



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**O PAPEL DO NÍVEL LOCAL NO DESAFIO DO FORTALECIMENTO DA
REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO: A EXPERIÊNCIA DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Juliana Vale Ferreira

**Rio de Janeiro
Abril de 2016**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**O PAPEL DO NÍVEL LOCAL NO DESAFIO DO FORTALECIMENTO DA
REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO: A EXPERIÊNCIA DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Juliana Vale Ferreira

Projeto de Dissertação
apresentada à Pós-graduação
em Saúde da Mulher e da
Criança, como pré-requisito
para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Orientadora Elizabeth Artmann

Coorientadora: Silvia Braña Lopez

**Rio de Janeiro
Abril de 2016**

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

F383 Ferreira, Juliana Vale

O papel do nível local no desafio do fortalecimento da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano: a experiência de uma unidade de saúde da família // Juliana Vale Ferreira. – Rio de Janeiro, 2016.
119 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Orientadora: Elizabeth Artmann
Co-orientadora: Silvia Braña Lopez

Bibliografia: f. 106-111

1. Aleitamento Materno. 2. Rede Banco de Leite Humano. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Rede de Atenção à Saúde. 5. Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado. I. Título.

CDD 22.ed. 649.33

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais Maria Clementina Ferreira e Gerardo Vale Ferreira por serem meus primeiros mestres na escola do amor, me educando no amor a Deus sobre todas as coisas, o valor à família, o cuidado com natureza e a dignidade perante à sociedade.

Agradecimentos

Agradeço a Deus fonte da inspiração, força e sabedoria para discernir e escrever este trabalho, a Ele toda Glória e Louvor!

Aos meus pais Maria Clementina e Gerardo por me sustentarem ao longo de todo o mestrado me auxiliando em tudo que é básico para que minha dedicação fosse integral. Amo vocês!

À minha orientadora Elizabeth Artmann e Coorientadora Silva Braña obrigada por toda contribuição, apoio e dedicação na confecção deste trabalho que me é tão caro!

A coordenação da Pós Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, a anterior em nome de Katia Silveira e atual em nome de Martha Moreira, e a todas as meninas da secretaria, muito obrigada pela dedicação e atenção para com minhas necessidades.

A todos os meus colegas de turma do mestrado 2014 e professores da PGSMC obrigada pelo apoio e presença ao longo deste curso.

A todos os profissionais envolvidos neste processo de trabalho: Zilda Maria França, Mônica Armada, Cristiano Boccollini, Robson Pereira, Ceonice Raquel, Rosane Rito, Neise, Letícia Thomaz e todos os demais profissionais que contribuíram para fazer a diferença no serviço de saúde, obrigada por construírem um SUS mais próximo daquele que queremos.

Obrigada ao Dr. João Aprígio Guerra de Almeida por me ajudar na confecção do meu projeto pelo tempo que fiquei no BLH do IFF, por todo aprendizado, sua motivação me incentiva a lutar por uma saúde pública melhor!

A todos os profissionais do BLH do IFF pela contribuição na minha formação em especial por Silvia Braña, Daniele Aparecida e Franz Reis Novak e por toda dedicação a esse trabalho que é referência!

Às minhas gerentes Alessandra Vallegas e Tamires e todos os meus queridos colegas do NASF Joãozinho Trinta a Iraci Lopes, obrigada pela compreensão e apoio na conclusão dessa dissertação.

A minha querida e amada Comunidade Católica Pequeno Rebanho que vibraram com minha aprovação no mestrado e me sustentaram em amor e oração para que eu pudesse vencer o medo a cada dia e concluir essa dissertação, minha eterna gratidão! Amo vocês!

LISTA DE ABREVIATURAS:

ABS – Atenção Básica em Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

BLH – Banco de Leite Humano

CAP – Coordenação de Área Programática

CMS – Centro Municipal de Saúde

CRNBLH – Centro de Referência Nacional em bancos de leite humano

CREBLH – Centro de Referência Estadual em bancos de leite humano

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

IFF – Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente

Fernandes Figueira

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

LHO – leite humano ordenhado

LHOC – Leite humano ordenhado cru

LHOP- Leite humano ordenhado pasteurizado

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PRLHO – Posto de Recolhimento de Leite Humano Ordenhado

rBLH-Br – Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SUBHUE – Subsecretaria de Atenção Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo analisar a interface entre a Unidade de Saúde de Família Sereno e o banco de leite do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro nas ações voltadas para assistência e captação de doadoras de aleitamento materno. A luz do Planejamento Estratégico Situacional foram destacados atores chaves que apontaram problemas e estabeleceram estratégias que viabilizaram sua superação. O vínculo entre a atenção primária e terciária e entre as equipes de saúde e a comunidade, o acesso a formação em serviço através do IUBAAM, a implicação dos atores neste processo configuram o trabalho em rede que teve seu reconhecimento ao ser compartilhado com a Secretaria Municipal de Saúde formando a Rede de Postos de Recebimento de Leite Humano. Trabalho esse que vem contribuindo para aumentar a captação de leite pelos bancos de leite humano e pode se configurar em uma solução para o problema do baixo número de doadoras e leite em estoque. A busca pela institucionalização das ações é uma necessidade urgente para estabelecer processos e traçar pontes para uma capilarização mais efetiva da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano com a participação efetiva das unidades de atenção básica, principalmente as que atuam dentro da Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This work had the objective of analyzing the interface between the Unidade de Saúde de Família Sereno (Sereno Family Health Unit) and the breast milk bank from the Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (Herculano Pinheiro Maternity Hospital) regarding the actions directed to assisting and attracting breast milk donors. Taking into account the Situational Strategic Planning methodology, key actors were highlighted, which pointed to problems and established strategies that enabled their oversight. The connection between the first and third attention, between the health teams and the community, besides the access to in-service training through the IUBAAM and the implication of actors in this process compose the network whose recognition happened when it was shared with the Municipal Health Office, creating the network of breast milk collecting stations. Such work has been contributing to the increase of breast milk acquisition by breast milk banks, thus possibly being a solution to the problem of low numbers of donors and of in-stock milk. The pursuit of the institutionalization of such actions is an urgent need in order to establish processes and build bridges for a more effective dissemination of the Brazilian network of breast milk banks with the effective participation of primary health care units, especially the ones participating in the Family Health Program.

*"Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível."*

São Francisco de Assis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Apresentação.....	13
1.2 Delimitação do tema.....	14
2. JUSTIFICATIVA.....	18
2.1 Relevância do Estudo.....	20
2.2 Contexto da Pesquisa.....	21
3. OBJETIVOS.....	25
3.1 Objetivo Geral.....	25
3.2 Objetivos Específicos.....	25
4. CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS.....	26
4.1 Macro e Micro Políticas.....	26
4.2 Conceito de Rede e Rede de Atenção à Saúde (RAS).....	29
4.3 Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus.....	32
4.4 Aleitamento Materno e Rede Brasileira de Banco de Leite Humano.....	36
4.5 Promoção da Amamentação na Atenção Básica.....	40
5. PRESSUPOSTO.....	44
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	45
6.1 Desenho do Estudo.....	45
6.2 Técnica de Coleta e Análise dos Dados.....	46
7. RESULTADOS.....	51
7.1 Entrevistas.....	51
7.2 Grupo Focal.....	70
7.3 Análise Documental.....	87
7.4 Análise Triangulada.....	100
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
10. APÊNDICES.....	112

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação:

Em 2007, ao iniciar a Especialização em Saúde da Família em moldes de Residência pela ENSP-FIOCRUZ, ao longo de dois anos, tive a experiência da formação em serviço dentro da unidade de básica de saúde UBS, que na época era denominada Unidade de Saúde da Família (USF) Sereno, Paz e Fé.

Tal experiência, me deu oportunidade de conhecer o trabalho das duas equipes de Saúde da Família (eSF), em uma pequena unidade situada em uma área de risco, na qual alguns profissionais se destacavam pelo envolvimento com atividades voltadas para promoção do aleitamento materno. Dentre estas atividades, o grupo de gestantes era o espaço preferencial, onde havia exposição de diversos assuntos voltados para o cuidado da gestação, parto, puerpério e onde profissionais, gestantes e seus acompanhantes realizavam trocas das suas experiências.

Neste espaço, notadamente percebi como a relação entre os profissionais de saúde, gestantes e seus acompanhantes acontecia de maneira horizontal, através do acolhimento e construção do vínculo, que despertou naquelas mulheres o desejo de doar o seu próprio leite, contribuindo para uma relação de apoio mútuo.

Da mesma forma, havia o empenho dos profissionais da unidade básica em estabelecer uma ligação mais próxima com parceiros dentro rede de atenção em saúde – no caso o banco de leite humano (BLH) do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP), para qual seria enviado o leite doado pelas mulheres atendidas na USF Sereno.

De 2010 até o final de 2011, quando tive oportunidade de retornar para esta mesma unidade, neste momento na função de gestora, percebi que o trabalho de captação de leite humano estava paralisado, pois houve o remanejamento de vários profissionais e a própria agenda das ações da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMSDC/RJ desviaram a atenção do processo. A partir daí, novos profissionais vieram para completar o quadro, onde foram treinados e envolvidos no processo e as atividades foram retomadas.

Acompanhar o início e a retomada do trabalho estabelecido pelos profissionais tanto da USF Sereno como o BLH do HMHP, por um lado me ofereceu uma experiência implicada na estruturação de um processo de trabalho que teve oscilações em seu fôlego ao longo do tempo, por outro me sinalizou uma necessidade de compreender essa experiência a luz do conhecimento científico para que fossem discutidos os elementos que viabilizaram a interface das ações entre essas duas unidades e possibilitaram a expansão do trabalho para a rede de saúde do município do Rio de Janeiro. Ademais, dar visibilidade aos resultados exitosos alcançados pela parceria entre a atenção primária e a terciária no que se refere ao incremento do volume de leite humano doado para o BLH daquela maternidade.

1.2 Delimitação do Tema:

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-Br) desde 1998, se constitui em um programa do Ministério da Saúde que exerce papel de destaque frente às políticas públicas sobre aleitamento materno, exercendo um importante papel no cenário da saúde pública no Brasil. Sua missão, segundo a

Carta de Brasília 2015, diz que os BLHs desempenham uma função estratégica nas políticas públicas na 1ª. infância desde a promoção, proteção e apoio ao aleitamento, sendo este um direito compartilhado entre as mulheres e as crianças no marco da interculturalidade do país.¹

A rede opera com doação voluntária de leite humano, que é destinado para bebês pré-maturos, de baixo peso, internados em unidades de terapia intensiva neonatais UTIN. Além das atividades de coleta e processamento do leite humano ordenhado (LHO), os bancos de leite humano (BLH) integram atividades assistenciais e educativas para o público e também para os profissionais.¹

Acrescenta-se a isso, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), lançada em 1999, que ressalta a importância da Rede de Atenção à Saúde (RAS) se constituir em uma rede de apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Para tanto, deve-se incentivar e favorecer a prática do aleitamento materno (exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos ou mais) e a doação de leite humano em diversos serviços de saúde, de forma articulada aos BLHs, para ampliar a oferta de leite materno nas situações de agravos maternos e infantis que impossibilitem a prática do aleitamento materno.²

Cumprir destacar que à rBLH-Br é atribuído um papel de relevância e referência para a RAS, com a qual deve-se articular para o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no âmbito das populações. A rede vem experimentando um rápido desenvolvimento que demanda respostas do ponto de vista da sua gestão, tendo em vista a complexidade e amplitude das atividades que desenvolve. A implementação de

alternativas que universalizem o acesso ao conhecimento, em qualquer lugar onde existem BLHs em funcionamento, também implica novas formas de gestão.³

No caso em estudo, a busca pela solução do problema – o engurgitamento mamário devido a produção excessiva de leite humano pelas puérperas atendidas pela UBS (Unidade Básica de Saúde) – tornou-se oportunidade para cooperação entre uma unidade de atenção primária e uma unidade de atenção terciária, não programada precisamente pelos fluxos de trabalho até então observados, estreitando a comunicação do trabalho em rede entre diferentes níveis de atenção, tal como preconizada pela RAS.⁴

Diante desta questão, pretendemos pontuar e analisar o processo de trabalho através de uma parceria que se iniciou em 2007, entre o BLH do HMHP e a USF Sereno, na cidade do Rio de Janeiro, pretendemos compreender como o trabalho inter e intra equipes aconteceu dentro deste contexto.

Desta parceria, derivou uma ampliação e complexificação do processo de trabalho da USF Sereno que, a partir das demandas das mulheres que amamentavam seus filhos, assistidas nesta unidade, foram incentivadas pelos profissionais desta unidade a doar seu excedente de leite humano ao BLH da HMHP que era a maternidade de referência na época, para ser processado e distribuído para as UTIN e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal UCIN da maternidade. Este trabalho foi se consolidando e se expandindo para outras unidades através da sensibilização e treinamento das equipes de saúde da família (eSF).

A experiência fora considerada exitosa, pois em 2010, a SMSDC/RJ expandiu a proposta investindo em mais dez UBSs e criando a Rede de Postos de Recebimento de Leite Humano Ordenhado (PRLHO). Desta forma, observou-se que foi favorecida uma ação do BLH para as UBS do município, que operam dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A partir desta experiência, nota-se um demarcador de inovação dentro da rBLH-Br, onde a capilarização da rede se estendeu para as UBSs, sendo Clínicas da Família (CF) ou Centros Municipais de Saúde (CMS), locais onde desenvolveu-se um trabalho diferenciado frente ao cenário de políticas públicas de aleitamento materno, através de um processo de trabalho integrado em rede.

Essa experiência, onde se construiu um trabalho em rede e inovador, aponta caminhos que merecem ser avaliados e compreendidos. Tal experiência demandou ações em conjunto, que geram por sua vez, necessidades constantes, tais como o envolvimento dos gestores e a participação dos profissionais no planejamento das ações, elementos importantes para o desenvolvimento desta rede.⁴

2. JUSTIFICATIVA

A escolha deste tema foi devido a repercussão oriunda da experiência exitosa do processo de trabalho construído entre a USF Sereno e o BLH do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro - HMHP, com o apoio da Coordenação de Área Programática CAP 3.1 e da Gerência do Programa de Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do Rio de Janeiro.

A USF Sereno, atualmente Clínica da Família Aloysio Augusto Novis, tornou-se o 1º. Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado PRLHO, experiência que foi compartilhada em princípio com outras dez UBSs do município do Rio de Janeiro, cujas atividades estão sendo monitoradas pela SMS e, em processo de expansão e regulamentação.

Entre junho e julho de 2011, a unidade chegou a fornecer 40% da demanda do leite humano utilizado na maternidade, que foi de grande estímulo não só para as equipes de saúde da família (eSF), bem como para maternidade que tem necessidade de captação de leite para atender os prematuros internados em suas UTIN, em cumprimento a diretrizes assistenciais da RDC-ANVISA nº. DE 171, 2006.⁵

Sendo assim, cumpre ressaltar que os BLH e UBS em um trabalho contínuo em parceria, conseguiram potencializar as ações que promovem o aleitamento materno e, em caso de excedente por parte da lactante, a consequentemente a doação de leite.

No ano de 2014, na campanha nacional de doação de leite humano, o Ministério da Saúde lançou o desafio de aumentar em 15% a coleta de leite

humano ordenhado no Brasil.⁶ Diante disto, a Comissão Estadual de BLH do Rio de Janeiro vem trabalhando na construção de uma norma técnica para regulamentar as atividades desenvolvidas pelos PRLHO, pois reconhece a importância do trabalho desenvolvido nas unidades básicas que favorecem maior captação de leite humano para os BLHs

Segundo Gianini, uma boa interação com o BLH deve favorecer que este ofereça o leite da própria mãe ao recém-nascido pré-termo, e na impossibilidade desta oferta, o leite que mais se aproxime do dela, de mesma idade gestacional e cronológica, é o que seria interessante. Considerado como boas práticas em Neonatologia, a importância do leite humano se faz necessário como fator de proteção e desenvolvimento dos sistemas dos prematuros, na diminuição na incidência de patologias respiratórias e digestivas, na melhoria no padrão de crescimento, na função cognitiva, na prevenção da enterocolite necrosante, na sepse, e ainda, pode evitar intercorrências futuras como o surgimento de hipertensão, diabetes do tipo 2 e obesidade.⁷

Todo leite humano ordenhado e distribuído pelo BLH deverá ser obrigatoriamente pasteurizado, exceto se for o leite doado de mãe para seu próprio filho, caso esta não esteja contra-indicada a amamentação temporária ou definitiva de seu bebê. A distribuição do leite humano pelo BLH para o receptor segue critérios que atendem ao aporte energético e as características do quadro clínico de cada bebê. Através do sistema de controle de estoque do BLH, é feita uma análise comparativa das necessidades do receptor com as características do leite humano ordenhado pasteurizado (LHOP) estocado e liberado para consumo. Os frascos identificados devem corresponder melhor às demandas específicas do receptor. Esta metodologia de melhor adequação

do leite humano ordenhado pasteurizado pela rBLHR-Br confere ao LHOP a qualidade de alimento funcional, em função da totalidade de benefícios que oferece para o receptor, para além dos aspectos nutricionais.⁸

A importância da construção de estratégias para expansão da capacidade de captação e oferta de LHOP às unidades neonatais através do incremento dos estoques de LHOP na rede de bancos de leite, bem como de ações de apoio e promoção do aleitamento materno que influenciam no aumento dos índices de prevalência do aleitamento materno na população, reside na diminuição dos índices de morbidade e mortalidade infantis e de neonatos⁸ e na participação no conjunto de estratégias para o cumprimento da quarta meta do milênio estabelecida pela Organização das Nações Unidas - ONU em 2000, qual seja a redução da mortalidade infantil, até 2015 e que, no caso do Brasil, foi alcançada três anos antes.⁹

2.1 Relevância do Estudo:

Do ponto de vista político, este estudo é visto como relevante por considerar o nível local como um lugar também de construção concreta das políticas públicas pois, sem a adesão dos atores encarnados, as políticas não são implementadas, daí a importância de estratégias locais para formulação e implementação das mesmas.¹⁰

“O contexto da prática é onde a política está sujeita a interpretação e recriação e donde a política produz efeitos e consequências que podem representar mudanças e transformações significativas na política original. Para estes autores, o ponto-chave é que as políticas não são simplesmente “implementadas” dentro desta arena (contexto-prática), mas são sujeitas a interpretação para, então serem ‘recriadas’”.¹⁰

Do ponto de vista da assistência e gestão, o estudo visa contribuir para pensar em novas formas de gestão em Redes de Atenção em Saúde (RAS), a fim de atender as suas demandas, visando seu fortalecimento perante seus desafios quanto à fragmentação e à verticalização na construção do processo de trabalho.⁴

Consideramos, com isso, que este trabalho pode contribuir para compreender de que maneira se operacionaliza a co-gestão intra-instituição e entre instituições, tendo como dispositivos práticos para suas ações o acolhimento e o vínculo ligados às formas imediatas de cuidado social e individual.¹¹

Na literatura, até o momento, são poucos os relatos de pesquisa que tragam contribuição no trabalho feito entre gestão e processos de trabalho em rede entre bancos de leite e unidades de ABS e quais seriam os seus limites e possibilidades. Daí a proposta que ora apresentamos.

