

PRISCILA LEAL DA SILVA

**IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA PROMOÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO**

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

PRISCILA LEAL DA SILVA

**IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA PROMOÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dr^a. Erika Maria Parlato de Oliveira

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

PRISCILA LEAL DA SILVA

**IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA PROMOÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dr^a. Erika Maria Parlato de Oliveira

Banca Examinadora:

- _____
- _____
- _____

Aprovada em _____ / ____ / ____

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

RESUMO

Considerando-se a importância da alimentação adequada para o crescimento normal este estudo objetivou contribuir, junto às equipes de Saúde da família, nas áreas de promoção do aleitamento materno, aproveitando o espaço domiciliar como ambiente promissor para prática assistencial e educação em saúde. Para tanto, foi utilizado como método de pesquisa uma revisão criteriosa da literatura científica. Como a prática adequada do aleitamento materno tem uma repercussão favorável para a saúde infantil, passou a fazer parte importante do planejamento do setor de saúde de instituições governamentais. Diversos esforços têm sido realizados no intuito de aumentar a taxa de aleitamento exclusivo até os seis meses de vida. Os resultados obtidos apontam para a visita domiciliar como momento ideal para criação e fortalecimento de vínculos com as famílias, e mostra também, o quanto esta pode ser favorável para a obtenção de informações e dados sobre a saúde materno-infantil, possibilitando uma intervenção específica e evitando o desmame precoce.

Palavras Chaves: visita domiciliar, aleitamento materno.

ABSTRACT

Considering the importance of adequate nutrition for normal growth and this study aimed to contribute, along with the Family Health teams in the areas of promotion of breastfeeding, using the space environment as promising for home care practice and health education. Thus, it was used as a research method a strict review of scientific literature. As the proper practice of breastfeeding has a favorable impact on children's health, has become an important part of planning the health sector of government institutions. Several efforts have been undertaken in order to increase the rate of exclusive breastfeeding until six months of life. The results point to a home visit as an ideal time to create and strengthen links with families, and also shows how this can be favorable for obtaining information and data on maternal and child health, providing a specific intervention and preventing early weaning.

Key Words: home visits, breastfeeding

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
1.1 JUSTIFICATIVA.....	08
1.2 OBJETIVOS.....	09
2 METODOLOGIA.....	10
3 DESENVOLVIMENTO.....	12
3.1 – Incentivo ao aleitamento materno: aspecto histórico	12
3.2 – Estratégia Saúde da Família como Modelo de Reorientação dos Serviços de Saúde ..	13
3.3 – A Visita Domiciliar no Trabalho da Equipe Saúde da Família	14
3.4 – A Importância da Visita Domiciliar na Promoção do Aleitamento Materno.....	16
4 CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o aleitamento materno (AM) ganhou importante destaque na redução da morbi-mortalidade infantil. Estudos mostram que a introdução precoce de outros líquidos ou alimentos para menores seis meses não é somente desnecessária, mas, também, potencialmente ameaçadora, aumentando os riscos de infecções, como por exemplo, as digestivas e respiratórias (GIUGLIANI, 2000).

O processo natural e vantajoso do aleitamento exclusivo sofre a influência negativa de fatores como a industrialização acelerada, incentivo ao consumo de leites industrializados e fórmulas lácteas. Outro fator negativo ao aleitamento é a incorporação da mulher no mercado de trabalho, fator predisponente da interrupção precoce do AM (SILVA, 2002).

A substituição do aleitamento natural pode acarretar alterações desastrosas no perfil de morbi-mortalidade infantil, principalmente nos países não-desenvolvidos. Tais ocorrências fizeram com que alguns organismos internacionais, entre eles o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) dedicasse esforços expressivos para que esta prática fosse retomada (ALMEIDA, NOVAK, 2004).

Segundo Kummer et al. (2000) foi nos países industrializados que se observou um retorno progressivo a prática do AM, a partir das classes de melhor nível sócio-econômico.

