode ter sido encaminhado ou publicado simultaneamente em outro periódico. Caso seja identificada publicação ou submissão simultânea a outro periódico, em qualquer uma das etapas do processo de submissão, o manuscrito será rejeitado.

#### **Considerações éticas**

A **Texto & Contexto Enfermagem** segue o *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, respeitar os preceitos da Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão anexar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na página de identificação, o número de aprovação. Para manuscritos brasileiros, o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE). Não é necessário incluir a Resolução como referência bibliográfica do manuscrito.

#### **Licença de Uso**

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a **Texto & Contexto Enfermagem** adota a Licença *Creative Commons*, do tipo atribuição CC-BY. Esta licença permite que outros distribuam, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que atribuam o devido crédito pela criação original ao autor e conferindo os devidos créditos de publicação à **Texto & Contexto Enfermagem**. Os artigos da **Texto & Contexto Enfermagem** são disponibilizados em acesso aberto e gratuito na íntegra na página do SciELO.

### **Normas e instruções para submissão dos manuscritos**

#### **Preparo dos documentos: manuscrito e estrutura dos textos**

Para submissão do manuscrito, os autores deverão compor dois documentos: 1) Página de identificação; e 2) Documento principal (*Main document*).

##### **1) Página de identificação ([Modelo 1](#))**

Deve conter título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) somente no idioma original; nome

completo de cada autor, registro do [ORCID](#), afiliação institucional, cidade, estado, país; nome e endereço eletrônico do autor correspondente.

**Origem do manuscrito:** extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, programa vinculado e ano da apresentação.

**Agradecimentos:** incluem instituições que, possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

**Contribuição de autoria:** Os critérios devem corresponder às deliberações do [ICMJE](#) nos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Revisão e aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

**Fontes de financiamento:** informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

**Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa:** informar o número de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), quando pesquisa envolvendo seres humanos.

**Conflito de interesses:** relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

## **2)Manuscrito (Documento principal)([Modelo 2](#))**

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço entrelinhas de 1,5 cm, justificado, sem espaço entre parágrafos em papel A4 e com numeração no rodapé das páginas, margem 2 cm. Letra *Arial* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis.

### **Estrutura/seções**

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

**Resumo:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas e citações de autores.

**Descritores:** abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

**Apresentação das seções:** o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:  
Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**  
Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**  
Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a cinco no total. Configuradas na mesma fonte do texto, com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável, exceto tabelas e quadros, todas as demais ilustrações devem ser designadas como figuras.

**Tabelas:** devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- devem apresentar dado numérico como informação central;
- título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 - Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209)**
- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;

- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência: \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡.
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Arial*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- os resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS<sup>12</sup>

**Quadros:** devem apresentar as informações na forma discursiva, contendo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;
- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o descrito para tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

**Figuras:** não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas. Além de estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária à publicação. Se forem extraídas de outra fonte, publicada ou não, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para sua utilização. Devem conter legenda, quando necessário, e fonte, sempre que for extraída de obra publicada, que deverá constar nas referências.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.
- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi)
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;

- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

### **Citações no texto**

**Citações indiretas:** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.<sup>7</sup>

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separadas por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

**Citações diretas** (transcrição textual): devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.<sup>1:30-31</sup>

**Verbatins:** as citações de pesquisa qualitativa devem estar em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

### **REFERÊNCIAS**

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com [List of Journals Indexed in Index Medicus](#) e [International Nursing Index](#).

O número de referências nos manuscritos limita-se a 30, exceto em artigos de Revisão de Literatura.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilingues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico.

Devem ser citados responsáveis de dados de pesquisa, bem como métodos e programas de computador.

**Literaturacinzenta:** devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).

Os manuscritos extraídos de teses, dissertações e TCCS não devem citar o trabalho original nas referências. Esta informação deverá ser inserida na página de identificação.

**Observação:** trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar:

[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br>.