2.2 Contexto da Pesquisa:

A extinta USF Sereno, Paz e Fé, que posteriormente passou a se chamar em Centro Municipal de Saúde - CMS Sereno, foi uma das primeiras USFs da CAP 3.1 do Município do Rio de Janeiro. Foi inaugurada em agosto de 2004 e localizava-se à rua Frei Gaspar 186, no bairro Penha Circular. A população adscrita abrangia as comunidades Sereno, Fé, Paz e parte da Caixa D'água, com 6.361 cidadãos/ 1.791 famílias cadastradas.¹²

Na unidade havia 2 consultórios, sala de procedimento, sala de vacina, sala de reunião, farmácia, hall de entrada (sala de espera), 2 consultórios dentários, escovário, pátio, banheiros, copa-cozinha e esterilização.

Quanto à composição das equipes, eram duas equipes mínimas de saúde da família com médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde (ACS), em cada equipe. Contava também com uma equipe de saúde bucal com 1 dentista e 1 auxiliar de saúde bucal.

As equipes foram treinadas pela Secretaria Municipal de Saúde nas atividades voltadas para a promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno com vistas a se tornar uma IUBAAM (Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação) em 2005.

IUBAAM tem por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização das unidades básicas de saúde para a adoção dos “Dez passos para o Sucesso da Amamentação”. A IUBAAM delinea um importante papel de suporte as unidades básicas de saúde, em conjunto com os hospitais, podem desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e bem estar dos bebês, suas mães, família e comunidade local. SES-Resolução 2673, 02 de março 2005.¹³

Mesmo sem obter o título, permaneceram as atividades de rotina como grupo de gestantes, visitas domiciliares, acolhimento mãe e bebê as ações voltadas para aleitamento materno.

Algumas mulheres chegavam à unidade com a demanda de cuidados em virtude da mama ingurgitada pelo excesso de leite, precisando de ordenha de alívio. No atendimento a essa demanda, as mulheres expressaram seu desejo de doar o leite devido ao excedente produzido que quase sempre era desprezado. Os profissionais da unidade entraram em contato com o serviço do Bombeiro Amigo, que na época fazia o transporte do domicílio das doadoras para o BLH do Instituto Fernandes Figueira (IFF), porém os bombeiros por

medida de segurança, não realizavam este serviço, devido ao local ser considerado área de risco à circulação de profissionais militares, no qual frequentemente entrava em conflito.

Os profissionais empenhados em responder a essa demanda, entraram em contato com o grupo de apoio Técnico da CAP 3.1 e com profissionais do BLH mais próximo da unidade, no caso, o situado do HMHP que ambos acolheram as equipes da USF Sereno para orientá-los como eles poderiam ajudar as mulheres para que elas pudessem ordenhar suas mamas, coletar e armazenar o excedente de leite que seria transportado para o BLH a fim de ser pasteurizado e destinado aos recém nascidos pré-termo, cujas mães estavam impossibilitadas de ofertar o próprio leite para seus filhos naquele momento.

Em 2007, quando iniciou a parceria entre USF Sereno e HMHP, a demanda por cuidados por parte das mães e a explicitação do desejo de doar o próprio leite levou a uma negociação com diferentes atores, como os profissionais da unidade básica, para atendimento desta demanda o que resultou numa experiência bem sucedida no estabelecimento de uma relação do BLH com a unidade, vale dizer, entre os níveis primário e terciário de atenção.

Ao longo do estudo será utilizada a nomenclatura de Unidade de Saúde da Família USF, apresentada pela Política Nacional de Atenção Básica-PNAB 2006, conforme era designada a unidade Sereno na época, quando se deu início desse processo em 2005. A atual PNAB 2011, traz uma nova estrutura de Unidades de Básicas de Saúde-UBS com equipes de Saúde da Família-eSF.¹⁴

Em 2011, as duas equipes da unidade Sereno foi incorporada a Clínica da Família Aloysio Augusto Novis, situado no mesmo bairro, com mais 4 eSF, aumentando o quadro de profissionais e a área de abrangência. As atividades como posto de recolhimento de leite humano ordenhado PRLHO se mantiveram com o treinamento das equipes e, em 2013, a unidade ganhou a certificação de IUBAAM.

Consideramos o PRLHO como um serviço vinculado a uma UBS que tem a função de captar leite materno ordenhado pelas lactantes em domicílio e recolhido pelos profissionais até a unidade para ser armazenado e transportado para o BLH de referência. Convém destacar a importância de garantir a qualidade do LHO mediante ações de avaliação das condições de saúde da mulher doadora e rastreabilidade do produto doado pelo PRLHO.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar a experiência entre a unidade de saúde da família Sereno e o banco de leite humano do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, destacando a interface entre os níveis de atenção primário e terciário.

3.2 Objetivos Específicos:

- 1) Descrever a interação entre as equipes de saúde da família, as usuárias e o banco de leite, nas ações voltadas pra assistência em aleitamento materno.
- 2) Analisar a interface entre a unidade de saúde da família e a maternidade do ponto de vista do trabalho em rede.
- 3) Discutir estratégias construídas pelos atores envolvidos na atuação da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como expressões das proposições políticas mais amplas deste campo.

4. CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

4.1 Macro e Micro Políticas:

Defendemos a importância da análise do contexto em que a inovação produzida pelos atores das unidades de saúde aqui estudadas. Isto porque tal inovação favoreceu o rearranjo da dinâmica das relações entre unidades de atenção primária e terciária ou de alta complexidade, no que se refere ao aleitamento materno e a captação de leite humano no município do Rio de Janeiro.

No esforço pela compreensão de como políticas de âmbito global são apropriadas no nível local e vice-versa^{15,16}, elaboram uma proposição teórico-metodológica de uma abordagem de ciclo de políticas, no qual enfatiza os processos micropolíticos e a ação dos profissionais que lidam com o nível local e indica a necessidade de se articularem os processos macro e micro na análise de política. Os autores consideram que as fases de formulação e implementação de políticas não podem ser separadas e que as disputas e embates não podem ser ignorados, pois reforçam a racionalidade do processo de gestão.¹⁰

Os autores consideram dois estilos de texto apresentado por Roland Barthes (readerly e writerly) para distinguir em que medida os profissionais estão envolvidos na formulação e na implementação de políticas. O texto readerly (prescritivo) limita a produção de sentidos pelo leitor que assume o papel de consumidor inerte. Em contrapartida, um texto writerly (escrevível) envolve o leitor como co-produtor, como um interprete criativo. O leitor é convidado a preencher as lacunas de um texto. Para Ball e Bowe é vital conhecer estes dois

estilos, pois são processos de formulações políticas que se dá em contínuas relações e com variedade de contexto.¹⁰

Os autores propuseram um ciclo contínuo constituído por em três contextos, a saber: o da influência, o da produção e o da prática.^{15,16}

O contexto de influência se refere ao contexto em que as políticas públicas são iniciadas e os discursos políticos são construídos.¹⁰ Neste contexto, se dão os debates públicos mais ampliados com a atuação de redes multidimensionais e a participação de diversos atores. Não fica restrita somente a participação de membros do governo central, mas de atores com uma capacidade de influência mais ampliada, como por exemplo, especialistas de um determinado campo, organismos internacionais e organizações não governamentais. É neste contexto que os conceitos adquirem legitimidade e formam um discurso de base para a política.¹⁵

Já o contexto de produção se refere à produção do texto. Os textos políticos representam a política. Estas representações podem tomar várias formas: textos oficiais e textos políticos, comentários formais ou informais sobre os textos oficiais, pronunciamentos oficiais, vídeos e outros. Os textos políticos são resultados de disputas e acordos, pois os grupos atuam dentro de diferentes lugares de produção dos textos competem para controlar as representações das políticas.¹⁰

O contexto da prática como o contexto em que os efeitos das proposições políticas se concretizam, são vividas e é possível observar que, ora sua materialidade se apresenta de mais ou menos próxima, mais ou menos resistente às proposições políticas emanadas pelo contexto de influência. Daí,

o ciclo de política se constituir em uma rede complexa de relações com um potencial de influência fluido, não fixo, descentralizado, multi-direcional.¹⁰

O contexto da prática é onde a política está sujeita a interpretação e recriação e onde a política produz efeitos e consequências que podem proporcionar mudanças na política original.¹⁰ As políticas não serão simplesmente implementadas, mas estão sujeitas a reinterpretação, representadas diferentemente uma vez que as histórias, experiências, valores e interesses são diversos. A questão é que os autores dos textos políticos não podem controlar o significado de seus textos.^{15,16}

Compreender a dinâmica de apropriação das proposições políticas mais ampliadas ao nível local dentro desta perspectiva, favorecerá as análises da micropolítica entre os atores das unidades em estudo, com o contexto sócio-histórico onde este está inserido e como a inovação local produzida influenciou o contexto político mais ampliado.

Artmann e Rivera¹⁷ defendem que o cuidado humanizado depende de uma organização no nível macro, como as políticas de saúde e os modelos de atenção e de uma construção do cuidado no nível micro, ou seja, na prática diária dos serviços seja relação profissional e usuário, profissional e profissional, serviço e serviço, numa rede de atenção coerente, efetiva e resolutive.

Estas dimensões precisam ser articuladas para que a atenção e o que cuidado seja ofertado de forma integrada e humanizada e, para tanto, é preciso enfrentar desafios seja no nível macro, seja em termos de recursos em quanto

vai ser investido pelo Estado no Sistema Único de Saúde - SUS, até os desafios práticos de como organizar essa atenção.¹⁵

4.2 Conceitos de Rede e Rede de Atenção à Saúde (RAS):

O conceito de rede tem sido desenvolvido em vários campos como a sociologia, a administração, a psicologia social e a tecnologia de informação

Compreendemos então, as redes são formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de certa autonomia. As propostas de redes no suporte a políticas públicas têm sido adotadas a partir da década de 90 para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, com proposta de ser substituída por uma estrutura mais flexível, aberta a compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados.¹⁸

Rede também pode ser vista como um conjunto de relações onde os indivíduos constituem os nós, significando transformação de ideias sobre organização social. A rede social é construída por vínculos de diversas naturezas entre indivíduos, grupos e organizações, construídas ao longo do tempo e que estão em constante interação e transformação.¹⁹

As redes são mediadas por atores sociais que buscam entender de maneira compartilhada uma realidade social. De maneira interativa, eles se apropriam do conhecimento dos problemas sociais e de sua solução. Nas redes, os objetivos são definidos coletivamente, articulam pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas, respeitando a autonomia e a diferença de cada membro. Com isso,

as redes constituem uma forma de tornar eficaz a gestão das políticas sociais, otimizando a utilização de recursos disponíveis.¹⁹

Ainda segundo Maia³, há o reconhecimento de que existe na rede uma interdependência, portanto, entre aqueles que dela participam, pois tomam parte de um mundo integrado, indissociado de sua inserção social.

As principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos, a legitimação e *status*, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permitindo reduzir as incertezas nas políticas e nos programas, as relações de intercâmbio possibilitam redução dos custos e melhoria na qualidade.²⁰

Dito isso, no âmbito do setor saúde no Brasil, a RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.⁴

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária a saúde – APS pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.⁴

Para que esta RAS seja eficaz a atenção básica precisa cumprir algumas funções dentre elas: ser a modalidade de atenção em serviço de mais alto grau de descentralização e capilaridade e ser resolutiva, ou seja, identificar

riscos, necessidades e demandas em saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos e intervenções clínicas sanitárias de modo efetivo, a fim de ampliar os graus de autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais.¹⁴

O paradigma de rede também é aplicado à organização de sistemas regionais de saúde, referindo-se à necessidade de um consenso comunicativo para ação coordenada e interdependente dos serviços. Caracterizam aqui redes como sistemas não hierárquicos, essencialmente cooperativos, intensivos em informação e comunicação, em que se destaca a permanente busca de reconhecimento do outro. Esses autores contribuem para estabelecer uma sólida vinculação entre políticas e práticas de saúde e agir comunicativo.²¹

Estudos desenvolvidos na França e no Canadá falam da necessidade de um modelo de organização baseado em rede, onde o processo de mudança passa por novas formas organizacionais submetidas ao contexto e microdinâmica do processo de trabalho. O desafio seria criar uma forma organizacional flexível e estruturada em torno de uma variedade de pequenas unidades semi-autônomas adaptadas a sua dinâmica e suas singularidades. Para isso, os autores consideram como altamente positiva a entrada de atores regionais que passam a disputar a influência e poder que podem colaborar para equilibrar os interesses local e central, através de uma liderança coletiva.²²

As tendências de planejamento e gestão em saúde no Brasil, especificamente de grupos como os da Faculdade de Medicina de São Paulo têm se diferenciado por reflexões sobre o processo de trabalho em saúde. Consideram que a busca da integração entre serviços básicos e hospitalares

depende basicamente do estabelecimento de processos comunicativos à ação programática. A ênfase a formas multidisciplinares de trabalho em equipe, de forma que enseje assim condições para uma abordagem mais integrada e coordenada do atendimento.²³

Maia³ aponta a necessidade de inclusão de novos atores que interajam com rBLH-Br por meio de difusão e formação de redes de inovação, a fim de aumentar a cooperação e os elos de integração da rede.

4.3 Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus:

O Planejamento Estratégico Situacional – PES foi idealizado por Matus, autor chileno, a partir da sua vivência como ministro da área econômica do governo de Allende, no período de 1970-1973. O PES surge no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo adaptado nas áreas da saúde e educação.²⁴

O PES dá ênfase ao reconhecimento da complexidade e da incerteza que caracterizam os processos sociais, onde os problemas se apresentam em sua maioria não estruturados, onde nenhum ator detém o controle total das variáveis envolvidas na situação.²⁴

Segundo Rivera e Artmann²³, o planejamento faz parte das ações cotidianas e por meio dele, busca-se compatibilizar um conjunto diversificado de ações e recursos para o alcance de objetivos, além da melhor forma de utilização de recursos escassos. Além disso, o planejamento é contextualizado numa realidade histórico social, no qual interagem problemas e atores com diferentes visões de mundo o que supõe o reconhecimento de conflitos. Este

reconhecimento de divergências e conflitos leva à concepção do planejamento como interativo e estratégico, exigente em criatividade já que os problemas não possuem soluções previamente definidas e é preciso criar e inovar no enfrentamento dos problemas complexos da realidade social. Num momento de reconstrução da democracia, é possível a busca de práticas dialógicas, buscando consenso entre diferentes atores com governabilidade sobre a situação problemática, para enfrentamento dos problemas.²³

Embora o método tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central, global, seu formato flexível possibilita a aplicação nos níveis regionais e locais. Neste caso, o PES requer adaptações de forma a não simplificá-lo, mantendo seus principais fundamentos teóricos-metodológicos com adaptações propostas, sendo algumas já adotadas e testadas em experiências de planejamento em nível local.²³

O PES é um método de planejamento por problemas, principalmente os ditos mal estruturados e complexos para os quais não existem soluções normativas ou previamente conhecidas. Os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões – política, econômica, social e cultura, e em sua multissetorialidade e da interação de diversos atores.²³

O conceito de problema trabalhado é visto não apenas como um “mal-estar”, mas o problema suscita a ação. É uma realidade insatisfatória superável que permite intercâmbio favorável com outra realidade, onde os problemas não são resolvidos, mas produz um intercâmbio positivo de problemas.²³

O problema precisa ser declarado por um ator, que segundo Matus, precisa obedecer a 3 critérios: ter base organizativa, ter projeto definido e controlar variáveis importantes para situação.²³

O ator é aquele que assina o plano, que controla variáveis relevantes para situação. Além do ator principal outros atores que controlam recursos ou variáveis importantes devem ser consideradas.²⁴

Os problemas semi ou quase-estruturados, que mobilizam vários atores, não são facilmente isoláveis, pois dependem na sua geração de outros problemas, com os quais se entrelaçam e dependem de uma abordagem multissetorial. No âmbito da saúde da população, temos inúmeros exemplos de problema semi-estruturados, pois articulam âmbitos diversificados como saneamento, habitação, renda, educação, etc.²³

Segundo Matus apud Artmann²⁵ a estratégia representa o que é importante para alcançar um objetivo futuro transcendente e o modo de lidar ou cooperar com o outro em um jogo para vencer suas resistências ou ganhar a sua colaboração. Estratégia também é concebida em uma forma imaginativa de formular objetivos e dissolver as dificuldades apresentadas por outros atores e circunstâncias para alcançar mudanças.