No Brasil, essa tendência de retorno à amamentação pode ser observada em estudos recentes realizados pelo Ministério da Saúde. A conclusão geral obtida indica melhora significativa da situação do AM no período da última década. O AM na primeira hora de vida, de acordo com critérios estabelecidos pela OMS, por exemplo, foi caracterizado como “bom” nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, com prevalência variando de 50-89%. De acordo com a pesquisa, ainda, um dos desafios observados, a serem enfrentados, é a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação, sobretudo no primeiro ano de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Desse modo, como afirma Montrone e Arantes (2000), a maioria dos serviços de saúde do país, principalmente considerando a atenção básica, tem como uma de suas prioridades o incentivo ao aleitamento natural. Essa, segundo Gomes, Nakano e Almeida (2006) é uma prática marcante dos serviços de atenção primária à saúde. Conforme o autor, nesses serviços são criados os chamados “grupos de gestantes”, onde, periodicamente, sob a coordenação de um profissional de saúde capacitado, mulheres grávidas são reunidas para discutir problemas

relacionados à gestação e, principalmente, incentivar o aleitamento natural pelo menos até os seis meses de idade.

A identificação precoce de problemas do desenvolvimento infantil é uma tarefa bastante difícil para o profissional que trabalha com cuidados primários, sendo necessário que a avaliação da criança (puericultura) seja repetida, sobretudo, durante os primeiros anos de vida, quando o desenvolvimento é mais dinâmico e o impacto dos atrasos é mais significativo (KUMMER et al. 2000).

Embora reconhecendo que as intervenções precoces possam ser mais difíceis de implementar, existem inúmeras alternativas para promoção de abordagens comunitárias envolvendo crianças menores de seis meses de idade, tais como a visita domiciliar, ocasião em que a mãe é orientada a estimular seu filho a praticar hábitos saudáveis (DIAS, 2003).

Segundo Campos (2003), a saúde de um povo é determinada pelos seus espaços sociais e suas respectivas necessidades. As ações em saúde e demandas por serviços colocam a Estratégia de Saúde da Família inserida no projeto de reconstrução histórica, de mudança de paradigmas para uma qualidade de vida permanente e merecida por todos.

A mudança favorável das condições de saúde depende da superação de iniquidades existentes, determinadas por uma população passiva, reduzida à condição de mero objeto receptor de serviços, sem ação, expectativa ou vontade própria. Faz-se necessário no atual contexto sócio-político a inserção de aspectos de natureza cultural e antropológica que possibilitem a melhor compreensão sobre a família (CARVALHO, 2004).

A população passiva neste contexto representa a parcela sem espaço e sem informação suficiente de modo a decidir de forma errônea sobre práticas salutaras de vida. O conhecimento em saúde conservar-se distante da população geral permanece ainda um despreparo em relação ao desenvolvimento infantil e o Aleitamento Materno (SILVA, 2000).

A visita domiciliar é instrumento básico de assistência à saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) e deve ser realizada por todos os elementos da equipe (TULIO; STEFANELLI; CENTA, 2000).

O atendimento nos domicílios é parte fundamental das intervenções de saúde em todas as suas etapas, em todos os contextos de assistência, independentemente do grupo de atenção específica. A relevância do vínculo existente entre o cuidado do indivíduo e o contexto familiar tem sido designado como indispensável para o cuidado integral do indivíduo (FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONIO, 2006).

Em minha vivência enquanto enfermeira e integrante da Equipe Saúde da Família ESF Maringá I e II, tenho observado a necessidade de aproveitar o espaço domiciliar para prática educativa, preventiva e de incentivo ao AM.

A visita domiciliar tem sido direcionada na ESF Maringá I e II para a educação e saúde e à conscientização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto. Portanto, esses conceitos deverão ser lembrados, uma vez que o resultado desejado referente à visita domiciliar deve ser a mudança de comportamentos realizada a partir de novas convicções que forem sendo adquiridas pelas famílias e comunidade.

Esta atividade constitui-se de um momento rico, onde a enfermeira presta assistência à saúde, acompanha a família, fornece subsídios educativos para que os indivíduos, ou o grupo familiar e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.

A visita domiciliar é um serviço prestado dentro do próprio contexto, parece agradar à maioria da população e contribui para redução de demanda nas instituições de saúde, reduzindo custos familiares e do setor.

Percebendo a visita domiciliar como ferramenta essencial da atenção domiciliar, constituída pelo atendimento à família em seu espaço e contexto, e próprio para a educação em saúde e incentivo a práticas salutaras.