**Errata:** após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.

## Envio de manuscritos- Sistema ScholarOne

A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação da revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

### **Documentos exigidos para submissão dos manuscritos:**

Documento principal (**Documento principal**): manuscrito completo, atendendo as normas da revista para cada de categoria. Não incluir a página de identificação;

Página de identificação (**Página de Título**): redigido conforme as normas da revista;

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (**Arquivo complementar que NÃO é para avaliação**):

Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais (**Arquivo complementar que NÃO é para avaliação**):

([Modelo 3](#))

## Taxas de Processamento de Artigos

A cobrança de **taxas de processamento de artigos** é necessária para

subsidiar todo o processo editorial da Revista Texto & Contexto. Entre os custos está o repasse de recursos para o SciELO, pelo contrato de prestação de serviços de apoio à editoração, publicação, indexação e disseminação de periódicos científicos na coleção Rev@Enf, da qual a Texto & Contexto Enfermagem faz parte.

1 - A **Taxa de Avaliação** deverá ser paga após a aprovação do manuscrito na pré-análise e no atendimento às correções solicitadas no *checklist* no tempo determinado. O comprovante de pagamento deverá ser anexado como “*Supplemental file NOT for review*”. O valor será de R\$ 300,00 por manuscrito, e não será devolvido se não forem cumpridas as correções solicitadas no *checklist* no tempo determinado.

2 - A **Taxa de Publicação** será de R\$1.100,00, cujo pagamento será efetuado no momento do aceite do manuscrito para publicação.

3 - O **pagamento da tradução** do manuscrito para o inglês; do abstract e resumen são responsabilidade do autor, a partir da escolha do tradutor dentre os diversos que a **Texto & Contexto Enfermagem** disponibilizapara esta finalidade.

4 - Será solicitada revisão de português naqueles manuscritos que apresentarem esta necessidade, e também serão de responsabilidade dos autores.

5- São isentos de pagamento artigos de autores convidados e editoriais.

#### **PROCEDIMENTOS PARA PAGAMENTO DAS TAXAS:**

Para acessar o *link*, basta entrar a página da Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária

(FAPEU): <https://fap6.fapeu.org.br/scripts/fapeufap.pl/swfwfap299>

Preencha o formulário de forma completa (todos os campos);

Indique com **X** qual a taxa está efetuando o pagamento: de **avaliação** ou de **publicação**.

Selecione a opção de pagamento: Boleto Bancário.

Clique no botão “Enviar inscrição”.

Imprima o boleto bancário.

Efetue o pagamento referente à sua taxa.

Após o pagamento você receberá um e-mail da **FAPEU** comprovando seu depósito. **O seu comprovante, ou o e-mail, deverá ser anexado ao sistema na etapa de submissão.**

Em caso de pagamento internacional, selecionar a opção **Cartão de Crédito**.

Caso necessite, entre em contato com a revista, através do e-mail [textoecontexto@contato.ufsc.br](mailto:textoecontexto@contato.ufsc.br).

**Obs: não será devolvida a taxa de avaliação para os manuscritos não aceitos para publicação.**

ANEXO G – Confirmação de submissão a Revista Texto e Contexto Enfermagem referente ao artigo 2

**De:** [tceufsc@gmail.com](mailto:tceufsc@gmail.com)

**Para:** [janainefp@hotmail.com](mailto:janainefp@hotmail.com)

**CC:** [janainefp@hotmail.com](mailto:janainefp@hotmail.com), [arscarvalho@gmail.com](mailto:arscarvalho@gmail.com),  
[clausviera@gmail.com](mailto:clausviera@gmail.com), [marialdanit@gmail.com](mailto:marialdanit@gmail.com), [Lb.toso@gmail.com](mailto:Lb.toso@gmail.com)

**Assunto:** Texto & Contexto Enfermagem - ID do manuscrito TCE-2020-0005

**Corpo:** 05-Feb-2020

Prezado Srta. Janaine Peres:

Seu manuscrito intitulado "APOIO SOCIAL À MULHER DURANTE O PERÍODO DO ALEITAMENTO MATERNO" foi submetido online na revista Texto & Contexto Enfermagem.

ID de seu manuscrito TCE-2020-0005.