A estratégia exige a análise de diferentes tipos de recursos (políticos, econômicos, cognitivos, organizativos, etc) e este cálculo está sempre permeados de incertezas porque a estratégia implica na interação criativa entre dois ou mais atores.²⁵

São basicamente 3 tipos de estratégia: cooperação, cooptação e conflito. A primeira supõe negociações para encontrar caminhos comuns de

ação, onde os atores cedem parte de seus interesses em benefício do resultado esperado. A segunda implica que um ator social conquista a vontade de outros atores, seja por seu peso político, por sua argumentação ou pela força da sua ideologia. A terceira leva a medir forças e pode ser exemplificada por meio do voto quando não se chega a um acordo consensual.²⁵

A estratégia é necessária tanto para as operações que exigem cooperação com outros atores como para as de oposição e confronto e a escolha da melhor estratégia depende do tipo das operações e da relação de forças, ou seja, dos recursos que cada ator pode mobilizar a seu favor.²³

As estratégias devem ser voltadas para os atores contrários a ação ou para os indiferentes, visando a busca de apoio. Melhor é investir em estratégias de negociação e cooperação na busca de maior apoio e legitimação para os projetos.²³

No momento estratégico no PES consiste em avaliar a viabilidade do plano articulando o necessário, o possível, e a criação de possibilidades. A análise de viabilidade considera 3 planos de eficácia: decisão, operação e permanência, ou seja, na produção, realização e reprodução das operações.²⁵

Ao considerar os 3 planos de viabilidade de decisão, operação e permanência, ou seja, a capacidade de decidir sobre a realização de um projeto, de operá-lo com eficácia e fazer com que tenha uma duração eficiente em relação ao seu objetivo, procede-se a análise de viabilidade.²⁵

A análise de viabilidade avalia o grau de motivação dos atores frente às operações do plano, registra o interesse e o valor que lhe atribuem e grau de

controle dos recursos necessários à implementação das operações e ações por parte do conjunto de atores que os apoiam e que os rejeitam.²⁵

Contudo, uma questão fundamental na abordagem do PES é a criação de viabilidade e a não paralização frente à situações inicialmente consideradas não viáveis. Por isso, as categorias matusianas e o enfoque do PES adaptado à situação de saúde por autores como Rivera e Artmann, podem ajudar na análise e compreensão do processo ocorrido na USF Sereno, objeto de nosso estudo.

4.4 Aleitamento Materno e Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano:

O cenário mundial sobre amamentação no século XXI, traz evidências mais forte que nunca de que a amamentação traz benefícios substanciais para crianças e mulheres, tanto em países de baixa renda, quanto de alta renda. No entanto, apesar do volume crescente de evidências as taxas globais de amamentação não aumentaram significativamente nas últimas duas décadas. Os índices de amamentação exclusiva entre crianças com menos de seis meses estão bem abaixo de 50% na maioria dos países.²⁶

O Brasil adota as recomendações internacionais, indicando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida ou mais. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN 2012 aponta para que aleitamento materno seja a primeira prática alimentar dos indivíduos e que esteja inserida em um conjunto de práticas que favorecem o desenvolvimento adequado das crianças com significativo diferencial em relação a outras práticas alimentares na infância.²

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, 95% das crianças brasileiras foram alguma vez amamentadas, mas esse percentual cai drasticamente ao longo dos dois primeiros anos de vida.²⁷ Segundo a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno no Conjunto das Capitais Brasileiras e DF, realizada em 2008, a mediana de aleitamento materno exclusivo foi 54 dias e a mediana do aleitamento materno total que deveria ser de 24 meses, foi 341,6 dias (11,2 meses). Segundo a pesquisa, em 2008, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses era de 41%.²⁸

Dentre as estratégias propostas pelo governo para reduzir a mortalidade neonatal, o incentivo ao aleitamento materno é uma ação fortemente eficaz. Estudos mostram que aleitamento materno no primeiro dia de vida reduz em 16% a mortalidade neonatal e 22% a mortalidade na primeira hora de vida.²⁹

A história do aleitamento materno no Brasil foi baseada em uma construção de determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais. Antes de 1985, os bancos de leite humano no Brasil tinham o objetivo de coletar e distribuir leite humano para atender a casos considerados especiais, como prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas. As doadoras em sua totalidade eram pobres e o leite era comercializado. Além disso, o leite era distribuído, principalmente cru, sem receber qualquer tipo de tratamento. Não havia intervenção em favor da amamentação, mas simplesmente o fornecimento de leite humano.³⁰

A partir de 1981, com o desenvolvimento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM, iniciou-se uma mobilização social

em favor da utilização do leite humano, servindo de estímulo para implantação de novos BLHs.³⁰

Já em 1985, se inaugura uma ruptura paradigmática no funcionamento dos BLHs no Brasil, com a incorporação da promoção da amamentação às ações assistenciais no âmbito de atuação das BLH. A coleta, o processamento e a distribuição do leite passaram a assumir um caráter secundário, e o grupo de doadoras passou a compor-se exclusivamente de voluntárias.³⁰

A partir dessa mudança de paradigma, destaca-se a publicação da primeira legislação regulamentando a implantação e o funcionamento dos bancos de leite em todo território nacional – Portaria MS 322/88 – que previa um programa de capacitação de recursos humanos, a produção de material institucional, como produção de revistas, das normas técnicas, dos manuais de rotina para o funcionamento dos BLHs e encontros nacionais de BLHs.³⁰

A eficácia dos BLHs no cenário das políticas públicas em favor da amamentação foi evidenciada pela proposição em âmbito internacional da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança – IHAC da qual o Brasil se tornou signatário.²⁹

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC – foi idealizada em 1990 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. A IHAC somou-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS), coordenado pelo Ministério da Saúde para:

- informar profissionais de saúde e o público em geral;
- trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando;
- apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno;
- combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras.

Pelo crescente reconhecimento do papel relevante dos bancos de leite no cenário de políticas públicas voltadas para o aleitamento materno, em 1998 consolidou-se a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano – rBLH-Br.³⁰

Segundo Maia³, a rBLH-Br é considerada como um conjunto de instituições que atuam, direta e indiretamente, nas ações de promoção do aleitamento materno, coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição de leite humano processado e pasteurizado, operando de forma autônoma e sem hierarquia formalmente estabelecida.

A rBLH-Br é resultado da construção de uma estratégia para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional em crianças nos seus primeiros anos de vida, relacionadas à atenção básica quanto às demandas próprias das esferas dos estados e dos movimentos locais.³⁰

A fim de contribuir para aumento da incidência da amamentação no país e reverter este quadro frente o desmame provocado pela mídia e pela indústria, foi que a rBLH-Br teve um papel primordial no desenvolvimento de tecnologia e formação dos profissionais capacitados para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.¹

Em março de 2016, a rBLH-Br operava com 218 bancos de leite humano (BLH) e 144 postos de coleta (PCLH) no Brasil. No Estado do Rio de Janeiro são 17 BLHs e 4 PCLH.¹

No município são 11 BLHs, 3 PCLH e 16 postos de recebimento de leite humano ordenhado (PRLHO)³¹. Este último sem uma legislação específica para suas ações.

No contexto da saúde pública atualmente, a função dos BLHs é atuar como uma estratégia de segurança alimentar e nutricional para qualificação da

atenção neonatal e a redução da mortalidade infantil. O impacto positivo da amamentação natural e dos BLHs que oferecem LHOP para recuperação de recém-nascidos internados em unidades neonatais e na assistência às mães em fase de aleitamento aponta que, em longo prazo, o resultado obtido com a estratégia é a redução da morbi-mortalidade infantil, com ênfase na preservação da vida e da saúde de bebês, com evidente reconhecimento nacional sobre os avanços na saúde infantil obtidos pela sua implementação.¹

Dentre as políticas que favorecem o aleitamento materno o Mais Saúde – Direito de Todos, destaca a necessidade de estimular o aleitamento materno, aumentando em 15% ao ano o número de BLHs.³²

4.5 Promoção da Amamentação na Atenção Básica:

A Atenção Básica em Saúde - ABS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, buscando o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas.¹⁴

A capacidade de acolhimento, de vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para efetivação da Atenção Básica, na qual,

deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde-RAS.¹⁴

A Política Nacional de Atenção Básica, PNAB 2011 considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Esta política tem na Estratégia de Saúde da Família - ESF o modelo prioritário para expansão, qualificação e consolidação da atenção básica.¹⁴

No Brasil, a rede de atenção primária é pública e disponível para maioria das mulheres e constitui-se por ser a principal responsável por acompanhar gestantes, puérperas e seus respectivos filhos nos primeiros anos de vida. A gestação é etapa chave para promoção do aleitamento materno, pois é neste período que a mulher define padrões de alimentação que espera praticar com seu filho. Após a alta da maternidade, o acompanhamento pediátrico e a puericultura são etapas chaves para o apoio a manutenção da amamentação.³³

De forma específica, no Rio de Janeiro foi criada em 1999 a Iniciativa Básica Amiga da Amamentação - IUBAAM e vem sendo implementada pela Secretaria Estadual de Saúde com o apoio do Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno SES-RJ/PAISMCA e dos Pólos Regionais, como as secretarias de saúde e as Coordenações de Área Programática-CAPs.¹³

Até o presente momento, abril 2016, no Município do Rio de Janeiro temos 31 UBSs e no Estado 109 UBSs credenciadas com a implantação da IUBAAM.³¹

Estados como o Paraná e o Rio Grande de Sul, e municípios como Santos, Marília, São Carlos, Maceió e Uberlândia estão também iniciando a implantação da IUBAAM.³⁴

Uma revisão sistemática da literatura, identificou ações efetivas na promoção, proteção, e apoio à amamentação na rede básica de saúde e se tornou base para a criação da IUBAAM que propõe os 10 passos para o sucesso da amamentação. Dentre esses 10 passos se destaca a capacitação dos profissionais, por meio de ações integradas na assistência.³⁵

Desta forma, o curso ministrado para uma UBS se tornar uma IUBAAM pretende formar os profissionais para informar sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo, sobre livre demanda e continuado e sobre como o leite é produzido, escutar as preocupações e dúvidas das mulheres quanto a amamentação e prestar ajuda no manejo, alertar quanto ao uso de bicos e mamadeiras e chupetas, orientar quanto aos métodos de contracepção adequados.³⁴

As estratégias de condução desses procedimentos são os grupos de gestantes, as visitas domiciliares, grupos de mães e atendimento individual pré e pós-natal, proporcionando o apoio face a face à amamentação e envolvendo os familiares neste apoio. As atividades do grupo de gestantes conduz a oportunidade destas mulheres compartilharem em grupo suas expectativas, experiências e vivências em relação à amamentação, que combinada com a orientação dos profissionais de saúde, pode prevenir dificuldades e permite a estas mulheres lidar com a ansiedade e insegurança e eventuais problemas relacionados ao aleitamento materno.³⁴

Czerina, traz a ideia de promoção que envolve a capacidade de fortalecimento individual e coletivo para se confrontar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, estando atenta às diferenças e singularidades dos acontecimentos. Sendo assim, para trabalhar com a construção da ideia de promoção da saúde era necessário reconfigurar a (educação) comunicação das práticas em saúde.³⁶

A fim de contribuir para ações estratégicas voltadas para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar na atenção básica, em 2013 o Ministério da Saúde criou a Estratégia Amamenta e Alimenta que visa qualificar as ações de promoção ao aleitamento e alimentação complementar para crianças menores de dois 2 anos e aprimorar as competências e habilidade dos profissionais para as estas ações. A implementação da estratégia é por meio de oficina de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas UBSs.³⁷

O objetivo das oficinas de trabalho é discutir a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável com as equipes de saúde da família e incentivar a pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, de acordo com a realidade local e; estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação.³⁷

No município do Rio de Janeiro, várias UBSs vêm sendo credenciadas como IUBAAMs, participando com os BLHs de uma rede integrada de cuidados que busca melhorar os indicadores da atenção materno-infantil e aumentar a prevalência do aleitamento materno.³⁵

5. PRESSUPOSTO

A dinâmica do processo de trabalho da extinta Unidade de Saúde da Família Sereno e sua interação na rede de saúde em seu sentido mais ampliado, ressignificou seu papel e contribuiu para um rearranjo da relação atenção primária e terciária de atenção no âmbito do aleitamento materno no Município do Rio de Janeiro.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Desenho do Estudo:

Trata-se de um estudo de caso retrospectivo com foco na análise de como ocorreu a apropriação na implementação de políticas em saúde, no caso, as políticas de aleitamento materno do qual a rBLH-br faz parte, desenvolvida em âmbito local como foi na unidade de saúde da família.

O estudo de caso é uma estratégia de investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser dissociado de seu contexto,³⁸ o que o torna bastante adequado para a compreensão da mudança da dinâmica que se sucedeu no âmbito da rBLH-br, a partir das proposições de uma das UBSs que tomava parte da própria rede.

Segundo Minayo,³⁹ os estudos de caso descrevem e analisam o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação ou fenômeno em questão, sendo útil para gerar conhecimento sobre características significativas de intervenções. Ajudam também a compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta, como eles influenciam e como são apropriadas pelas realidades locais e vice-versa.

Neste estudo, analisamos os eventos disparadores que motivaram o esforço e a construção de estratégias por parte dos atores participantes da unidade de saúde em estudo, que resultaram em um rearranjo da dinâmica de seu processo de trabalho e compreensão de seu papel no cuidado e na atenção das mulheres e famílias frequentadoras da unidade, a partir das categorias norteadoras do PES.

6.2 Técnicas de coleta e Análise dos dados:

Diante dos objetivos relacionados a este estudo, foram utilizadas distintas técnicas de coleta e análise, buscando explorar um certo espectro de opiniões disponíveis às diferentes representações sobre o assunto em questão.

Foram utilizadas entrevistas com roteiros semi-estruturados e grupo focal para coleta de dados.

A entrevista é uma conversa com finalidade por iniciativa do entrevistador.⁴⁰ No caso, a finalidade era conhecer a organização do serviço, caracterização da equipe e do estilo de gestão, modelo da organização e estruturação do cuidado, mas também a compreensão destes aspectos pelos atores implicados no processo, sua interpretação acerca da trajetória que a unidade construiu naquele momento e que resultou na expansão do modelo proposto.

O grupo focal é definido como modalidade de entrevista em grupo, onde as falas de um são confrontadas com as dos outros.⁴⁰ Os grupos focais podem favorecer o acesso do pesquisador à produção de sentidos construídos coletivamente pelos atores que participaram de uma experiência comum.⁴¹

As entrevistas e o grupo focal foram realizados com informantes-chave relacionados em função da importância de sua participação na experiência, do grau de conhecimento para o fornecimento da maior diversidade de informações estratégicas a respeito do tema em estudo.

Todos participantes, após serem informados sobre os objetivos e estrutura da pesquisa, concordaram em assinar os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Também foram assinados os termos de autorização pelos gestores locais onde foi realizada a coleta.

Ambas as técnicas foram realizadas em ambientes fechados, foram gravados e transcritos, organizados e analisados, segundo as categorias propostas.

Para o terceiro objetivo, também foi realizada uma análise documental sobre as políticas públicas de aleitamento materno, atenção básica, estruturadas segundo a lógica de rede em saúde, e outras relacionadas ao planejamento e à avaliação de ações estratégicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS, como, por exemplo, a Estratégia Amamenta e Alimenta, Estratégia de Saúde da Família, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Humanização, dentre outros.

A análise dos textos políticos tomou por base a análise documental segundo Severino⁴², onde serão utilizados conteúdos dos textos que ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, sendo matéria prima de investigação e análise do pesquisador.

Objetivos Específicos	Técnica de Coleta	Técnica de Análise
1) Descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família e o banco de leite.	Entrevista Grupo Focal	Análise de discurso
2) Analisar a interface entre a unidade de saúde da família e a maternidade do ponto de vista do trabalho em rede.	Entrevista Grupo Focal	Análise de discurso
3) Discutir estratégias construídas pelos atores envolvidos na atuação da rede de promoção, proteção e	Entrevista Grupo Focal	Análise de discurso

apoio ao aleitamento materno, como expressões das proposições políticas mais amplas deste campo.	Análise Documental	Técnica proposta por Severino (1993)
--	--------------------	--------------------------------------

Para a análise das entrevistas individuais e grupo focal, adotamos as seguintes etapas no processo analítico:

1ª) etapa: leitura geral flutuante das entrevistas e impregnação dos depoimentos, visão do conjunto e apreensão das particularidades do material. Após a leitura, identificação dos temas que podem expressar os depoimentos dos entrevistados.

2ª) etapa: identificamos trechos de depoimentos dentro das categorias prévias ancoradas no referencial teórico de Matus: problema, ator, estratégia, construção e análise de viabilidade (os três tipos, decisão, operacionalização e permanência).

3ª) etapa: Identificar novas categorias nos depoimentos (categorias emergentes – que surgem ao longo das entrevistas)

4º) Analisar à luz dos objetivos do estudo os resultados das entrevistas.

5º) Análise do grupo focal

6º) Triangulação do material à luz do referencial teórico dos estudos e seus objetivos

O estudo de caso é um método exploratório por definição, que não só permite mas favorece a triangulação de técnicas diferentes para conhecimento profundo do caso a partir de diversos prismas. Para isso, utilizaremos a análise documental em políticas públicas em aleitamento materno e a análise de discurso.

Compreendemos o discurso como espaço de interação entre a linguagem e a prática social. A análise de discurso considera o texto ou a fala, não como externo, mas parte constitutiva da historicidade inscrita, não negligencia a relação do texto e seu entorno.⁴³

O objetivo básico da análise de discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão dos significados do texto, visando compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos. Sendo assim expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as formas de relação são produzidas.³⁹

Podemos considerar 3 aspectos constitutivos do discurso: 1º) O discurso contribui para a construção da identidade social e posição do sujeito/ator; 2º) contribui para construir as relações sociais entre os atores; 3º) contribui para a construção de sistemas de conhecimentos e crenças.⁴⁴

Para exploração das entrevistas e grupo focal empregadas no estudo utilizamos a análise de discurso crítica (ACD). A ACD busca a análise de uma prática social, onde demanda ideais e valores que mobilizaram práticas.⁴⁴

No caso, consideramos crítica, pois analisamos a posição dos atores através de uma militância ancorada em valores e ideais, expressos em falas engajadas no contexto apresentado, que visaram produzir mudanças no processo de trabalho intra UBS e entre atenção básica e atenção terciária, no caso o banco de leite da maternidade e, por fim, nas ações políticas dentro da SMSDC.

Buscou-se considerar com o devido cuidado a implicação da pesquisadora, que participou do início do processo estudado, o que pode ser

lido como um limite, evitando ao máximo possíveis vieses de interpretação através da observação minuciosa das técnicas de coleta e análise do material.³⁹ A implicação foi considerada vantajosa do ponto de vista da boa relação da pesquisadora com os entrevistados.

7. RESULTADOS

7.1 Entrevistas:

Os entrevistados foram 8 no total: 4 profissionais da extinta USF Sereno, 2 nutricionistas do BLH- HMHP, 1 gestor da CAP 3.1 e 1 gestor do Gerência da Criança da SMSDC que vivenciaram a experiência inicial e que se dispuseram a participar da pesquisa.