1.1 JUSTIFICATIVA

É incontestável afirmar que o leite materno é o alimento mais adequado para o lactente. Da mesma forma, é inegável que a interrupção precoce da amamentação continua a ocorrer de maneira expressiva e preocupante. Nesse sentido, apesar das vantagens reconhecidas do AM, especialmente do ponto de vista nutritivo e imunológico, um grande número de mães acaba desmamando precocemente devido a problemas ligados ao processo de lactação. Essa contradição não pode ser explicada sem a visão da natureza híbrida do homem e das características do mundo industrializado. Estes fatores determinam a amamentação como prática a ser aprendida e refletida, constituinte essencial na promoção da saúde, eixo norteador das políticas públicas em saúde, representada pela Estratégia Saúde da Família. À luz do conhecimento da importância das ações de educação em saúde, da visita domiciliar, possibilitando à população conhecer os benefícios do AM e o manejo da lactação, surge o

interesse na pesquisa como método de análise acerca da importância das práticas em âmbito domiciliar aplicadas por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Contribuir, junto às equipes do PSF, nas áreas de promoção do aleitamento materno, aproveitando o espaço domiciliar como espaço promissor para prática assistencial e educação em saúde.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Descrever o trabalho das equipes (ESF), tendo como foco principal a importância da visita domiciliar na promoção do aleitamento materno.

2 METODOLOGIA

Este estudo será realizado através de uma revisão criteriosa da literatura científica.

A pesquisa deve considerar as fases de construção proposta por Rodrigues (2006): escolha do tema; delimitação do tema; seleção do material; redação e revisão do trabalho.

Será utilizada como fonte de dados a literatura pertinente ao tema em destaque e incorporado um resumo das evidências pautadas, em uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos detalhados e sistematizados de busca análise crítica e síntese da informação selecionada.

As revisões de literatura são particularmente úteis para agregar informações de um conjunto de pesquisas realizadas separadamente sobre determinado assunto, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para estudos futuros (SAMPAIO e NANCINI, 2007).

Para sua realização será utilizada uma busca ativa de informações no período de 1998 a 2009 nas bases eletrônicas do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), da Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros – SCIELO (Scientific Electronic hibrary Online); do Sistema de Legislação da Saúde – Saúde Legis; da Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (Coleciona SUS); da Literatura Internacional – MEDLINE de Sites em Saúde Pública – LIS; do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); e através do

arquivo de teses disponíveis na biblioteca virtual das principais universidades do país: Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade de Brasília (UNB), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Estadual da Sudoeste da Bahia (UESB) – Faculdade Federal PI (FUFPI). O período de pesquisa compreende textos publicados a partir do ano de 1994 (ano que foi criado o Programa de Saúde da Família no Brasil).

Durante a pesquisa bibliográfica foi considerada a relevância dos artigos ao problema proposto: a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família e sua relação ao tema a ser estudado. Foram utilizados como critérios de exclusão: fontes de difícil acesso ou artigos não publicados, livros, monografias e artigos publicados em periódicos internacionais (divido ao fato que seria inviável realizar uma busca sistemática desse material).

Os resultados encontrados estão representados no quadro (1):

Quadro 1. Resultados apresentados por tipo de publicação

Tipo de publicação			
Teses	Artigos	Documentos Oficiais	Total
8	26	5	39

Os resultados foram combinados por enfoque interpretativo de uma revisão bibliográfica. A forma de apresentação dos resultados é por comentários textuais com utilização de títulos e subtítulos.

Foi constituído um texto com finalidade de consulta e exploração salvaguardando os direitos dos autores da informação cedida.

A análise de todo o material bibliográfico foi realizado em três fases: crítica do material coletado, análise e interpretação dos textos.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: ASPECTOS HISTÓRICOS

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, afirma: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (1988: 112).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios éticos norteadores: universalidade, integralidade, equidade, e princípios organizacionais: descentralização, hierarquização e participação popular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Atento aos princípios norteadores do SUS o Ministério da Saúde tem coordenado desde a década de 80 programas de incentivo nacional ao aleitamento materno, dando ênfase à formação de profissionais de saúde e educação ao público geral, adotando leis para proteção da mulher no trabalho no período de amamentação e combatendo à livre propaganda de alimentos artificiais para bebês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Por algum tempo, a prática do aleitamento materno deixou de ser prioridade, como resultado de vários acontecimentos sociais, culturais e interesses econômicos. Contudo, a partir da década de 80 resgatou-se esta prática, no intuito de promover uma melhoria da qualidade de vida em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Kummer (2000) cita algumas medidas ministeriais de destaque, como incentivo à prática do aleitamento materno. Uma delas, segundo o autor foi a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) nas unidades de saúde, desenvolvida no Brasil em março de 1992, com apoio da UNICEF, da OMS e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Esta iniciativa representou um esforço conjunto dando força para a promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno.