Por favor, mencione a identificação do manuscrito acima em todas as futuras correspondências ou ao entrar em contato com a revista. Se houver qualquer alteração em seu endereço ou endereço de e-mail, acesse o site da ScholarOne e altere suas informações de usuário.

Você também pode visualizar o status de seu manuscrito a qualquer momento, entrando no site <https://mc04.manuscriptcentral.com/tce-scielo>.

Obrigado pela submissão do manuscrito na Texto & Contexto Enfermagem.

Atenciosamente,  
Texto & Contexto Enfermagem  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Centro de Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Trindade - Florianópolis  
Santa Catarina - Brasil - CEP 88040-970  
Fones: 55(48)3721-4915 ou 3721-9043  
[textoecontexto@ccs.ufsc.br](mailto:textoecontexto@ccs.ufsc.br)  
<http://www.textoecontexto.ufsc.br>  
<http://www.scielo.br/tce>

**Data do envio:** 05-fev-2020



ANEXO H – Normas da Revista Saúde em Debate, na qual foi submetido o artigo 3.

## REVISTA SAÚDE EM DEBATE

### Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos (Vancouver) descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
- A identificação dos autores não consta no arquivo com o texto.
- O nome dos autores deve ficar registrado no formulário de cadastro do artigo, no campo "Incluir coautores". Informações imprescindíveis: NOME - E-MAIL - Nº ORCID - INSTITUIÇÕES DE VÍNCULO.
- O arquivo da submissão está no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.
- O texto está em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5; não utilizou sublinhados e negritos como grifo.
- Utilizou aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras; utilizou palavras em outros idiomas em itálico, com exceção de nomes próprios.
- Enviou figuras, gráficos, quadros e tabelas em formato aberto ou em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo.
- Encaminhou em arquivo separado a declaração de Conflito de interesses, os Colaboradores e os Agradecimentos (no mesmo arquivo).
- Encaminhou em arquivos separados a Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais (obrigatória) e o Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP (quando pertinente).

### Diretrizes para Autores

*Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos*

## **Revista Saúde em Debate**

*Instruções aos autores*

ATUALIZADAS EM MARÇO DE 2019

### **ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL**

A revista ‘Saúde em Debate’, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A ‘Saúde em Debate’ aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A ‘Saúde em Debate’ não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’ passam por *softwares* detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

**NOTA:** A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista ‘Saúde em Debate’ continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no *site* <http://www.cebes.org.br>.

## **ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS**

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: [revista.saudeemdebate.org.br](http://revista.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

### **Modalidades de textos aceitos para publicação**

1. **Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.
5. **Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aponham contribuições significativas para a área.
6. **Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.
7. **Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

### **Preparação e submissão do texto**

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados,

fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

**O texto deve conter:**

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a ‘Saúde em Debate’ apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os Artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos,

recomendamos consultar o [Manual de Normalização de Referências](#) elaborado pela editoria do Cebes.

## **OBSERVAÇÕES**

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

## **Informações sobre os autores**

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

## **PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

#### **Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)**

**a) Conflito de interesses.** Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*” será suficiente.

**b) Colaboradores.** Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

**c) Agradecimentos.** (Opcional).

#### **OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.**

##### **1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais**

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível [aqui](#).

##### **2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser

apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br

## **Artigo Original**

Resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

## **Ensaio**

Análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

## **Revisão**

Revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

## **Artigo de Opinião**

Exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

## **Relato de Experiência**

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aporem contribuições significativas para a área.

## **Resenha**

Resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

## **Documento**

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

## **Depoimento**

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

## **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.



ANEXO I - Confirmação de submissão para a Revista Saúde em debate, na qual foi enviado o artigo 3.

[SD] Agradecimento pela submissão

Mariana Chastinet via Saúde em Debate <saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br>

Qui, 05/12/2019 16:01

Janaine Fragnan Peres,

Agradecemos a submissão do trabalho "Percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados ao aleitamento materno" para a revista Saúde em Debate.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/3500>

Login: janaine

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Mariana Chastinet

revista@saudeemdebate.org.br