A duração em média foi de 30 minutos para cada entrevista, que foram gravadas e transcritas. Após leitura dos registros, as falas dos atores entrevistados em relação à compreensão a respeito do processo experienciado, foram analisados à luz das categorias trazidas do referencial teórico, especialmente Matus e de outras categorias emergentes.

No quadro abaixo, apresentamos os resultados da entrevista com gestores e profissionais de saúde relacionando as falas destes com as categorias de análise.

Fala	Tema extraído	Categoria representada
<i>P3 - "Nesse movimento de promover o aleitamento materno, uma consequência é que as mulheres começaram a amamentar cada vez mais e começaram a apresentar engurgitamento, e começaram a procurar quem poderia socorrer quando tinham o excesso de leite, elas eram orientadas a fazer a massagem a ordenha do leite e aí o que a gente fazia com esse leite?"</i>	Produção excessiva de leite (engurgitamento)	Problema
<i>P1 - "...porque o nutricionista que é responsável pelo banco de leite ele tem que decidir quem é que está pior pra receber o leite porque não tem leite pra todo mundo "</i>	Falta de leite nas UTIs neonatais	Problema
<i>P1-"Imagina uma criança que nasce com 500g, 490g como nós vemos e depois essa criança chega com 1.900kg e esse leite doado não é doado só como comida, ele é usado tb como medicação, ele é altamente rico em imunizantes! Que é tudo que esse prematuro precisa para não ficar com tantas infecções, então é muito triste quando a gente tem que</i>	Leite como alimento funcional	viabilidade

<i>escolher pra quem a gente quer dar.”</i>		
<i>P1 - “Na verdade, naquela época a gente tinha muito pouco recurso, computador a gente só tinha um que nunca funcionava, planilha essas coisas eram todas feitas à mão, era difícil mesmo, não tinha caixa térmica, então nós comprávamos isopor, colocávamos garrafa pet com gelo no congelador pra colocar na caixa porque nem geloc a gente tinha na época! Insumos basicamente não tínhamos nada!”</i>	Falta de recurso	Problema
<i>P5 - “...houve uma desmobilização de alguns profissionais chave : P1 e P4 teve que sair e começou a amornar a história e não ter o fluxo que havia no início.”</i>	Desmobilização de profissionais chave	Problema e Ator
<i>.P6 – “Desde aquela época, X e Y pensava numa forma de como aumentar o número de doadoras, aumentar o estoque de leite, mas ninguém tinha isso muito claro . Até porque a atenção primária e a atenção hospitalar eram coisas muito distantes, não tinha ligação nenhuma .”</i>	Baixo número de doadoras	Problema
<i>P7 – “Porque a comunidade era violenta, às vezes a gente ia debaixo de chuva, descendo com o leite.”.</i>	Violência no território	Problema
<i>P6 – “Os outros bancos de leite não tem o mesmo volume de leite que o Herculano tem , porque não querem! Não querem abrir as suas portas do jeito que o Herculano abriu!”</i>	BLHs com pouca abertura	Problema
<i>P1- “Eu gostaria que as pessoas dessem mais atenção a isso, porque é um projeto tão legal, eu acho que tem tanto a contribuir! É tão pouco que você precisa fazer, o que você precisa pra montar um posto de recebimento? A boa vontade das pessoas, treinamento e um freezer! Eu acho muito pouco pra uma coisa que te dá tanto retorno!</i>	Dificuldade de investimento na rede postos de recebimento	Problema
<i>P5- “Uma deputada conseguiu um projeto de emenda parlamentar de 150.000 pra desenvolvermos esse projeto no município, mas isso nunca foi pra frente porque a Secretaria de Saúde não conseguiu em tempo hábil captar esse dinheiro junto a Câmara dos Deputados e é isso aí! Foram 150.000 que a gente poderia ter pra investir no projeto mas que foram perdidos em função dos prazos que se esgotaram.”</i>	Burocracia e descaso com verba destinada para as ações	Problema
<i>P6 - “O que eu penso de diferencial do Herculano são as pessoas eles tem um olhar diferente e muitas das pessoas que lá estão, já tiveram passagem pela estratégia, pela atenção primária”</i>	o que diferencia os profissionais	Ator
<i>P1 – “Nós já tínhamos um trabalho de amamentação como falei, tínhamos um grupo de gestantes e essa mulheres vinham com mama cheia e a gente que estava ali e eu como técnica, eu retirava esse leite e jogava fora e eu comecei a mostrar isso pra eles(ACS)!”</i>	Conscientização quanto ao desperdício do leite	Ator
<i>P1- “o ACS, por exemplo, a mulher estava na área dele com a mama cheia, então ele sensibilizava essa mulher pra ser uma doadora, além da gente sensibilizar na grupo, na consulta, a</i>	Sensibilização das mulheres	Ator

<i>enfermeira e o médico falavam, mas enfim era ele que estava mais próximo dessa mulher.</i>	para doação	
<i>P6 – “Os profissionais é pra bater palma de pé. Viraram parceiros desse modelo de A à Z, porque isso não acontece com o esforço individual, mas com uma equipe! As equipes do Sereno, as duas desejaram! Entenderam aquilo dentro de um diagnóstico local era uma necessidade e fizeram acontecer, todos da equipe: equipe técnica, agente comunitário supervisor da unidade.”</i>	Diagnóstico da necessidade local	Ator
<i>P7 - Nós nos mobilizamos, mobilizamos a população, inclusive teve mães e puérperas que chegaram lá dando mamadeira, e depois no fim elas falavam que o leite era o principal alimento e que não tinham necessidade de estar introduzindo outro tipo de alimentação, além do leite materno.</i>	Apropriação do conhecimento e divulgação	Ator/mobilização
<i>P3- “Então a P1, buscou junto com a equipe um apoio com o corpo de bombeiros que fazia parceria com o Fernandes Figueira, e faziam várias tentativas que o bombeiro fosse busca o leite no Sereno, mas como eles tinham a limitação de ser uma força policial não poderiam entrar numa comunidade, então eles tiveram a alternativa de pegar o leite e levar para o asfalto, para uma rua mais próxima.”</i>	Violência no território e falta de transporte	Problema e estratégia e viabilidade
<i>P1-“Fazíamos tudo com muito boa vontade! Os frascos a gente não tinha e nem recebia de lugar nenhum! A gente fazia era campanha na comunidade, a gente comprava, naquela época as pessoas ainda tinha os frascos de maionese, então todo mundo que comprava maionese sabia!”</i>	doação de material	Estratégia
<i>P1 - “Uma outra coisa é que o projeto do bombeiro amigo de pegar o leite na casa das pessoas é o mesmo projeto que gente faz, e esse projeto acabou! Então no momento que esse projeto acabou o que ficou foi o posto de recebimento!”</i>	PRLHO no lugar Bombeiro amigo	Estratégia
<i>P2 - “o pessoal descia a comunidade com a caixa isotérmica e se encontrava com agente, várias vezes, eu morava na Penha na época, descia pro banco, eu brincava que era o tráfico de leite, eu buscava e pegava esse leite, colocava numa bolsa térmica, pegava o ônibus de volta e vinha para o Herculano Pinheiro, ou então era eles que faziam isso! Traziam pra cá no ônibus, no carro de alguém, enfim, tudo pra que não se perdesse esse leite!”</i>	Estratégia para vencer a falta de transporte	Estratégia e engajamento
<i>P3 – “o governo tem que comprar esses frascos ! Isso não pode ser um problema’ .A minha resposta foi: ‘Tá! Mas a gente encara isso como uma possibilidade, com a possibilidade do frasco ser doado pela comunidade faz com que o assunto circule”</i>	Campanha para frascos	Problema e Estratégia
<i>P5 – “Uma estratégia da própria rede de incluir isso dentro as atividades de banco de leite humano e isso vai facilitar dar visibilidade e ajudar mais pessoas a desenvolver esse projeto, porque o resto logística a gente sempre vai ter</i>	Inclusão desse trabalho em outros BLH	Estratégia Rede/funciona-

<i>problemas, de transporte, cadeia de freezer, um freezer que quebrou , mas isso são coisas menores dentro de um espectro maior de funcionamento dessa rede.”</i>		mento
<i>P2 - “Eu sei que a unidade básica, trabalha muito com metas, eu ainda não entendo direito todas as metas, mas o que eu entendo é isso: é que não é uma meta! E como eles tem outras metas a cumprir, as muitas coisas que eles tem pra fazer, se eles não estão comprometidos, eles esquecem! Porque entra dengue, entra tuberculose, entram outras coisas !</i>	Cumprimento de metas em detrimento do aleitamento	Engajamento/ compromisso
<i>P2 - Então quando eles fazem o curso do IUBAAM, eles vem com outra mentalidade, principalmente os profissionais de nível superior ... quando eles se apropriam dessa informação, que é importante e os gestores também, o trabalho continua fluindo!”</i>	Treinamento para as ações em AM	Estratégia – Capacitação
<i>P3-“articulando a atenção primária com a atenção secundária e terciária, então é um tipo de experiência que não fica centrado na questão do aleitamento materno, na doação de leite humano, isso se expande para vários processos de cuidado.</i>	Articulação atenção primária e terciária	Rede Articulada
<i>P1 – “As mulheres que apresentavam qualquer problema tinham entrada bem livre na Herculano, pois fazíamos esse contato direto, que facilitou a vida da gente, então acho que a gente avançou muito nessa parceria com eles!</i>	Comunicação e contato direto	Rede Parceria
<i>P1 -“ a direção da maternidade ela é muito aberta a qualquer necessidade que a gente tenha, tanto de orientação quanto de ação, ou seja, qualquer problema que se tem de mama encaminha é uma porta aberta, a gente liga pra eles verem, um mastologista!!”</i>	Comunicação	Rede Parceria
<i>P6 -“Eu vejo esse trabalho como rede, e rede precisa ser interligada, e vejo isso como SUS. A atenção hospitalar interligada a atenção primária de uma forma global , dentro da estratégia de saúde da família! Essa é a rede de Eugenio Vilaça que a gente espera sair do livro”</i>	Articulação atenção primária e terciária	Rede Articulada
<i>P6 – “Acho que um investimento importante, é o apoio da SUBHUE e das demais maternidades municipais, que hoje são muito poucas infelizmente, outro apoio é de abrir mais bancos de leite em outras maternidade, é aumentar a rede! E naquelas que já tem banco de leite de estabelecer essa parceria isso é benéfica pra todos!”</i>	Aumentar o numero de bancos de leite, apoio da SUBHUE	Estratégia - Parceria
<i>P1-“Muitas pessoas pensavam que esse leite não pudesse chegar em boa qualidade! Porque a questão do leite passar pela rotina do banco de leite, ser testado e chegar pro bebê da UTI numa qualidade excelente, isso fez algumas pessoas que estão no nível acima repensar! Teve uma resistência muito grande mas provamos que na prática que dá certo.”</i>	Segurança do leite transportado	Viabilidade de operação

<i>P1 – “Qual é a diferença entre nós recolhermos o leite na casa das pessoas e o bombeiro recolher? Fora isso, você tem a unidade básica de saúde ‘dentro da casa da pessoa’ pra fazer uma vigilância melhor em cima dessa coleta do leite.”</i>	UBS no lugar o bombeiro amigo	Viabilidade de permanência
<i>P1-“essa parceria com a Herculano Pinheiro ajudou muito pra que a gente pudesse avançar, porque a gente tinha a quem recorrer como respaldo... agente passou a ter uma equipe de nutricionista e qualquer dificuldade a gente recorria a eles”</i>	Apoio operacional para as ações	Viabilidade de operação
<i>P2 - “Tanto é que começou a extrapolar fronteiras e aí outras unidades ficaram sabendo desse trabalho e a gente começou a divulgar a própria secretaria também ficou sabendo... pra estar ampliando essa rede”</i>	Criação da rede de PRLHO	Viabilidade de permanência
<i>P7 – “Quando a gente entrou no programa (PACS), nas inscrições só se falava disso, que os filhos deveriam ser amamentados até os seis meses e só! Mas, em momento nenhum a gente teve um treinamento. Então quando veio essa ideia foi muito bom, porque todo mundo abraçou a ideia, e batalhou em cima da ideia, e deu certo!</i>	Profissionais com dificuldades de orientar antes do treinamento	Experiência como treinamento
<i>P5 - “recebemos com grande entusiasmo isso, porque no início tivemos uma boa oferta de leite doado, de doação de leite e atendeu bastante, chegou a uma época que estávamos atendendo 100% da necessidade da UTI neonatal.”</i>	LH vindo das UBS suprimindo a necessidade da UTI neo	Resultado /conquista
<i>P6 – “Então a gerência de saúde da criança ‘institucionalizou’, criou a rede de posto de recebimento , aí sim, aí começou a vir a verba! Por isso veio o freezer comprado, veio daqui da gerencia técnica, mas era pra ter sido assim desde o início.”</i>	Adesão da Secretaria Municipal de Saúde	Resultado /conquista
<i>P7 –“a gente conseguiu o título de Amiga da Amamentação, um trabalho que vem lá do Sereno, desde lá de 2004, 2005 por aí... e aqui na Clínica da Família que a gente conseguiu o título do IUBAAM”</i>	Certificação da UBS como IUBAAM	Resultado /conquista
<i>P3 -“Em 2010 a gente implantou esses 10 postos ... então a gente pretende expandir essa ação que começou no Sereno para todas as unidades básicas, mesmo que não seja no modelo de não ter um freezer uma caixa térmica na unidade... elas podem ser todas as unidades básicas, que aprendam, ou melhorem na qualificação na assistência a mulher que está com excesso de leite, que queira doar leite”</i>	Expandir com outro modelo - Sistema de rota: busca o leite na casa das pessoas	Resultado /estratégia
<i>P6 - “Hoje tem todos esses postos de recebimento, e a cada dia tem mais, não é, quem é o baluarte disso tudo é o Sereno! Abriu as portas! Tinha que receber uma medalha!”</i>	Reconhecimento do trabalho	Resultado /Inovação

<i>P5 – “O empoderamento das mães. Elas se sentem responsáveis, que vai beneficiar outras crianças, elas também se desenvolvem neste processo.”</i>	Empodera- mento das mães	Resultado
<i>P1 -“as mulheres que viram o quanto o leite dela é importante pra salvar uma criança, elas também ficaram sensibilizadas e elas começaram a fazer o “boca a boca” dentro da comunidade! Elas levaram isso para outras mulheres, e isso foi muito legal porque não ficou uma coisa só de profissionais, ficou uma coisa da própria comunidade!”</i>	Propaganda na comunidade	Participa- ção da comunida- de
<i>P7 – “Tiveram muitos pais que colaboraram com doação do leite, tanto é que, teve um menino lá na Fé (morro da Fé) que se eu não me engano participou de todos os grupos e ajudava a esposa na hora de ordenhar o leite. Foi muito boa a participação dele, porque ele também foi um dos nossos multiplicadores. Eles ajudar a trabalhar a amamentação e a doação de leite. ”</i>	Pai ajudando na amamenta- ção e doação	Envolvi- mento da família na doação
<i>P7 –“Então tem mães que vem de longe, o próprio marido vem trazer o leite. É um trabalho bem gratificante mesmo! Porque você o desejo da outras (mães) em darem um pouco do que elas tem para outras crianças. “</i>	Mulheres doando o seu leite	Trabalho gratifican- te
<i>P1- “Eu gostaria que as pessoas dessem mais atenção a isso, porque é um projeto tão legal, eu acho que tem tanto a contribuir! É tão pouco que você precisa fazer, o que você precisa pra montar um posto de recebimento? A boa vontade das pessoas, treinamento e um freezer! Eu acho muito pouco pra uma coisa que te dá tanto retorno!</i>	Valorização e investimento neste trabalho	Viabilida- de de decisão
<i>P4-Eu acredito que esse trabalho com a doação de leite, ele precisaria ser mais valorizado, mais divulgado, entre as próprias unidades de saúde. Até mesmo na mídia, na imprensa é muito pouco falado ainda, da importância do leite humano, o quanto que salva vidas, cada gotinha, acho que a gente precisaria investir mais nisso! Acho que gente precisava voltar a investir mais no curso do IUBAAM, da amamentação, porque tudo começou no IUBAAM. Só se chega na doação de leite a partir da amamentação!</i>	Investir na divulgação e no curso para o IUBAAM	Estratégia – capacita- ção
<i>P3- “a gente fez uma minuta para o Ministério da Saúde para encaminhar com todos os procedimentos operacionais padronizados, pra isso seja apresentado a ANVISA. Então, assim como a rede brasileira BL ela funciona e trabalha sob uma recomendação técnica, pautada pela Anvisa, nós gostaríamos que a rede de postos de recebimento leite tivesse uma normatização que regulamentasse esse trabalho, não que a gente não trabalhe, porque tudo o que fazemos está de acordo com a regulamentação de BLH, mas</i>	Aprovação da minuta para o posto de recebimento	Normatiza- ção Regula- mentação

<i>a gente gostaria que é isso tivesse uma regulamentação específica.”</i>		
<i>P1-“A gente vai ter avançado quando tiver isso em todos em lugares, suprindo toda a demanda de leite que hoje a gente não consegue suprir! Com todas as doações estamos cobrindo 53%, então falta muito pra avançar, isso dentro da Herculano Pinheiro! Nos outros lugares eu nem sei como está, quando tiver dando certo em todos os lugares a gente não vai mais precisar usar a fórmula, que é o desejo de quem trabalha nesse projeto é que zere as fórmulas! Projeto fórmula zero! (risos) “</i>	Não utilizar fórmula no BLH	Situação-objetivo

O contexto em que se deu a trajetória desenvolvida pelas equipes da USF Sereno incluindo a participação desses e dos demais profissionais da USF no curso da IUBAAM, favoreceu um potencial investimento nas ações assistenciais de pré-natal como as consultas e grupo de gestantes, bem como o cuidado no puerpério como no acolhimento mãe-bebê, visitas domiciliares, consultas de puericultura, o que contribuiu para que as mulheres tivessem sucesso na amamentação.

No entanto, a produção excessiva de leite, ocasionando o engurgitamento mamário, gerando dores e incômodo para algumas mulheres, passou a se constituir um problema que foi demandado para os profissionais da unidade. A fim de atender à necessidade de alívio das mamas, era realizada a ordenha e o leite era desprezado.