Com a implantação do programa nacional de incentivo ao aleitamento materno, iniciou-se também um processo de conscientização dos profissionais enfatizando a responsabilidade de todos (VENÂNCIO, 2002).

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir de 1990 o Sistema Único de Saúde passou a ser regulamentado pela Lei Orgânica 8080/90: "Essa lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado".

Segundo Bonfim e Bastos (1998):

“O modelo assistencial predominante no Brasil nos últimos anos caracterizou-se pela prática médica quase que exclusivamente biológica individualista e hospitalar, apresentando baixa cobertura com elevado custo, apesar de sua eficiência técnica nas respostas pontuais de procedimentos curativos individuais, em especial nos casos complexos e de realização hospitalar”.

Essa necessidade de mudanças nas práticas de atendimento fez com que outros programas fossem criados, dentre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (SILVEIRA FILHO, 2006).

O PSF foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, em virtude do êxito do PACS, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, quando os secretários municipais de saúde queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma operacional da rede básica de saúde, expandindo o PACS para outros níveis de profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo a promoção da saúde na população, priorizando necessidades especiais como a saúde materno-infantil. Nesse sentido, considera-se o AM um dos aspectos mais básicos da promoção da saúde. A promoção, proteção e apoio à amamentação são reconhecidas de forma singular na literatura como atividades essenciais para a saúde da mulher e da criança, além de trazerem benefícios consideráveis para a família e para o Estado (GOMES et al., 2006).

A relevância da promoção da amamentação, especialmente em nosso meio, é conclusiva. As intervenções de serviços de saúde comunitários como a Estratégia Saúde da Família, são muito oportunas na promoção da amamentação, já tendo sua eficácia comprovada por diversos estudos (PARADA, 2005).

A atenção à criança é uma das prioridades da ESF e o incentivo ao aleitamento materno consolida-se como uma de suas ações prioritárias. No início dos anos 90, com a municipalização, ocorreu um avanço no processo de consolidação do SUS, mas ainda com necessidade de mudanças na organização do sistema (BECKER, 2001).

Atualmente, a ESF integra os princípios do SUS com a comunidade, trabalha com uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, tem uma relação mais próxima entre as pessoas, busca humanizar a assistência estabelecendo uma nova relação entre os profissionais da saúde e a comunidade (TÚLIO; STEFANELLI; CENTA, 2000).

A Estratégia é tida como ferramenta essencial do SUS, com um conjunto de modificações no desenho operacional de políticas públicas, devendo ser uma decisão política do gestor consolidado com a comunidade (RIBEIRO, 2004).

As bases da ESF, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital priorizam as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral com acompanhamento contínuo e sistemático (FRIEDRICH; PIERANTONIO, 2006).

O trabalho das equipes prioriza a assistência a alguns grupos populacionais considerados de maior risco a agravos: crianças menores de dois anos, gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Dentre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde destaca-se a assistência materno-infantil, que envolve a promoção e o manejo do AM (GOULART et al., 2003).

Múltiplas pesquisas científicas comprovam que o leite materno exclusivo até seis meses de vida e complementado até os dois anos ou mais é fundamental para combater a desnutrição precoce, reduzir a morbidade e a mortalidade infantil (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

3.3 A VISITA DOMICILIAR NO TRABALHO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste tópico abordaremos a visita domiciliar como instrumento para o trabalho da equipe de saúde da família, e mais, como ferramenta essencial para o incentivo à prática do aleitamento materno.

Há registros antigos que evidenciam a prática de visita domiciliar na história da humanidade. No princípio, era caracterizada por um enfoque assistencialista, fundado na caridade e, num segundo momento, a ênfase foi dada para sistematização do cuidado. Atualmente, a visita domiciliar tem seu destaque como ação necessária das Equipes Saúde da Família, como propósito básico para superação do modelo biomédico, de forma a reordenar a assistência básica à saúde (MENDES, 2005).

A prática domiciliar ocorre como assistência prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família. Seus integrantes devem estar aptos para uma assistência cabal e contínua às famílias, identificando as situações de risco à saúde na comunidade e os determinantes do processo saúde-doença. A partir desses, desenvolve-se o planejamento em saúde, voltado à melhoria do auto cuidado, a prevenção ativa e o desenvolvimento da co-responsabilidade dos indivíduos na promoção em saúde (TÚLIO; STEFANELLI; CENTA, 2000).