P3 - “Nesse movimento de promover o aleitamento materno, uma consequência é que as mulheres começaram a amamentar cada vez mais e começaram a apresentar engurgitamento, e começaram a procurar quem poderia socorrer quando tinham o excesso de leite, elas eram orientadas a fazer a massagem e a ordenha do leite. E aí, o que a gente fazia com esse leite?”

Ao participarem do curso do IUBAAM, os profissionais se constituíram atores da promoção da amamentação, por meio de ações integradas na assistência. O curso do IUBAAM faz parte de uma importante política de promoção ao aleitamento materno para atenção básica no Estado do Rio de Janeiro, a partir dos 10 passos para o sucesso da amamentação.

P7 – “Nós nos mobilizamos, mobilizamos a população, inclusive teve mães e puérperas que chegaram lá dando mamadeira, e depois no fim elas falavam que o leite era o principal alimento e que não tinham necessidade de estar introduzindo outro tipo de alimentação, além do leite materno.”

Os profissionais que tinham a compreensão da necessidade do leite humano nas UTIs neonatais entenderam que precisavam fazer com que o leite chegasse a esse lugar. Os baixos estoques nos bancos de leite das maternidades configura um problema demandado nas UTIs neonatais diante de quadros específicos onde o leite materno torna-se primordial para a recuperação dos bebês.

P1 - “...porque o nutricionista que é responsável pelo banco de leite ele tem que decidir quem é que está pior pra receber o leite porque não tem leite pra todo mundo “

O Rio de Janeiro ainda não alcançou a autossuficiência em leite humano ordenhado - LHO, portanto demanda estratégias para manter aceitável o seu estoque, a fim de atender a população de pré-maturos e a outras necessidades que demandem o uso do mesmo, segundo os critérios de prioridade definidos pela RDC 171/06.⁵

Um dos entrevistados aponta que em meio a um cenário do volume de leite humano ordenhado pasteurizado - LHOP insuficiente para atender a esse público, gestores já discutiram a necessidade aumentar a número de doadoras

para aumentar o estoque de leite, porém não havia uma comunicação efetiva entre atenção primária e terciária, a fim de estabelecerem um processo de trabalho comum.

P6 -“Desde aquela época, X e Y pensava numa forma de como aumentar o número de doadoras, aumentar o estoque de leite, mas ninguém tinha isso muito claro. Até porque a atenção primária e a atenção hospitalar eram coisas muito distantes, não tinha ligação nenhuma.”

Observa-se que o início desse processo é descrito da mesma forma não só pelos profissionais da unidade, mas também pelos do BLH e gestores, havendo a apropriação coletiva desse processo e identificação dos atores com o mesmo.

Um dos profissionais relatou que resolveu buscar auxílio junto ao Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro no transporte do LHO para um BLH, pois nesta época havia o Programa Bombeiro Amigo do Peito.

Este programa foi inaugurado em 1999, com o objetivo de ampliar o atendimento e atender a demanda da cidade do Rio de Janeiro. O programa teve sua sede no Centro de Referência Nacional CRN-BLH-IFF¹, para onde a mulher que desejasse ser doadora entrava em contato pelo telefone 0800, e após cadastro recebia a visita semana do bombeiro para a coleta do leite no domicílio e orientação quanto à amamentação. Contudo, o bombeiro como militar, tinha restrições em acessar os domicílios situados em área de violência no município pelo risco a sua segurança.

A partir desse fato começa o pioneirismo das equipes de saúde da família-eSF da USF Sereno, em virtude da mobilização de dos profissionais para levar o leite até a rua mais próxima onde o bombeiro pudesse buscar.

Outro problema apresentado pela equipe, foi a falta de insumos para realizar a coleta, armazenamento e transporte do leite. Diante disso, os atores foram lançando mão de estratégias a fim de colocar o seu plano em prática: a doação de leite para as crianças da UTI neonatal. Segundo Matus⁴⁵, estabelecer decisões articulando aspectos técnicos e políticos, e escolher aqueles que oferecem maior viabilidade e eficácia faz parte da estratégia.

P1-“Fazíamos tudo com muito boa vontade! Os frascos a gente não tinha e nem recebia de lugar nenhum! A gente fazia era campanha na comunidade, a gente comprava. Naquela época as pessoas ainda tinha os frascos de maionese, então todo mundo que comprava maionese sabia! Os frascos muitas vezes a gente levava pra esterilizar em outra unidade porque o nosso autoclave era muito pequeno”

Em meio a falta de transporte, insumos e violência do território, a equipe durante dois anos adota estratégias a fim de manter o trabalho na base da “boa vontade” para atender uma demanda de outra instituição, porém entende que esse é seu papel e é uma necessidade.

P1-“Imagina uma criança que nasce com 500g, 490g como nós vemos e depois essa criança chega com 1.900kg e esse leite doado não é doado só como comida, ele é usado também como medicação, ele é altamente rico em imunizantes, que é tudo que esse prematuro precisa para não ficar com tantas infecções! Então é muito triste quando a gente tem que escolher pra quem a gente tem que dar.”

A iniciativa por parte dos profissionais em assumir esse trabalho os qualificam como atores, segundo Matus. Retoma-se, aqui, a ideia de ator, que é aquele que declara o problema, responde pelo plano de ação e controla alguns recursos na situação²⁴. O plano em questão é a doação entre UBS e BLH, viabilizada pelos recursos de mobilização, adesão das mães, negociação com profissionais e gestores da UBS e BLH.

Outra preocupação era se os procedimentos técnicos aplicados para coleta, armazenamento e transporte eram realizados de forma correta, necessitando de apoio e respaldo técnico para essas ações. A parceria com o Corpo de Bombeiro se estendeu por dois anos, quando as eSF tiveram a oportunidade de participar de um treinamento no BLH do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro - HMHP e foi feita a proposta para que a doação do leite fosse direto para esse BLH e não mais entregue ao carro do bombeiro.

Essa maternidade era a mais próxima da USF e referência para os partos de baixo risco, assim se estabeleceu a nova parceria entre USF Sereno e BLH da HMHP. Ambos se beneficiaram com o novo rearranjo do processo, pois os profissionais do BLH também se configuram como atores, adotando estratégias para superação dos problemas como a falta de transporte e a violência do local que perdurou por certo tempo.

P2 - “o pessoal descia a comunidade com a caixa isotérmica e se encontrava com a gente, várias vezes lá em baixo na rua... Eu brincava que era o tráfico de leite! (risos) Eu levava os frascos vazios e pegava os frascos com leite, colocava numa bolsa térmica, pegava o ônibus e vinha para o Herculano Pinheiro, ou então era eles que faziam isso! Traziam pra cá no ônibus, no carro de alguém, enfim, tudo pra que não se perdesse esse leite!”

Outro problema apontado pelos entrevistados foi a preocupação com a qualidade do leite durante todo o processo de ordenha, armazenamento e transporte. Para garantir a segurança da qualidade físico-química e microbiológica do leite doado era necessário garantir a higiene no ato da ordenha, manutenção da cadeia de frio no transporte da casa da doadora até a unidade, o armazenamento na unidade, e seu posterior o transporte da unidade para a maternidade.

Os profissionais do BLH ajudaram a equipe da USF Sereno a construir os Procedimentos Operacionais Básicos (POPs), a fim de seguir passo a passo em conformidade com a legislação vigente que rege o funcionamento dos bancos de leite, qual seja RDC 171/2006⁵, na qual orienta que os profissionais precisam de paramentos apropriados para coleta, bem como a doadora com a proteção necessária de touca, máscara e utilização de materiais desinfetados, manutenção da cadeia de frio deve ser feito o controle da temperatura e registro do armazenamento e transporte.

Com o fim do projeto Bombeiro Amigo, o que poderia ser um problema se tornou oportunidade²⁴ para repensar uma maneira mais segura e confiável de garantir a qualidade do leite, bem como também aumentar sua captação, visto que as UBSs têm contato direto com as mulheres residentes na área de cobertura que estão sob sua responsabilidade sanitária.¹⁴

P1 – “Qual é a diferença entre nós recolhermos o leite na casa das pessoas e o bombeiro recolher? O bombeiro recolhia esse leite, como nós orientamos hoje e fora isso, você tem a unidade básica de saúde ‘dentro da casa da pessoa’ até pra fazer uma vigilância melhor em cima da coleta desse leite.”

A Estratégia de Saúde da Família - ESF visa potencializar os princípios de fundamentos da atenção básica, ampliando sua resolutividade contando com equipes multiprofissionais constituída pelos profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde - ACS, que é um morador do local e conhecedor da dinâmica do território. O acompanhamento longitudinal das famílias é favorecido pelas visitas domiciliares, grupos de promoção da saúde, que estão para além das consultas pontuais, previstas pelos programas prescritos.¹⁴

No caso em estudo, os profissionais da USF que assumiram a responsabilidade logística por esse trabalho, constituíram-se em uma ponte entre a doadora e o BLH, pois através da visita domiciliar possuíam a vantagem de estar “dentro da casa” do usuário do serviço de saúde. A visita domiciliar faz parte do escopo de atividades da ESF, sendo uma das principais ferramentas de ação dos ACSs, que pode também é realizada pelos demais profissionais da eSF.¹⁴

Depois de um certo tempo de organização do trabalho, alguns problemas surgiram ao longo da estruturação das ações. As epidemias de dengue, H1N1, violência e o próprio cumprimento das metas estabelecidas pela agenda do Município, causaram flutuações nesse processo. Outro problema foi a saída de profissionais considerados de referência, pois estes tinham um papel chave na mobilização das equipes, a fim de que o trabalho permanecesse em andamento e não ficasse sucumbido diante de outras demandas.

Sendo assim, um dos entrevistados mencionou a importância do treinamento em serviço da IUBAAM, contribuindo para que profissionais e

gestores se apropriassem do conhecimento de tal modo que mesmo diante das epidemias, e de outras demandas no serviço, não permitissem que as atividades acabassem, por que houve uma mudança de mentalidade.

P2 – “Então quando eles fazem o curso do IUBAAM, eles vem com outra mentalidade, principalmente os profissionais de nível superior ... quando eles se apropriam dessa informação, que é importante e os gestores também, o trabalho continua fluindo!”

O processo de formação em serviço deve ser um o espaço favorável para fazer circular os saberes, socializar informações, provocar o diálogo entre atores envolvidos, contribuindo para realizar mudanças na forma de pensar que reflitam no processo de produção em saúde.⁴⁶

Quanto aos resultados desse trabalho, os profissionais apontam a entrada de um novo ator nesse processo – da Gerência de Programa de Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde, que observou os resultados positivos quanto ao aumento da captação de leite para o HMHP, compartilhou esta estratégia com outras dez UBS, formando assim a Rede de Postos de Recebimento de Leite Humano Ordenhado - PRLHO, que no início foi chamado Entrepostos de Leite Humano.

Outro resultado desse processo foi o aumento da captação de leite para a UTIN da maternidade, que levou à não necessitar, em alguns momentos, da utilização de fórmulas para atender aos pré-maturos e outras indicações específicas para as quais o uso terapêutico do leite humano era demandado.

P5 - “recebemos com grande entusiasmo isso, porque no início tivemos uma boa oferta de leite doado, de doação de leite e atendeu bastante, chegou a uma época que estávamos atendendo 100% da necessidade da UTI neonatal.”

Com as mulheres, foi visto que quando elas tinham conhecimento sobre o trabalho da doação na unidade, elas buscavam se envolver, mostrando quanto a informação é um ponto importante para que o trabalho dê resultados.

A construção do vínculo entre profissionais de saúde e mulheres atendidas nas ações assistenciais da unidade favoreceu a emergência de um sentimento de autoestima e autonomia dessas doadoras, pois elas se inseriram como parte do processo, que ajudou fortalecimento do mesmo dentro da comunidade.

P1 - "as mulheres que viram o quanto o leite dela é importante pra salvar uma criança, elas também ficaram sensibilizadas e elas começaram a fazer o "boca a boca" dentro da comunidade!"

A estratégia de convencimento dessas mulheres na divulgação da importância de seu leite e de como ele seria capaz de salvar vidas contribuiu para descoberta de suas capacidades individuais, elevação da autoestima e de um papel mais ativo na doação, favorecendo seu empoderamento. O *empowerment* neste contexto se refere as doadoras, que movidas por um sentimento de solidariedade, conformam uma voz na organização e adotam uma postura mais ativa da doação do leite humano junto à sua família e à sua comunidade.

Embora não tenha sido possível realizar as entrevistas com as doadoras que fizeram parte do início desse trabalho, consideramos aqui a participação delas também como atores neste processo, já que estas mulheres detinham a motivação em ajudar, e a capacidade de controlar recursos, ou seja, o seu próprio leite.

O envolvimento de familiares, como os maridos, foi fundamental para o apoio à amamentação e também para a doação do leite, contribuindo para expansão da rede de solidariedade. Isto mostra a importância das relações sociais, da adesão de todos os atores envolvidos, a fim de reverberar e garantir esse processo.

P7 – “Tiveram muitos pais que colaboraram com doação do leite. Teve um rapaz que participou de todos os grupos e ajudava a esposa na hora de ordenhar o leite. Foi muito boa a participação dele, porque ele também foi um dos nossos multiplicadores. Eles ajudaram a trabalhar a amamentação e a doação de leite.”

Os profissionais consideraram que este trabalho foi inovador, onde UBS e BLH cooperam de forma mútua, buscando garantir a qualidade do atendimento para seus usuários através rede integrada de saúde, se articulando de forma horizontal.

P6-“Eu vejo esse trabalho como rede, e rede precisa ser interligada, e vejo isso como SUS. A atenção hospitalar interligada a atenção primária de uma forma global, dentro da Estratégia de Saúde da Família!”

Como proposta de ampliação da rBLH-Br, foi apontada a necessidade do apoio do nível central no município, no qual se refere à Subsecretaria de Atenção Hospitalar (SUBHUE), para que outras maternidades com BLHs também pudessem estabelecer vínculo com as suas UBSs, nas ações voltadas para o aleitamento materno, resultando na participação das UBSs como colaboradoras também na captação de leite humano para suas maternidades de referência.

P6 – “Acho que um investimento importante, é o apoio da SUBHUE e das demais maternidades municipais, que hoje são muito poucas infelizmente. Outro apoio é de abrir mais bancos de

leite em outras maternidades, é aumentar a rede e naquelas que já tem banco de leite de estabelecer essa parceria. Isso é benéfico pra todos!”

Apontam para a necessidade de ser um trabalho mais valorizado com o apoio da mídia sobre a importância da doação, que salva vidas e que as unidades básicas têm um papel impar em contribuir com aumento da captação de leite para as maternidades.

O Rio de Janeiro se tornou um estado com destaque nas ações voltadas para o aleitamento materno na atenção básica a partir da IUBAAM. Essa proposta em treinar as equipes para implantar as IUBAAMs, apresentada pela Dra. Maria Inês Couto, foi uma adaptação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC para a atenção básica, visando a continuidade do cuidado com a mãe e a criança.⁴⁷ No Hospital Amigo da Criança, esta fica no alojamento conjunto, ou seja, próxima da mãe o tempo todo permitindo que a criança possa ser amamentada em livre demanda.

Ao retornar para sua casa, os cuidados passam para as eSF quando o território é coberto pela ESF; quando não, fica na responsabilidade da UBS mais próxima.

Na cidade do Rio de Janeiro, seguindo o protocolo de linhas de cuidado da infância⁴⁸, a preocupação é que esta rede esteja muito bem articulada para que a mulher, ao sair da maternidade, seja referenciada para a UBS mais próxima de sua residência para realizar o Acolhimento Mãe-Bebê que consiste em ações preconizadas para a criança pertinentes a 1ª. semana de vida. Dentre estas ações, é realizada a promoção e a avaliação da condução do aleitamento materno. O atendimento acolhedor e humanizado visa o estabelecimento de um vínculo da família com a unidade e sua equipe.

Vale reportar que a atenção à saúde baseada na população se constitui na habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade.⁴ No caso, mulheres grávidas e puérperas (principalmente) são o principal público da intervenção das equipes neste processo, bem como seus familiares, os quais têm um papel importante quanto ao apoio à amamentação.

O período puerperal é o mais crítico para a mulher, pois são muitas dúvidas que as perpassam, o que sinaliza a necessidade de um acompanhamento mais próximo e constante. A construção do vínculo e da confiança do usuário no profissional e no serviço podem ser cruciais para que a mãe mantenha o aleitamento materno exclusivo ou não.

O estabelecimento da parceria entre os atores-profissionais da UBS e do BLH, contou com o envolvimento da gestão tanto pelo Grupo Técnico de Apoio da CAP 3.1 da atenção primária, quanto da direção do hospital, fortalecendo ainda mais o vínculo institucional e garantindo uma amplitude do trabalho em rede.

P1-“A gente tinha um grupo técnico de apoio na CAP a quem a gente recorria, mas a partir da parceria com Herculano Pinheiro a agente passou a ter uma equipe de nutricionista e qualquer dificuldade a gente recorria a eles, antes a gente fazia o congelamento do leite mas a gente não tinha parâmetro da temperatura pra levar o leite (ex)”.

P1 -“ a direção da maternidade ela é muito aberta a qualquer necessidade que a gente tenha, tanto de orientação quanto de ação, ou seja, qualquer problema que se tem de mama encaminha é uma porta aberta, a gente liga pra eles verem, um mastologista!!”

A rede deve ser vista como um resultado da imbricação de oportunidades de diferentes formas de cooperação que se oferecem aos atores que compõe o sistema, um conceito que repousa na capacidade de negociação e contratualização desses atores.⁴⁹

O caráter permanente das ações em conjunto gera necessidades constantes, tais como: o envolvimento dos gestores, a participação dos profissionais no planejamento das ações, fatores importantes para o desenvolvimento desta rede.⁴

P1 -“Tivemos uma doadora, que estava doando leite pela 2ª.vez não tinha sinal nenhum de mastite e quando nós mandamos o leite, esse leite ao passar pelos exames foi detectado que ele tinha uma bactéria, ...então nós pudemos cuidar dela, porque foi detectado lá, e a gente pode evitar que essa mastite pudesse causar algum mal para o bebê “

As ações permanentes, a porta aberta para o acolhimento de outras demandas em saúde, como uma mastite, ou outra infecção favoreceu a comunicação entre as unidades, favorecendo a resolutividade das demandas das mulheres e crianças assistidas.

A ampliação do cuidado no estreitamento do vínculo institucional da atenção básica e da atenção terciária contribui para ampliar o leque nas ações do cuidado da saúde da mulher e da criança.

P3-“articulando a atenção básica, atenção primária com a atenção secundária terciária, então é um tipo de experiência que não fica centrado na questão do aleitamento materno, na doação de leite humano, isso se expande para vários processos de cuidado.”

Aqui podemos observar esta ampliação do cuidado como parte do conceito de integralidade onde o acolhimento em suas múltiplas vertentes é

visto também como uma rede conversacional⁵⁰ que corresponde à possibilidade de interconexão entre saberes, categorias de profissionais e pontos de atenção à saúde que condensam conversações especializadas e diferenciadas. O acolhimento não se refere somente ao profissional e usuário, mas entre profissionais e instancias diferentes, mas interdependentes.

7.2 Grupo Focal:

O grupo focal contou com participação de 6 das 8 pessoas entrevistadas, 1 mediador e 1 relator, e teve a duração de uma hora e meia.

Após a leitura desses registros, puderam ser inferidas as categorias propostas por Matus e outras categorias emergentes ao longo do grupo focal, às falas dos atores entrevistados em relação à compreensão desses quando na transformação dos processos de trabalho experienciados à época reportada.

No quadro abaixo, apresentamos os resultados do grupo focal com relacionando-os às categorias de análise.

Fala	Tema extraído	Categoria representada
<i>P1 -A gente foi fazer um treinamento lá (Maternidade Herculano Pinheiro), que nós estávamos fazendo uma parceria com o bombeiro, aí veio a proposta de fazermos com vocês porque a maternidade era a de referência das nossas mães, e tinha pouca quantidade de leite...</i>	Como iniciou a parceria	Estratégia
<i>P1 –“a gente ficava com medo de dizer para as pessoas o que a gente estava fazendo, com medo de alguém dizer isso é totalmente contra a lei! A gente pensava era no GAT, e aí orientavam pra gente, se as mulheres coletam em casa e</i>	Preocupação com atividades serem fora da	Problema e Estratégia

<i>está dando certo porque não vai dar certo aqui também?</i>	legislação	
<p><i>P1- “A gente passou a descer com esse leite até Vicente de Carvalho... não tinha freezer porque o freezer que a gente tinha ganhado era um velho da comunidade... era uma coisa bem artesanal. A gente esterilizava os frascos mas era de forma artesanal!</i></p> <p><i>P2- “Não tinha POP” (procedimento operacional padrão)</i></p> <p><i>P1: Não tinha nada!!! Era tudo de boa vontade!!!</i></p> <p><i>P2: A gente fazia com a boa vontade mesmo!... Aí quanto eu ia muitas vezes lá em baixo no ITAU... eu fico muito orgulhosa disso!!!! De ônibus, com uma frisqueira.</i></p>	Falta de transporte, insumos	Problema e Estratégia /Viabilização
<i>P8 – “sim, ela era uma referência! E não deixava nada solto. tudo era orientado, as perguntas que tinham na época, pode usar isso, pode usar aquilo e tinha ela como uma referência.</i>	Profissional de referência	Ator
<i>P3-O hospital amigo da criança fica muito limitado, porque o fica em contato com essa mulher 2 a 3 dias . Tanto é que a gente fez essa prevalência histórica de aleitamento materno e a gente vinha arrastando a prevalência, em 1996, tinha 13 % de aleitamento exclusivo na Cidade do Rio, e isso ficou 96...98 ...2000....2002 ficou entre 20%, subiu de 13 pra 20% com a IHAC, e daí ficou emperrado! E a partir do momento que foi lançada a IUBAAM e a gente conseguiu que ela tivesse uma capilaridade na cidade, na pesquisa de 2006 a gente já viu o impacto, a prevalência já subiu pra trinta e poucos por cento. Quando a gente fez a pesquisa em 2008 a gente alcançou 40,7%. Então essa linha histórica mostra como que a atenção básica fez a diferença na prevalência no aleitamento exclusivo.</i>	Aumento da prevalência do aleitamento materno com a entrada do IHAC e da IUBAAM	Políticas públicas em aleitamento materno e Rede
<i>P2 – “A gente já conseguiu com esse trabalho aumentar o aleitamento exclusivo , eu acho que a questão em relação a doação passar de 40% até 80% em alguns momentos do leite doado pelas clínicas da família serem utilizadas no Herculano Pinheiro. A gente já ficou um mês só usando leite humano, no alojamento conjunto, recentemente já ficou 3 semanas, só com leite materno!”</i>	Crianças em uso exclusivo de leite na maternidade	Resultado
<i>P3 – “Quando a gente fez esse curso na Herculano e no Pedro Ernesto, a gente alcançou 64 profissionais que já passaram pela experiência desse curso de 8 horas. E pelo menos eram umas 4 ou 5 unidades novas que a gente pode ampliar de 9 pra 15 nesse próximo ano. Então é aumentar em 50% . Isso é muito pouco, é muito pouco! “</i>	Implantação do curso de PRLHO	Resultado Estratégia de viabilização
<i>P2 – “a gente conseguiu avançar pra um processo de avaliação que eu também acho fundamental. A gente teve apoio de uma universidade, colocou um processo de pesquisa na FAPERJ. Não sei se vocês sabem dessa história,</i>	Pesquisa como processo avaliativo dos	Resultado / estratégia/ comunica-

<p>tem 3 alunas de mestrado produzindo pesquisa, duas alunas bolsistas FAPERJ e elas trouxeram 4 eixos que vale a pena ter noção disso:</p> <p>1º) eixo crítico foi a questão da própria capacitação, uma capacitação formal, um curso de 8 horas , então no primeiro módulo é texto, trabalhamos as políticas de como começou a história do posto de recebimento de leite humano, aconselhamento. 2º.momento . ensina essa tecnologia como se faz pra tirar o leite? Como vai guardar o leite ? Como vai caminhar pro banco de leite .</p> <p>2º ponto Hoje a gente ainda não tem uma regulamentação específica que dê conta dos postos de recebimento, então foi feita uma minuta com um grupo que trabalha nos bancos de leite e tá assim, aguardando esse teste desse curso pra ser encaminhado pro ministério da saúde, aí a gente tenta via ANVISA fazer a regulamentação específica.</p> <p>O 3º.ponto crítico é a questão da divulgação, então ainda a gente percorreu todas as unidades que eram postos de recebimento e dentro da unidade as mulheres não sabem que ali funciona um posto de recebimento.</p> <p>4º. Ponte de estrangulamento são os fluxos, então foi tido uma conversa no Instituto de Nutrição Anes Dias pra gente poder conversar sobre ficha de doadora, parecia que cada um uma ficha de preenchimento ... “</p>	postos de recebimento	ção
<p>P5 – “Acho que esse trabalho inicial que vocês tiveram de organizar e pensar de doação foi fundamental, e a ideia era pegar essa logística e encaixar a legislação vigente, esse foi o marco !”</p> <p>P3 – “foi um pilar : a operação e a segurança!”</p>	Adaptação das atividades a legislação	Inovação / viabilidade de operacionalização
<p>P5 – “A integração entre maternidade e atenção básica : a gente não conversava e hoje é o diálogo intenso, via o Wats app, Facebook é direto , é interação pessoal, acho que isso é um avanço fundamental.</p>	Comunicação mais frequente via redes sociais	Resultado Interação e integração
<p>P3 – “é importante a gente pontuar a IHAC preparando esses hospitais, e aí dando uma base pro grupo técnico propor a IUBAAM, lançada em 2001”</p>	IHAC dando base para o IUBAAM	Políticas públicas em aleitamento
<p>P1 – “acho que isso deu empoderamento pra eles, porque eles não tinham, ‘porque ficava muito focado na figura do nível superior, “quem é responsável pela amamentação: o enfermeiro” então no momento que eles tiveram o mesmo treinamento, isso capilarizou mais, porque aí não era o meu saber era ele com o mesmo saber que eu e a gente</p>	Treinamento contribuindo para empoderamento dos ACS e	Capacitação em serviço/ Ator

<i>construía aquilo junto”</i>	trabalho em equipe	
<i>P2 – “Até porque são eles (ACS) que visitam as casas, as mulheres, então assim, é que eu vejo com as minhas lactaristas, comparando, o acesso que elas (mães) tem as lactaristas é muito maior do que comigo. A linguagem é diferente! As vezes elas vão lá e contam um monte de coisa, e isso criando aquela empatia, aquele vínculo. E daí foi o que aconteceu com eles, com certeza, isso aí aumentou muito mais a captação!”</i>	ACS com a linguagem da comunidade	Lingua-gem/ comunicação/ vínculo
<i>P5 – “Então, falando de linguagem acho que vale a pena dizer um outro ponto: aconselhamento... e aí a gente conseguiu que fosse incorporado uma seção de aconselhamento no curso da IUBAAM. Então minimamente, houve uma disseminação, aleitamento é muito importante em termos de técnica, mas o mais importante é como a gente chega, como a gente lida! E aí é não julgar, não dar ordens! Então virou, transformou... nós agora somos parceiros para que as coisas aconteçam, mas a gente respeita a sua história, quem você é . Acho que tem já consolidado, que nós não somos polícias de peito.”</i>	Necessidade de propagar o aconselhamento no curso do IUBAAM	Lingua-gem , comunicação/ parceria
<i>P1 – “A mulher vinha pro grupo, e detalhe, não estava anexo ao pré-natal, era o convite, mas elas tinham tanta ansiedade. Na época era tão pouca a assistência que você convidava as mulheres para o grupo e elas vinham, porque elas queriam ser ‘maternadas’. Muitas delas, viviam em extrema violência.”</i>	Vínculo no grupo de gestantes	Vínculo com a comunidade
<i>P5 – “a partir do momento que você trabalha processo, trabalha as pessoas, trabalha o contato, você trabalha o fortalecimento de vínculo com a comunidade, mas também com a equipe e aí melhora tudo!”</i>	Trabalhar processo de trabalho, pessoas e comunidade	Vínculo c/ comunidade e com profissionais
<i>P2 – “Eu cheguei grávida do Sereno, aí tinha um rapazinho no radinho. Eu dizia “ pessoal posso subir?” “pode Mônica, tá tranquilo ! Vem que a gente vai te receber na porta.” Quer dizer tinha o cuidado com a gente também, com quem era de fora!”</i>	Cuidado com os profissionais em situações de violência	Vínculo entre os profissionais
<i>P1- “A gente tinha doadoras que moravam em áreas críticas, que não tinha água em casa! Mas a gente falava da importância de lavar a mão, e a gente dizia ‘esse leite vai ser usado pra uma criança que pesa meio quilo, então ele tem que chegar lá com muito boa qualidade’. A gente chegava lá pra fazer a visita de surpresa e a gente via, o cuidado que ela tinha de lavar a mão mesmo tendo que carregar um balde de água pesado. Gente ela tinha todos os motivos pra dizer assim “ eu não vou doar porque tenho que carregar água”.</i>	Situação de pobreza não foi impedimento para doação.	Vínculo com a comunidade/ aprendizado
<i>P2 – “Essas pessoas, mesmo tão humildes. E o leite gente? A</i>	Importância	Vínculo

<p><i>acidez maravilhosa! Entendeu, chegava com uma ótima qualidade! Ele justamente entrando lá na casa delas, esse elogio, ou quando as coisas estavam muito complicadas, com um jeitinho ou outro, vamos tentar isso aqui, vamos acertar aquilo ali. Então, trazia dignidade pra aquela família, aquele olhar, né?</i></p>	do vínculo na qualidade do leite	com a comunidade
<p><i>P3 - A gente não tem tanto como avaliar porque é qualitativamente a gente tem uma melhora, isso tudo só porque temos um engajamento de pessoas em prol da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Com a iniciativa de pessoas que levantem essa bandeira , que não deixa a peteca cair!</i></p> <p><i>P3 - A gente luta pela causa!</i></p> <p><i>P5 - É um engajamento sempre . Os americanos tem um nome pra isso que é advocacy é você batalhar e defender aquela ideia.</i></p> <p><i>P2 - É isso, acho que agente respira isso!</i></p>	Luta pela causa	Engajamento
<p><i>P5 – “se você não tem um grupo de profissionais que estejam engajados, motivados pra desenvolver esse tipo de atividade específica não vai ser desenvolvida. A promoção, proteção e apoio ao Aleitamento materno ocorre , mas o recolhimento de leite humano morre”.</i></p>	Sem engajamento não acontece doação de leite	Engajamento
<p><i>P1 – “Somos nós, a gerente, a equipe que trabalhou a amamentação, o ACS, a gente tem uma rede que a gente sensibilizou de que esse leite tem que chegar lá no Herculano Pinheiro, por exemplo, tem semanas que o carro quebra e quando o carro quebra a gente leva de BRT, de ônibus, o leite tem que chegar lá. Em média estamos coletando 20 frascos por semana... A unidade que não tem freezer a gente a busca imediatamente para os lugares que tem o freezer para depois o carro passar e buscar.”</i></p>	Sem trabalho de equipe não tem doação	Engajamento
<p><i>P1 – “Eu acho muito legal isso, que em cada ponto um complementa outro! Eu sei ordenhar, eu sei coletar, mas esse negócio de papel pra mim, meu Deus do céu! Aí vem a P5 , aí vem o P3 com a pesquisa, eu acho que é assim um complementando o trabalho do outro. Agora P8, ele está lá fazendo a propaganda do trabalho que ele já viu, eu acho que é assim: é uma rede, nós estamos em cada ponto da rede.”</i></p>	Atuação dos atores em diversos eixos: assistência, gestão, pesquisa, etc.	Rede/reconhecimento.
<p><i>P3 – “Acho que não podemos abandonar a ideia de que isso seja regulamentado pela ANVISA, seja tomado pelo ministério da saúde e que possa virar uma ação a ser implantada no Brasil .”</i></p>	Regulamentação pela ANVISA	Institucionalização /reconhecimento
<p><i>P5 – “A coordenação da Rede precisa assumir isso como algo oficial, oficializar o que é oficioso! Porque não estamos</i></p>	Rede BLHbr –	Institucionalização

<i>fazendo nada fora do padrão, a prova é a qualidade do leite que chega na Herculano, e se passarmos em outros bancos vamos ver a mesma qualidade, ou seja, antes de passar na ANVISA, antes de passar em qualquer em qualquer coisa, precisa ser reconhecido como algo oficial da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano, Precisa ser instituído, e essa Rede precisa assumir isso como uma ação oficial.”</i>	necessidade de oficializar	/regulamentação
<i>P5 – “isto sendo institucionalizado todos os outros processos e demandas vão surgir em função disso, demanda por equipamentos, profissionais de saúde, etc. Até mesmo pra criar uma figura, um coordenador de aleitamento materno na unidade, ter uma pessoa que possa ser identificado como pessoa chave. Isso tudo facilitaria.”</i>	Facilidade da aquisição de equipamentos e profissionais	Institucionalização /problema

Com o grupo focal queremos abordar a produção de sentidos construídos coletivamente pelos atores que participaram dessa experiência.

Observou-se que o discurso no grupo focal foi quase todo concordante. O grupo destacou que o trabalho é inovador e que traz benefícios como capacitar mais profissionais para as ações voltadas para o aleitamento materno e que o curso do IUBAAM foi um divisor de águas, conforme destacado nas entrevistas.

Profissionais da USF e do BLH e gestores comentaram com entusiasmo como foi início da parceria entre a USF e BLH, remeteram-se aos fatos com descontração diante dos problemas enfrentados, e sentiam-se orgulhosos neste processo.

P1- “A gente passou a descer com esse leite até Vicente de Carvalho... não tinha freezer porque o freezer que a gente tinha ganhado era um velho da comunidade... era uma coisa bem artesanal. A gente esterilizava os frascos, mas era de forma artesanal!”

P2- “Não tinha POP” (procedimento operacional padrão)

P1: “Não tinha nada!!! Era tudo de boa vontade!!!”

P2: “A gente fazia com a boa vontade mesmo!... Aí quanto eu ia muitas vezes lá em baixo no banco... eu fico muito orgulhosa disso!!!! De ônibus, com uma frasqueira.”

O termo “artesanal” foi repetido pelo mesmo profissional várias vezes ao longo do grupo focal, ao se remeter a situação de trabalhar sem uma norma, sem uma legislação. Havia, inclusive, o receio de realizar procedimentos que pudessem sofrer algum tipo de intervenção.

Os procedimentos operacionais padrão POPs foram construídos na parceria entre as unidades. O BLH organizou os POPs para dar o passo a passo da higiene necessária para a coleta, o controle de temperatura etc... o que deixou os profissionais da USF mais seguros quanto à realização das suas ações.

Os participantes destacaram que o Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado (PRLHO) foi inovador, porque utilizou o processo de trabalho desenvolvido dentro das USF com profissionais treinados para as ações pertinentes ao aleitamento materno junto com a legislação que organizava os procedimentos necessários para ordenha, armazenamento e transporte.

P5 – “Acho que esse trabalho inicial que vocês tiveram de organizar e pensar de doação foi fundamental, e a ideia era pegar essa logística e encaixar a legislação vigente, esse foi o marco!”

P3 – “Foi um pilar: a operação e a segurança!”

Antes da parceria com o BLH do HMHP, o apoio dado às equipes da USF Sereno veio da gestão local através da Coordenação de Área Programática – CAP 3.1 que também foi de suma importância para tornar viável a decisão das equipes em realizar a doação via corpo de bombeiro. No

entanto, as equipes sentiam-se inseguras devido à necessidade de um acompanhamento mais técnico quanto ao controle de qualidade desse processo. Quando os profissionais do BLH propuseram que o leite fosse para HMHP, bem como a construção conjunta dos instrumentos de apoio técnico para a coleta, armazenamento e transporte, tornando viável a operacionalização do processo, surgiu um demarcador de inovação.