A visita domiciliar fundamenta-se nos princípios do SUS e traz como eixos norteadores a promoção à saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde, como um instrumento que permite ao profissional interagir com o meio próprio de cada indivíduo, observar e conhecer a sua realidade (MOTA, 2005). O guia prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001) acrescenta a importância da visita para o conhecimento das condições de vida e saúde da população adscrita, e os recursos disponíveis em seu meio.

Para Friedrich e Pierantonio (2006) a visita domiciliar deve ser procedimento rotineiro das equipes de Saúde da Família, primariamente realizado pelo agente comunitário, seguido da assistência multiprofissional com agendamento no domicílio. No entanto, a ampliação e qualificação das ações de saúde exigem a participação de todos os integrantes, em busca da identificação de riscos, acompanhamento e assistência integral (MENDES; OLIVEIRA, 2007).

Durante a prática domiciliar desenvolvem-se ações educativas, orientações sobre o auto-cuidado, ações de promoção e prevenção. Ainda segundo Silveira Filho (2006) a visita possibilita o atendimento aos pacientes com prioridades específicas, de atendimento facilitado no espaço intra-domicílio. Kummer et al. (2000) descrevem a visita como fator positivo para a prática do aleitamento materno, relacionando-o ao conhecimento das condições e práticas familiares que, proporcionam o momento ideal para a reconstrução de hábitos e valores. Além

disso, segundo Túlio; Stefanelli e Centa (2000) constitui-se um forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e a clientela.

Na visita domiciliar é possível sensibilizar o indivíduo para participar do cuidado e promover a saúde, tornando-o sujeito ativo na decisão de cuidar. Para isso, é necessário que a equipe conheça o contexto sócio-histórico, costumes e dinâmica das relações familiares, eliminando a postura de superioridade ou de autoritarismo, o que seria apenas a reprodução do já superado modelo tecnocêntrico (VERRI, 2007).

Como qualquer outra atividade de saúde, a visita aos domicílios com objetivo de promover o AM deve ser planejada de forma sistemática, para que se concretize seu valor e plano de ações (PARADA, 2005).

Quanto às limitações observadas nessa prática, observa-se por Túlio; Stefanelli e Centa (2000) a visita como método dispendioso, visto que, exige a disposição de recursos humanos especializados e locomoção destes para os locais designados. Além destes, ocorre em algumas vezes a chegada do visitador na hora dos afazeres domésticos, em outras, os moradores não se encontram em casa no horário da visita.

Segundo Mendes (2005), outro fator limitante para a realização das visitas domiciliares relaciona-se ao pouco tempo disponível para esta atividade. Ocorre também, um sentimento de frustração e impotência, após a aproximação e envolvimento dos profissionais com a realidade familiar, diante de um quadro muitas vezes complexo e desfavorável à mudança.

3.4 A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

A Estratégia de Saúde da Família tem servido como base de apoio para as demais políticas da Atenção Básica. Com objetivo de incentivar o AM, oferece um diferencial, a saber, atenção à saúde dentro do espaço domiciliar (VERRI, 2007). Especificamente com relação à amamentação, a Equipe de Saúde da Família pode desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer suas experiências anteriores, explorar o momento da gravidez, suas dúvidas e incertezas, de modo a favorecer o processo futuro do AM (BECKER, 2001).

Também é possível atuar de forma mais efetiva nas intercorrências comuns do início da amamentação, como traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, responsáveis muitas vezes pela ocorrência do desmame precoce. Entretanto, mesmo nas áreas de atuação das equipes de saúde da família, tem sido um desafio ampliar a prática do AM (PARADA, 2005).

A verificação da mamada é uma atividade básica da promoção da amamentação, momento que permite a prevenção de problemas nos seios, e a correção de eventuais erros de postura e pega. É fundamental para prover à mãe o apoio necessário nestes primeiros momentos com o bebê. Nos estudos analisados, esta atividade ficou predominantemente a cargo dos enfermeiros. Como cita Montrone e Arantes (2000): a visita domiciliar tem papel fundamental como estratégia de educação em saúde e incentivo ao AM por parte dos enfermeiros integrantes das Equipes Saúde da Família.

Considerando o potencial das Equipes Saúde da Família no processo de promoção do AM, Silveira Filho (2006) afirma ainda que, sua ação poderia ocorrer de forma mais efetiva e abrangente considerando a possibilidade de ações no espaço familiar.