A rBLH-Br tem o grande desafio é dar continuidade ao desenvolvimento de novas competências para as questões relacionadas a amamentação. Para isso, os atores desta rede mantêm relações constantes com outros atores e que essas ações se concretizam através dos nós de relacionamento. A partir do entendimento do processo de construção da rBLH-Br e da identificação do papel dos atores desta rede, foi possível avançar na inovação estratégica da sua gestão.³

A ideia de rede deve ser ressaltada, pois defendemos que a articulação de diversos atores sociais para gerar conhecimento e intervir numa realidade social, pode ser entendida como rede. Essa ideia parte do princípio de que a realidade social precisa ser compreendida como um sistema que se apresenta com problemas interligados e interdependentes.⁴

O processo de constituição de redes de serviços de saúde representa sempre pessoas que se articulam e se conectam. Pessoas que constroem vínculos que viabilizam uma micropolítica entre os serviços de saúde através de um processo de interação entre seus participantes. As relações interorganizacionais somente se dão, na prática, a partir de relações interpessoais.⁵¹

Acreditamos que a micropolítica nas ações de interface entre USF e BLH pode influenciar o nível macro contribuindo para organização e decisão de ampliar as políticas em favor da doação de leite humano no Brasil a de um trabalho integrado entre a Rede de PRLHO e a rBLH-Br.

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre atores, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade. A imanência das redes nesse processo traz a ideia de pertença, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe e unidade de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade.⁵²

P1 – “Eu acho muito legal isso, que em cada ponto um complementa outro! Eu sei ordenhar, eu sei coletar, mas esse negócio de papel pra mim, meu Deus do céu! Aí vem P5 e P3 com a pesquisa, eu acho que é assim um complementando o trabalho do outro. Agora P8, ele está lá fazendo a propaganda do trabalho que ele já viu, eu acho que é assim: é uma rede, nós estamos em cada ponto da rede.”

Na medida em que os diferentes saberes são insuficientes, há uma necessidade de interconexão entre serviços. O acolhimento como rede conversacional corresponde na possibilidade de interconexão entre os saberes, entre categorias profissionais e diferentes níveis de atenção que condensam conversações especializadas. O acolhimento se sustenta não apenas dentro da dinâmica profissional-usuário, mas entre profissionais e serviço, como dinâmica de vínculos dialógicos entre profissionais e instancias diferentes, mas interdependentes.⁵⁰

A Política Nacional de Humanização (PNH), que se operacionaliza de forma transversal nos diversos programas e atendimento no SUS, engloba em seu objetivo a criação de uma nova cultura fundada na comunicação. O espaço entre diversos profissionais, serviços e instituições diferenciados em níveis tecnológicos e especialidades seriam o locus privilegiado para essa nova cultura.¹¹

A análise da gestão do processo de trabalho em estudo faz uma interface com o sistema de gestão matusiano representado por uma gestão descentralizada por operações, num outro sentido representa um sistema de gestão por processos.⁵³

A linguagem foi também uma questão apontada como uma via que facilita a comunicação entre USF e comunidade. Os ACS são moradores do local e conhecem os hábitos, costumes e maneira de como falar o usuário de maneira que ele entenda.

P2 – “Até porque são eles (ACS) que visitam as casas, as mulheres, então assim, é que eu vejo com as minhas lactaristas, comparando, o acesso que elas (mães) tem as lactaristas é muito maior do que comigo. A linguagem é diferente! As vezes elas vão lá e contam um monte de coisa, e isso criando aquela empatia, aquele vínculo. E daí foi o que aconteceu com eles, com certeza, isso aí aumentou muito mais a captação!”

A Teoria do Agir Comunicativo, segundo Habermas⁵⁴ baseia-se no uso comunicativo cotidiano da linguagem por sujeitos que se interagem dentro de uma práxis social, de modo que não abordam apenas a competência de formar frases, mas a competência de empregá-las como atos de fala.

Os ACS por serem moradores da comunidade, estão imersos na cultura local, sendo capazes de incorporar valores e questões relacionadas às vivências dos sujeitos falantes. Desta maneira se faz necessário o exercício da

capacidade de escuta do outro, ancoradas nas tradições do mundo da vida comum dos atores em interação, buscando a construção do novo.²¹

Outra questão relacionada à linguagem nas falas dos participantes do grupo focal foi o aconselhamento em aleitamento materno, onde mais importante que o manejo clínico da lactação, o profissional de saúde precisa se reconhecer como um apoiador do processo e não como “polícia de peito”.

P5 – “Então, falando de linguagem acho que vale a pena dizer um outro ponto: aconselhamento... e aí a gente conseguiu que fosse incorporado uma seção de aconselhamento no curso da IUBAAM. Então minimamente, houve uma disseminação, aleitamento é muito importante em termos de técnica, mas o mais importante é como a gente chega, como a gente lida! E aí é não julgar, não dar ordens! Então virou, transformou... nós agora somos parceiros para que as coisas aconteçam, mas a gente respeita a sua história, quem você é. Acho que tem já consolidado, que nós não somos polícias de peito.”

O planejamento comunicativo se propõe a analisar as redes de conversação que organizam a coordenação de serviços em saúde, cujo eixo estruturante é uma rede de conversações que se estabelecem entre distintos atores que interagem no sistema.²¹

O sistema de acolhimento com uma rede de conversações, que corresponde à possibilidade de interconexão entre saberes, categorias profissionais e pontos de atenção em saúde. O acolhimento não só está relacionado apenas a relação profissional–usuário, referindo-se também ao acolhimento entre profissionais e serviços como dinâmica de vínculos dialógicos entre profissionais e instancias diferentes.¹¹

Cumprir destacar então que o vínculo estabelecido entre eSF e comunidade foi um fator diferencial para o sucesso desse trabalho, onde a adesão das doadoras, mesmo em situações desfavoráveis, não comprometiam

o produto, pois ao passar pelo processamento no BLH as análises físico-químicas do leite em sua grande maioria eram satisfatórias.

P2 – “Essas pessoas, mesmo tão humildes. E o leite gente? A acidez maravilhosa! Entendeu, chegava com uma ótima qualidade! Ele justamente entrando lá na casa delas, esse elogio, ou quando as coisas estavam muito complicadas, com um jeitinho ou outro, vamos tentar isso aqui, vamos acertar aquilo ali. Então, trazia dignidade pra aquela família, aquele olhar, né?”

P1- “A gente tinha doadoras que moravam em áreas críticas, que não tinha água em casa! Mas a gente falava da importância de lavar a mão, e a gente dizia ‘esse leite vai ser usado pra uma criança que pesa meio quilo, então ele tem que chegar lá com muito boa qualidade’. A gente chegava lá pra fazer a visita de surpresa e a gente via, o cuidado que ela tinha de lavar a mão mesmo tendo que carregar um balde de água pesado. Gente ela tinha todos os motivos pra dizer assim ‘eu não vou doar porque tenho que carregar água’”.

A “maternagem” foi um termo referido por uma das profissionais para expressar o cuidado que a equipe tinha com mulheres que participavam do grupo de gestantes. Algumas vivendo em situação de violência sentiam que o espaço no grupo era o momento de acolhimento no qual elas esperavam estar. Neste momento, as informações sobre a importância dos cuidados da criança eram compartilhados, discutidos e apropriados, pois o usuário desenvolveu uma relação de confiança com profissionais.

P1 – “A mulher vinha pro grupo, e detalhe, não estava anexo ao pré-natal! Era um convite. Elas tinham tanta ansiedade! Na época era tão pouca a assistência que você convidava as mulheres para o grupo e elas vinham, porque elas queriam ser ‘maternadas’. Muitas delas, viviam em extrema violência.”

O vínculo entre profissionais e usuários estimula a autonomia, promovendo sua participação durante a prestação do serviço.¹¹

Um dos profissionais mencionou quando se trabalha o processo, se trabalha as pessoas, e se trabalha o contato estabelecendo o vínculo entre a própria equipe e entre essa e comunidade.

O vínculo também foi construído pela relação de confiança entre os profissionais de ambas unidades, onde se tinha sempre a possibilidade de acompanhar o processo através de relatórios, treinamentos periódicos, participação, de estar próximo estabelecendo relações recíprocas e apoio mútuo.

Outro assunto enfatizado no grupo focal foi o papel de políticas públicas no aumento da prevalência em aleitamento materno. No Brasil, a política proposta pela OMS/UNICEF para os Hospitais Amigos da Criança foi incorporada no Brasil pela sua versão mais atualizada através da portaria 1.153 de 2014, onde a IHAC adotou ações educativas articuladas com a atenção básica, através da contra-referência na alta hospitalar, bem como do acesso a outros serviços e a grupos de apoio a amamentação⁵⁵.

P3- "O hospital amigo da criança fica muito limitado, porque o fica em contato com essa mulher 2 a 3 dias. Tanto é que a gente fez essa prevalência histórica de aleitamento materno e a gente vinha arrastando a prevalência, em 1996, tinha 13 % de aleitamento exclusivo na Cidade do Rio, e isso ficou 96...98 ...2000....2002 ficou entre 20%, subiu de 13 pra 20% com a IHAC, e daí ficou emperrado! E a partir do momento que foi lançada a IUBAAM e a gente conseguiu que ela tivesse uma capilaridade na cidade, na pesquisa de 2006 a gente já viu o impacto, a prevalência já subiu pra trinta e poucos por cento. Quando a gente fez a pesquisa em 2008 a gente alcançou 40,7%. Então essa linha histórica mostra como que a atenção básica fez a diferença na prevalência no aleitamento exclusivo."

Segundo a recente publicação da revista The Lancet 2016, os índices de amamentação exclusiva entre crianças com menos de seis meses estão abaixo de 50% na maioria dos países²⁶.

Quanto às políticas públicas em aleitamento materno para a atenção básica e sua contribuição para aumentar a prevalência de aleitamento materno exclusivo segundo as pesquisas mencionadas.

A iniciativa Hospital Amigo da Criança IHAC tem sua contribuição na promoção do aleitamento, porém o tempo de permanência da mulher junto à equipe é por muito pouco tempo, 2 a 3 dias.

Na atenção básica, o profissional tem a oportunidade fazer o acompanhamento longitudinal e com a ESF esse cuidado fica mais qualificado por conta da equipe multiprofissional, as visitas domiciliares, o ACS sendo um a mediador entre as necessidades da população e a USF.

A IHAC foi uma política que serviu de base para a construção do IUBAAM são os 10 Passos para Amamentação na Atenção Básica¹³, mostrando que as políticas elas são reinventadas e adaptadas conforme as necessidades locais, bem como elas também podem começar em nível local e estruturada em nível mais amplo.

Com a capilarização da Rede de Postos de Recebimento de Leite Humano PRLHO a maternidade Herculano Pinheiro tem aumentado seu estoque de leite humano ordenhado LHO, garantindo leite para uma quantidade maior de pré-maturos.

P2 – “A gente já conseguiu com esse trabalho aumentar o aleitamento exclusivo, eu acho que a questão em relação a doação passar de 40% até 80% em alguns momentos do leite doado

pelas clínicas da família serem utilizadas no Herculano Pinheiro. A gente já ficou um mês só usando leite humano, no alojamento conjunto, recentemente já ficou 3 semanas, só com leite materno!”

As estratégias desenvolvidas na atenção básica para aumentar a prevalência em LHO têm sido positivas com a implementação da IUBAAM e com os PRLHO fazendo parte desta, o que leva a potencializar as suas ações.

A Gerencia de Programa da Saúde da Criança, conforme apresentado no II Encontro de PRLHO³¹, nestes 6 anos de implantação da Rede de PRLHO, hoje conta com 14 unidades e desenvolveu 3 pesquisas avaliativas desse processo identificando 4 pontos críticos a serem trabalhados para melhoria das ações:

P2 - a gente conseguiu avançar pra um processo de avaliação que eu também acho fundamental. A gente teve apoio de uma universidade, colocou um processo de pesquisa na FAPERJ. Não sei se vocês sabem dessa história, tem 3 alunas de mestrado produzindo pesquisa, duas alunas bolsistas FAPERJ e elas trouxeram 4 eixos que vale a pena ter noção disso:

1º) eixo crítico foi a questão da própria capacitação, uma capacitação formal, um curso de 8 horas , então no primeiro módulo é texto, trabalhamos as políticas de como começou a história do posto de recebimento de leite humano, aconselhamento. 2º.momento . ensina essa tecnologia como se faz pra tirar o leite? Como vai guardar o leite ? Como vai caminhar pro banco de leite .

2º ponto Hoje a gente ainda não tem uma regulamentação específica que dê conta dos postos de recebimento, então foi feita uma minuta com um grupo que trabalha nos bancos de leite e tá assim, aguardando esse teste desse curso pra ser encaminhado pro ministério da saúde, aí a gente tenta via ANVISA fazer a regulamentação específica.

O 3º ponto crítico é a questão da divulgação, então ainda a gente percorreu todas as unidades que eram postos de recebimento e dentro da unidade as mulheres não sabem que ali funciona um posto de recebimento.

4º. Ponte de estrangulamento são os fluxos, então foi tido uma conversa no Instituto de Nutrição Anes Dias pra gente poder conversar sobre ficha de doadora, parecia que cada um uma ficha de preenchimento ...

Existe o consenso de que as políticas públicas devem ser acompanhadas de avaliações sistemáticas, como parte de rotina governamental, adaptando-se continuamente em função dos resultados e recomendações por elas fornecidas, ou seja, gestão e avaliação precisam estar sempre de mãos dadas.⁵⁶

No enfoque de Matus⁴⁵, também não separa gestão de avaliação. Vemos, assim, que o ator/gestor consegue articular questões teóricas e práticas e usa a pesquisa para pensar questões locais.

Observamos o quanto o nível local das políticas públicas em aleitamento materno possibilita pensar questões de pesquisa, inovações e soluções próprias a fim de contribuir para soluções coletivas e o quanto o nível local não se submete, mas pode propor ressignificações e extrapolações para ao nível global.¹⁵

Outro ponto que foi enfatizado, em virtude da construção coletiva, foi o comprometimento dos profissionais neste trabalho, o engajamento dos atores desde o início do processo superando as dificuldades e a luta para manter o trabalho foi um dos fatores para o que Matus chama de viabilidade de permanência.

A construção da Rede de PRLHO se configura, hoje em uma militância em favor do aleitamento materno, dos cuidados com a gestação e puerpério. Esta mudança de perspectiva das eSF se deu com a reorganização do processo de trabalho das eSF mediante a formação em serviço através da IUBAAM, pois essa iniciativa se volta para o favorecimento de estratégias relacionadas ao cuidado com o aleitamento materno ao longo do pré-natal e puerpério no âmbito da atenção básica.⁵⁸

P3 – “A gente não tem tanto como avaliar porque é qualitativamente a gente tem uma melhora, isso tudo só porque temos um engajamento de pessoas em prol da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Com a iniciativa de pessoas que levantem essa bandeira , que não deixa a peteca cair!”

P3 - A gente luta pela causa!

P5 - É um engajamento sempre . Os americanos tem um nome pra isso que é advocacy é você batalhar e defender aquela ideia.

P2 - É isso, acho que agente respira isso!

A criatividade dos atores e a luta por defender o trabalho no qual acredita, viabilizou, em meio a este cenário de processo de trabalho, um espaço de construção de lideranças setoriais na transformação de políticas do âmbito macro para micro. Estes novos arranjos institucionais promovem a capacidade de irradiar valores, gerar conhecimento e promover o compromisso com esses valores perante a população e perante a instituição.⁵⁸

Esses atores estão caminhando com vistas à institucionalização das ações desempenhadas pelos PRLHO e, para isso, eles demandam a

participação de outros atores como os responsáveis pela Coordenação Estadual de BLH e pela rBLH-Br.

P5 – “A coordenação da Rede precisa assumir isso como algo oficial, oficializar o que é oficioso! Porque não estamos fazendo nada fora do padrão, a prova é a qualidade do leite que chega na Herculano, e se passarmos em outros bancos vamos ver a mesma qualidade, ou seja, antes de passar na ANVISA, antes de passar em qualquer em qualquer coisa, precisa ser reconhecido como algo oficial da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano, Precisa ser instituído, e essa Rede precisa assumir isso como uma ação oficial.”

P3 – “Acho que não podemos abandonar a ideia de que isso seja regulamentado pela ANVISA, seja tomado pelo ministério da saúde e que possa virar uma ação a ser implantada no Brasil .”

A equipe do grupo de apoio técnico do Estado está elaborando uma minuta para apresentar junto a ANVISA para regulamentar o processo de trabalho dos PRLHO para que não fique apenas no município do Rio de Janeiro, mas que outras unidades do Estado e do Brasil, a fim de que possa agregar qualidade aos serviços, beneficiando mães e bebês através dessas ações.

7.3 Análise Documental:

Nesta seção, em um primeiro movimento, destacamos os principais textos relacionados às políticas públicas em aleitamento materno no Brasil, com vista a compreender o processo histórico da trajetória de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno em nosso país.

Além disso, tal movimento nos permitiu uma ampliação de nossas buscas na compreensão de como estes textos políticos expressam, em seu escopo de influência e definição, proposições pactuadas em âmbito global em

fóruns internacionais dos quais representantes do Brasil estiveram presentes e foram signatários em um primeiro trânsito de apropriação das proposições políticas.

Pudemos observar e compreender também como tais proposições e definições políticas foram apropriados e reinterpretados localmente por atores, trabalhadores da atenção básica em saúde, que propuseram soluções inovadoras locais para ações relacionadas ao apoio e à promoção do aleitamento materno em seu território de atuação. Tais soluções provocaram um rearranjo da relação entre as atenções primária e terciária locais. Tais soluções, por sua vez, foram apropriadas por esferas de governo mais ampliadas, quais sejam, em um primeiro momento, pela Coordenação de Área Programática- CAP 3.1 e, mais tarde, pelo nível municipal, inaugurando um processo, ainda em andamento, de institucionalização de uma política de ampliação da promoção do aleitamento materno e da captação de leite humano doado no município do Rio de Janeiro.

Por corroborar e nos ajudar na compreensão dos processos de construção das políticas públicas de saúde, retomamos à perspectiva do ciclo de políticas de Ball¹⁵ ao defender que as políticas produzidas em nível macro influenciam o nível local onde ali são reinterpretadas de forma criativa e apropriadas pelos atores locais, assim como as micropolíticas produzidas por atores locais influenciam esferas mais ampliadas, onde a produção e as definições macropolíticas acontecem.

Para isto, adotamos a análise documental proposta por Severino⁴¹ que resultou no quadro analítico abaixo, onde foram tratados os principais textos políticos que contribuíram para fortalecimento das ações político-assistenciais

relacionadas à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro.