Para Niquini, et al. (2007) a Estratégia Saúde da Família tendo à sua disposição o espaço domiciliar como oportunidade de promoção à saúde, apresenta enorme vantagem na promoção do AM. Segundo ele essa estratégia deve facilitar a proximidade e a responsabilização da equipe para com a comunidade atendida.

Conforme mostra Becker (2001) têm-se observado altos percentuais de apoio expresso pelas puérperas, referentes à sensação da visita domiciliar e ao ensino para prática efetiva do AM no domicílio. De acordo com Kummer et al. (2000) é importante ainda, capacitar as equipes nos procedimentos mais efetivos do manejo clínico da amamentação. Mendes e Oliveira (2007) citam o desenvolvimento de mecanismos para incrementar a precocidade e efetividade das primeiras visitas domiciliares à puérpera, aproveitando as especificidades do programa e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Venâncio (2002) faz destaque ainda para o contato da equipe de Saúde da Família com grupos comunitários de apoio à amamentação, facilitando o acesso as puérperas.

O texto de Peres, Dal Poz e Grande (2006) estabelece que as equipes de saúde da família devem executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de promoção à saúde em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados. Realça que a execução de visitas domiciliares qualificadas possibilita o conhecimento do paciente no seu

dia a dia, e permite identificar as representações sociais incorporadas no seu modo de ser. O reconhecimento das condições de vida do indivíduo e sua família são citadas também por Túlio e Stefanelli (2000), como facilitadoras da promoção à saúde.

A proximidade com as mães através das visitas domiciliares estabelece um contato mais íntimo favorecendo a compreensão e fortalecendo as relações entre profissional e puérpera (PARADA, 2005).

Realça-se também o estudo de Mota (2005) que destaca a visita domiciliar como instrumento importante na formação de vínculos na proximidade com o usuário e sua relação com a defesa e construção da saúde materno-infantil.

Através do conhecimento do contexto familiar é possível planejar e desenvolver ações adequadas de promoção ao AM. Segundo Mendes e Oliveira (2007) sua promoção está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do consultório médico, integrando-a as demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas ao ambiente comunitário.

Em relação à promoção do AM, a visita domiciliar é instrumento de excelência, pois institui e enraíza a prática do auto cuidado de forma a complementar hábitos saudáveis, noções de higiene e saúde (ICHISATO; SHIMA, 2002).

A promoção do AM é trazida como objetivo das visitas domiciliares por Becker (2001) complementando ainda que, o sucesso da prática será alcançado “através da assistência em saúde dentro do espaço domiciliar”.

A promoção do AM e educação em saúde nas visitas domiciliares conforme Becker (2001) deve ser exercida de maneira simples devido aos diferentes graus de escolaridade dos usuários. A visita domiciliar cria vínculos de responsabilidade entre a Equipe de Saúde e a família.

A visita aos domicílios pelo profissional de ESF está relacionada com a atenção precoce em saúde. Almeida, Fernandes, Araújo (2004) destacam ainda que a primeira consulta deve ser realizada em domicílio até o oitavo dia do nascimento.

A visita domiciliar também é relatada por Mandú et al. (2008) como instrumento valioso para cumprir a nova dinâmica da Atenção Primária, com a atenção voltada para prevenção e promoção integral à saúde.

O atendimento integral a puérpera e ao recém-nascido é facilitado por meio das visitas domiciliares. Assim como a realização do acompanhamento e integração com as equipes multidisciplinares (TÚLIO; STEFANELLI, 2000).

Silvestre (2009) dá ênfase para a avaliação bucal em domicílio logo após o nascimento, como meio de planejamento de ações interdisciplinares específicas.

Conforme Mota (2005) a incorporação da atividade de visita domiciliar aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde. O planejamento das visitas domiciliares também é citado por Bonfim e Bastos (1998) e acrescenta que elas devem ser executadas de acordo com as prioridades existentes. Faz uma crítica negativa para a realização de visitas mal planejadas, de forma compulsória e sem objetivos.

Segundo Mota (2005) deve-se utilizar a visita domiciliar como estratégia para ampliar o cuidado em saúde, estendendo o cuidado além da medicina tradicional, restrita ao consultório médico.

A proximidade da Equipe de Saúde com o usuário nas visitas domiciliares estabelece um contato mais íntimo, reforça o vínculo, conforme relatam Mandu et al (2005), e como consequência viabiliza o acesso (SILVEIRA FILHO, 2006).

O atendimento no domicílio é destacado por e Oliveira (2007), como meio para viabilizar o acesso a pacientes, e cita as puérperas e gestantes como prioridade desse tipo de atendimento.

A visita domiciliar é destacada por Verri (2007) como forma de realizar orientação e outras atividades voltadas às mães impossibilitadas de acesso à unidade de saúde como àquelas sem condição de locomoção. As puérperas e recém nascidos, seguidos pelas gestantes são também prioridades segundo Peres, Dal Poz, Grande (2006) nas visitas domiciliares.

Estudos relatam que a visita domiciliar possibilita o maior contato entre a Equipe de Saúde da Família e as puérperas, facilitando o atendimento a pacientes com dificuldades de deslocamento (SILVEIRA FILHO, 2006).

Estas seriam as conclusões que permitem a idealização do processo da amamentação no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Elas apontam na direção de um trabalho que vem sendo operacionalizado e executado com efetividade, que pode ser ainda ampliada se forem tomados certos cuidados na atuação das equipes, e em especial, se forem melhor aproveitadas as especificidades da Estratégia e as oportunidades que elas oferecem.

4 CONCLUSÃO

Este estudo tem como proposta central a promoção do AM aproveitando o ambiente domiciliar como espaço ideal para prática assistencial e promoção à saúde.

Espera-se contribuir para mobilização dos profissionais, em especial, integrantes da ESF, e levar a reflexão sobre a situação da promoção do AM, na sua prática diária, e trazendo subsídios para trabalhos futuros que visem à sistematização de avaliações relativas às questões que envolvem o trabalho das Equipes de Saúde da Família.

O desenvolvimento deste estudo possibilita ainda a percepção teórica e prática da visita domiciliar como estratégia de intervenção específica do AM.

A visita domiciliar foi citada como momento ideal para criação e fortalecimento de vínculos com as famílias, e o quanto isto é favorável para a obtenção de informações e dados de saúde individual e coletiva possibilitando a intervenção específica nas áreas de maior necessidade.

Mesmo considerando as tendências positivas encontradas, correções de rumo podem e devem ser feitas. Sejam para promover o AM, ou promover a saúde em suas inúmeras outras possibilidades, é necessário que se forneça às equipes o instrumental necessário: tempo disponível, treinamento adequado, ferramentas metodológicas e apoio dos gestores do programa.

A proximidade de origens e identidade entre a Estratégia Saúde da Família, o AM e a visita domiciliar foi bem demonstrada aqui. Conclui-se que o espaço domiciliar é um âmbito privilegiado para as ações de promoção da saúde. Esta hipótese vem se confirmando na prática em diversas oportunidades.

É o que se pode esperar da conjunção de potencialidades oferecidas pela utilização Estratégia Saúde da Família: que o profissional de saúde se envolva numa relação de cuidado com sua clientela, adentrando as comunidades e achegando-se aos indivíduos que necessitam de sua atenção. Desse modo espera-se que a ESF possa efetivamente contribuir para que estas comunidades possam conquistar uma vida mais saudável e de melhor qualidade, contribuindo com o AM e promovendo a saúde em todas as etapas da vida.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO ACFV, GUTIÉRREZ MGR, MARIN HF. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação de NANDA, para sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. **Rev Latino-am Enfermagem**. 1997 abril; 5(2):49-59.

ALMEIDA, João Aprigio Guerra de. NOVAK, Franz Reis. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr. (Rio J.)** [online]. 2004, vol.80, n.5, suppl., pp. s119-s125. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>. Acessado em: 29 de setembro de 2010.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques, FERNANDES, Aline Garcia; ARAÚJO, Cleide Gomes - Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 358-367, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a20.pdf>. Acessado em: 12 de outubro de 2010.

BECKER D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no programa de Saúde da Família** [tese de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

BONFIM, L.A, BASTOS, A.C.S. O impacto sociocultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Pública** 1998; 14: 429-35.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS; 2001.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004.

CICONI, Rita de Cássia Veríssimo; VENANCIO, Sonia Isoyama; ESCUDER, Maria Mercedes L.. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 2, June 2004 .

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONIO, C. R. trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(1): 83-97, 2006.

GIUGLIANI, E.R.J. O Aleitamento Materno na prática clínica. **Jornal de pediatria**. Rio de Janeiro, v. 76, Supl. 3, p. 238-252, 2000.

GOMES, F. A. et al. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2006, vol.40, n.1, pp. 50-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a06v40n1.pdf>. Acessado em: 12 de outubro de 2010.

GOULART, Lúcia M.H.F. et al. Avaliação da Ação de Vigilância à Morbi-mortalidade Infantil na periferia de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2003, vol.3, n.3, pp. 291-304. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a06v40n1.pdf. Acessado em: 29 de setembro de 2010.

ICHISATO, SMT.; SHIMA, AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 10, n.4, p.578-85, 2002.

KUMMER, Suzane C et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.34, n.2, pp. 143-148. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext. Acessado em: 12 de outubro de 2010.

LACERDA, Maria Ribeiro, et al. **As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde Universidade Federal do Paraná, PR, Brasil**. Instituto de Tecnologia do Paraná, PR, Brasil – pesquisa exploratório-descritiva- brazilian journal of nursing, vol 6, no 0 (2007).

LEI ORGÂNICA 8080/90

MANDÚ, ENT et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa Saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 131-40.

MENDES R.A.G.C.S. **Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Instituto Fernandes Figueira – limites e possibilidades na construção de uma prática integral no cuidado à criança dependente de tecnologia**. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira; 2005.

MENDES, Artur Oliveira; OLIVEIRA, Fernanda Araújo de. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v.2, n° 8, jan / mar 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade Básica de Saúde da Família**. Brasília (DF): O Ministério; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível: Tempo médio de aleitamento materno aumenta de 296 para 342 dias em nove anos. 2008.

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=10429. Acessado em: 12 de dezembro de 2009.

MONTRONE, Victoria Garcia, ARANTES, Cássia Irene S. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. **J. pediatr.** (Rio J.). 2000; 76(2): 138-142.

MOTA, Joaquim Antônio César et al. Feldman Oficina 24 – O cuidado domiciliar em saúde: implicações para o ensino e para o serviço VI congresso nacional da rede unida; I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais; **II Fórum Nacional de Redes em Saúde**. Reunião de Pólos de Educação Permanente em Saúde, Belo Horizonte, 2 a 5 de julho de 2005.

NEUTZLING, M. B. et al. Os fatores de risco da obesidade entre adolescentes brasileiros: um estudo caso-controle. **J. Pediatr.** (Rio J.) vol.83 no.4 Porto Alegre July/Aug. 2003.

NIQUINI, Roberta Pereira et al . Factors associated to the introduction of artificial milk in the city of Rio de Janeiro, 2007. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, Sept. 2009.

PARADA C.M.G.L et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005. Maio-junho;13(3):407-14.

PERES, Ellen Marcia, DAL POZ, Mario R y GRANDE, Nuno R. Visita Domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes **Rev. enferm.** UERJ, jun. 2006, vol.14, no.2, p.208-213.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2004.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005 .

RODRIGUES, A.de J. Metodologia Científica. São Paulo: **Revcamp**, 2006. p.61-77.

SAMPAIO, RF and MANCINI, MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.** [online]. 2007, v. 11, n. 1, pp. 83-89.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro 2008 .

SILVEIRA FILHO, Antônio Dercy. **O uso das ferramentas Saúde da Família na construção do cuidado em saúde.** Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre. São Paulo; s.n; 2006. 197 p.

SILVA, I.A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev Esc Enfermagem USP.** 2000 dezembro; 34(4): 362-9.

SILVA, ANTÔNIO AUGUSTO MOURA DA. **Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas Sobre aleitamento na sociedade brasileira.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Departamento de Medicina Social, para obtenção do grau de mestre. RIBEIRÃO PRETO (SP), 2002. 259p.

SILVESTRE, Patrícia Kelly et al. Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2009, vol.17, n.6, pp. 953-960.

SILVEIRA FILHO, Antônio Dercy. **O uso das ferramentas Saúde da Família na construção do cuidado em saúde.** Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre. São Paulo; s.n; 2006. 197 p.

VENÂNCIO, S.I. **Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do estado de São Paulo.** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 2002.

VERRI, Beatriz Helena de Mattos Araujo **A visita domiciliar no programa de saúde da familiar: entre a norma e o cuidado.** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas Nível: Tese (doutorado) UNICAMP: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2007.

TÚLIO, Elaine Cristina; STEFANELLI, Maguida Costa; CENTA, Maria de Lourdes. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.2, n.2, p.71-79, jul./dez. 2000.