Quadro analítico: Políticas Públicas em Aleitamento Materno No Brasil

DOCUMENTO	ANO	ESCOPO DE RECOMENDAÇÃO	MENCIONA LEGISLAÇÕES ANTERIORES	PALAVRAS CHAVES
PNIAN – Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno ⁵⁹	1981	Instituto Nacional de Nutrição do Brasil	(Não identificado)	Aleitamento materno / Estratégia
PORTARIA Nº 2.193, DE 14 DE SETEMBRO DE 2006 Define a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH) ⁶⁰	2006	Ministério da Saúde do Brasil	Portaria 698 de 09 abril 2002. Portaria nº 322/GM, de 26 de maio de 1988	Banco de Leite Humano / Institucionalização
RDC 171 DE 04 DE SETEMBRO DE 2006 Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. ⁵	2006	Ministério da Saúde do Brasil	Portaria 322 de 26 de maio 1988.	Banco de Leite Humano / Regulamentação
LEI 11.265 DE 03 DE JANEIRO DE 2006 Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos ⁶¹	2006	Ministério da Saúde do Brasil	Código Internacional de Substitutos do Aleitamento Materno – 1981(OMS, UNICEF) RDC 221 e 222 de 05 de agosto 2002	Comercialização de sucedâneos do leite humano/ Regulamentação
RESOLUÇÃO SES Nº 2.673 DE 02 DE MARÇO DE 2005 Implanta a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no Estado do Rio de Janeiro ¹³	2005	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	Declaração de Innocenti – 1990 (OMS)	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação/ Implantação
PORTARIA Nº 1.920, DE 5 DE SETEMBRO DE 2013 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. ³⁷	2013	Ministério da Saúde do Brasil	Portaria MS/GM 2.799 de 18 novembro 2008.	Promoção do Aleitamento Materno, Alimentação Complementar /Estratégia
Manual Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos. ⁸	2008	Agência Nacional de Vigilância Sanitária.	RDC 171 de 2006.	Orientações referentes às atividades envolvidas no processamento do leite

				humano ordenhado
Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014 ⁶²	2014	Ministério da Saúde do Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Portaria Conjunta SAS/SPS 29 de 22 de junho 2001 -Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 -Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006 -Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 -Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 -Portaria nº 569/GM/MS, de 1º de junho de 2000 - Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006 -Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 - Portaria Nº 80, de 24 de fevereiro de 2011 -Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011 -Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 -Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012 -Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013 -Portaria nº 1.920/GM/MS, de 5 de setembro de 2013 -Portaria nº 650/SAS/MS, de 5 de outubro de 2011 -Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 221, de 5 de agosto de 2002 -RDC nº 222/ANVISA, de 5 de agosto de 2002 -Declaração de Innocenti, na Itália, em 1990 -Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Metas 4 e 5 -Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher -Pactuação ocorrida na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 21 de novembro de 2013 	Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Cuidado Global Cuidado Amigo da Mulher / Regulamentação / Credenciamento

Observamos que frequentemente os textos políticos se remetem a textos antecessores e revisita as definições políticas anteriores relacionadas às proposições atuais, o que sinaliza a característica histórica do processo de construção das políticas públicas de saúde.

Outra característica que pôde ser observada diz respeito às apropriações entre os níveis global e local, quando textos políticos atuais (vide quadro analítico acima) se remetem e se apoiam em textos políticos produzidos em esferas mais ampliadas, tal como, a “Declaração de Innocenti”, de 1990.²⁹

Cumpramos destacar, ainda, que a importância dos cuidados na atenção primária em saúde - APS, cujas atividades desenvolvidas, dentre outras, inclui a educação para prevenção e controle de problemas prevalentes em saúde e o cuidado materno infantil, já havia sido apontada na Declaração de Alma-Ata⁶³ em 1978, em uma perspectiva de promoção da saúde. As recomendações da Declaração de Alma Ata foram apropriadas na Constituição Federal de 1988, a “Constituição Cidadã”, seguida em pouco tempo da aprovação da lei do Sistema Único de Saúde, a Lei nº 8.080 de 1990, o que aponta a forte demanda para transformação da atenção em saúde no Brasil, segundo os princípios da universalidade, equidade, integralidade e segundo critérios de hierarquizados.⁶⁴ Podemos observar, então, que as estratégias de saúde pública no Brasil foram pautadas nas premissas de Alma Ata, ressaltando, no âmbito da saúde da criança, a importância do aleitamento materno e dos cuidados primários na infância.

Não podemos deixar de citar ainda, em 1981, a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM pelo extinto Instituto Nacional de Nutrição, antes mesmo a criação do SUS, que estabelecia como

prioridade na agenda da saúde a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Sua perspectiva de atuação se deu de modo multissetorial, com a criação do Grupo Técnico Executivo do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, onde se estabeleceram mecanismos interinstitucionais, contando com a participação dos Ministérios da Previdência Social, Educação, Cultura, Trabalho assim como Sociedades de Nutrição, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, o UNICEF, OMS/OPAS.⁵⁹

Como já mencionado anteriormente, em 1990, no âmbito dos fóruns globais de definições e de recomendações para as políticas públicas de saúde dos países participantes, a OMS e a UNICEF, lançou a Declaração de Innocenti, a partir de um encontro ocorrido em Florença, na Itália, que propõe um conjunto de metas e objetivos relacionados à promoção da amamentação e recomenda que esta aconteça de forma exclusiva até os seis meses de vida da criança e, de forma continuada e complementar, até os dois anos ou mais.²⁹

A continuidade de esforços para atendimento às demandas de um cuidado à saúde diferenciado para a infância também pode ser observado quando do lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC, em 1991. A IHAC, por sua vez, apresenta um conjunto de medidas para atender as metas da Declaração de Innocenti, através da mudança de normas e rotinas em maternidades, a fim de prevenir o desmame precoce, ao que se denomina até os dias atuais como os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.⁶²

A IHAC foi lançada no Brasil neste mesmo ano. No entanto, ao longo dos anos, a normatização a ela relacionada sofre alterações, sendo associados incentivos pelo Ministério da Saúde para a sua implementação e/ou o

fortalecimento da iniciativa, tais como: estabelecimento de critérios para o credenciamento e atribuição do título de Hospital Amigo da Criança; monitoramento das práticas relacionadas à iniciativa para garantia de sua continuidade; financiamento diferenciado dos procedimentos realizados nas maternidades que orientam suas práticas segundo as recomendações da IHAC, dentre outras.

A última redefinição pelo Ministério da Saúde do Brasil dos critérios de habilitação da IHAC, no âmbito do SUS, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, foi através da Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014.⁶² Nesta pode ser observado a associação das práticas de cuidado relacionados à saúde integral da criança às práticas de cuidado da mulher, já que para a habilitação da IHAC se passou a observar um conjunto de ações, tais como, por exemplo, o cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”; da Lei nº 11.265, de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos⁶¹; do critério global Cuidado Amigo da Mulher, dentre outros. Vincula, com isso, boas práticas relacionadas a mulher e aos bebês desde o pré-natal ao puerpério, bem como a integralidade das ações e o cuidado humanizado.

Neste ponto, cumpre destacar o décimo passo do IHAC, cuja recomendação é promover a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas logo após a alta do hospital ou o encaminhamento destas a outros serviços de apoio à amamentação. Um dos papéis da unidade básica é a formação de grupos de promoção da saúde que permeiam os ciclos de vida como grupos de pré-natal e puerpério. Nesta última

atualização, pôde ser observada que o texto político já aponta para a necessidade de Hospitais Amigos da Criança adotarem ações educativas articuladas com a atenção básica.⁶²

No Rio de Janeiro, de forma específica, no âmbito da atenção primária, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), juntamente com seus colaboradores, através da Resolução SES N° 2673 de 02 de março de 2005¹³, após uma identificação do conjunto de procedimentos e estratégias que contribuiu para difusão das atividades em aleitamento materno praticados pelas UBS durante o período do pré-natal e acompanhamento materno infantil, elaborou um modelo de avaliação semelhante ao IHAC para as UBS para se tornarem IUBAAMs.

A USF Sereno foi uma dessas unidades, cujos atores relatam as mudança de perspectiva sobre o trabalho desenvolvido a partir da influência das políticas nacionais e estaduais em aleitamento materno, reinterpretando-as para o nível local, a fim de atender as demandas solicitantes da população e do serviço como foi a parceria com o BLH.

Isto porque, a USF Sereno foi uma unidade que foi capacitada pela SMS, através da CAP 3.1, para se tornar uma IUBAAM em 2005 e, a partir deste treinamento, a unidade aprimorou suas atividades de promoção ao aleitamento, dando início a parceria com o BLH do HMHP em 2007.

As políticas de saúde conferem uma identidade e convergência para aquelas práticas, intervindo no modo de ser e fazer a promoção da saúde da USF Sereno e são apropriadas pelos sujeitos que a executam. A unidade reinterpretou as políticas do nível macro e trouxe para o cotidiano do seu processo de trabalho o modo de como se promove o aleitamento materno nas

UBS, o que resultou no incremento da captação de leite humano para o BLH da maternidade a qual estava vinculada.

Ainda sobre textos políticos, cumpre ressaltar que, em 1988, através da Portaria nº 322 de 26 de maio de 1988, foi publicado o primeiro documento que aprovou as normas gerais para regulamentar a instalação e o funcionamento dos BLHs no Brasil. Em 1998, o Ministério da Saúde cria a rBLH-Br, tendo em vista a expansão dos BLHs no território nacional. No que diz respeito à regulamentação técnica para o funcionamento dos BLHs integrantes desta rede, destacamos a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 171 de 04 de setembro de 2006 que define as normas de funcionamento para BLHs e Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH).⁸ Além de operar de forma otimizada o excedente da produção láctea das doadoras de leite humano, através da coleta, seleção, classificação e processamento do controle de qualidade e distribuição do leite humano ordenhado, os BLH têm um papel primordial em relação à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno. Cumpre destacar ainda, que os BLHs estão sempre vinculados a uma maternidade hospitalar. Por sua vez, os PCLH estão vinculados ao BLH de referência.

O Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado (PRLHO) não se configuram como os PCLH, os quais têm uma normatização própria assegurada pela RDC nº 171/2006. Os PCLH realizam ações promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como assistir a gestante, a puérpera, a nutriz e a lactente no âmbito das ações anteriormente relacionadas; realizam, ainda, a coleta de leite humano no âmbito de suas dependências físicas.³¹

Os PRLHO não têm como primícia coletar leite humano no interior da unidade, já que isso exigiria uma estrutura física adequada, conforme preconiza a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Os PRLHO orientam as mulheres para que elas realizem a coleta e o armazenamento do leite humano ordenado - LHO na sua residência, com todos dos procedimentos necessários para preservação da qualidade do leite até que ele seja recolhido por um profissional da equipe do PRLHO. A legislação que ampara as atividades dos PRLHO foi adaptada da manual de BLH da ANVISA⁸, no entanto esta estratégia inovadora para ampliar a captação do LHO doado demanda por seu reconhecimento e institucionalização, com vistas à expansão e investimento das suas ações.

Quando nos detemos nos termos e definições da Portaria nº 2.193 de 14 de setembro 2006, que define a estrutura e a atuação dos BLH, bem como a organização da rBLH-Br, pode ser observada uma dinâmica entre os papéis entre os diferentes componentes da Rede. Cumprindo ao Centro de Referência Nacional de Bancos de Leite Humano (CRNBLH), por exemplo, a responsabilidade pela coordenação da rBLH-Br em sua articulação com o SUS, com vistas à implantação e à implementação de estratégias para o setor. O CRNBLH está situado no Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz – IFF/FIOCRUZ e atua como órgão de pesquisa e instância de assessoria e execução das ações planejadas para os BLH no país. À FIOCRUZ compete manter o CRNBLH. Já às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) compete a implantação dos Centros de Referência Estaduais (CREBLH) que têm por finalidade prestar assessoria à área correspondente da SES quanto ao planejamento e ao controle e à

avaliação das ações dos BLHs, além de atuar como órgão de pesquisa e instância executora das ações planejadas.⁶⁰

Pôde-se observar uma indefinição de qual órgão da rBLH-Br teria como função de planejamento, interlocução, em suma, articulação com a rede de atenção básica, nível de atenção de responsabilidade da esfera municipal, evidenciando um *gap* entre as ações da atenção terciária e primária.

A partir de 2005, a SES do Rio de Janeiro, propôs a implantação da IUBAAM. Trata-se de uma iniciativa de trazer as ações de promoção do aleitamento propostas pela IHAC para a atenção básica de forma adaptada, favorecendo a continuação das ações que se iniciaram no parto e puerpério junto às mulheres egressas das maternidades e que demandam continuidade no seguimento às puérperas quando em retorno aos cuidados realizados nas UBSs.

No âmbito do nacional, em uma estratégia para a ampliação dos cuidados nutricionais para o desenvolvimento saudável, o Ministério da Saúde apresentou a proposição da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Criada em 2008 e atualizada pela Portaria nº 1920 de 05 de setembro de 2013, sua finalidade é qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar através da capacitação de tutores com a formação de hábitos saudáveis na infância, visando aprimorar as competências e as habilidades dos profissionais na atenção básica³⁷, o que poderia caracterizar uma sobreposição de ações especificamente no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, unidade da federação onde a IUBAAM já estava estabelecida como uma estratégia para promoção e apoio à amamentação.

Na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil, são promovidas oficinas nas UBSs realizadas por tutores com a duração de 6 a 8 horas, nas quais se promove a necessidade de pactuar as ações em favor do aleitamento materno dentro do processo de trabalho da atenção básica³⁷, bem como a interlocução com os outros níveis de atenção, a fim de estruturar uma rede de promoção à amamentação. Com isso, em um nível macro, a estrutura em rede já trabalha com a ideia de articulação entre as diferentes esferas do Departamento de Ação Programáticas Estratégicas, representadas pela Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, em parceria com o Departamento Nacional de Atenção Básica, ambos do Ministério da Saúde. A proposta é um espelhamento desta articulação no âmbito de responsabilidade das Coordenações Estaduais da Área da Criança e da ABS nos Estados, o mesmo acontecendo entre as Coordenações Municipais.

Podemos observar no conjunto das proposições políticas um trânsito de ações e estratégias que atravessam os diferentes níveis de governabilidade e gestão regional, possibilitando adaptações e novas apropriações a partir das negociações e interesses locais. Frequentemente, também podemos observar um movimento de influência do local para as esferas mais ampliadas.

Cumpramos destacar que a própria Política Nacional de Humanização foi construída pelo processo em nível local com a participação dos profissionais, usuários e gestores, desta forma entendemos que esse diálogo de via dupla entre dos níveis macro e micro são fundamentais para construção de política mais sólidas e factíveis.¹¹

Da mesma maneira, o trabalho que se iniciou na USF no Sereno e que posteriormente se expandiu para mais nove unidades não deixou de ser um desdobramento da rede que guardam convergência com as ações contempladas pela Rede Amamenta e Alimenta. No entanto, a lacuna hoje existente pela ausência da não institucionalização dos PRLHO, bem como uma regulamentação específica para as ações por esses desenvolvidas representam uma fragilidade para essas ações no âmbito dessas unidades básicas de saúde focadas para as ações desenvolvidas no nível mais local.

A demanda expressa pelos atores participantes do presente estudo pela regularização das ações desenvolvidas pelos PRLHO se apresenta como uma possibilidade de uma estratégia para aumentar captação de leite humano, com vistas ao alcance da auto-suficiência dos estoques de LHOP para a qualificação na atenção neonatal quanto à segurança alimentar e nutricional dos recém-nascidos pré-maturos, além de fortalecer o processo de trabalho em rede entre a atenção primária e terciária, capilarizando a ação BLH a todos os níveis de atenção.

Em março 2016, foi realizado o II Encontro de PRLHO, com a presença de representantes e profissionais de saúde dos 14 PRLHO do Município do Rio de Janeiro e com a presença da Coordenação Estadual da Rede BLH, da Gerência do Programa da Criança do Município e alguns representantes de BLH³¹, a fim de estreitar mais os laços entre suas ações. Neste dia foi apresentado e disponibilizado o manual do curso de multiplicadores da Rede de Postos de Recebimento de Leite Humano Ordenado.

7.3 Análise Triangulada:

Nesta seção, pretendemos aprofundar a discussão dos resultados através da triangulação dos métodos de coleta utilizados na pesquisa.

Pudemos observar nas diferentes fontes da pesquisa uma convergência de temas nas respostas apresentadas pelos diferentes atores mesmo que com visões mais particularizadas segundo a perspectiva de cada ator. Nas entrevistas, por exemplo, os ACS, ao responderem centraram suas questões nas atividades voltadas para a promoção do aleitamento materno, onde se percebiam como atores implicados com forte protagonismo nesse processo, trazendo como elemento fundamental para a consecução desta ação a formação em serviço através do curso da IUBAAM.

Alguns dos atores da equipe técnica da USF entrevistados se encontram atualmente na posição gestores regionais e suas falas expressam mais fortemente a preocupação em como se construir estratégias para a expansão da rede para que esta se torne cada vez mais capilarizada; demandam, ainda, uma participação mais ativa da gestão na viabilização dos treinamentos com o envolvimento de um maior número de unidades básicas e de bancos de leite, bem como na institucionalização das ações.

Estes atores, no momento atual, expressaram que precisam buscar soluções para problemas de âmbito macro, fora do escopo de atuação dos mesmos, o que exige deles uma permanente capacidade de exercitar uma visão mais ampliada do processo do aquela de lhes era exigida de outrora, demandando constante movimento de reinterpretações da dinâmica das demandas emanadas pela rede.

Observou-se, ainda, sinalização por parte dos participantes da pesquisa de que a rBLH-Br estabelece um canal de comunicação com os bancos de leite, ou seja, a rede se comunica no âmbito da atenção terciária. A proposta seria que cada BLH assumisse o contato com suas UBSs, a fim de expandir o processo de captação do leite.

Do lugar de protagonismo em que se colocam estes atores, apontam para uma estratégia de implantação de uma rede de PRLHO como estratégia de ampliação da própria rBLH-Br, como um rearranjo possível para o fortalecimento dessa política macro. Vale dizer que tal proposta se converteria em uma expansão das estratégias políticas em BLH que avança cada vez mais a nível global, podendo sofrer influências e agendas na sua reformulação, envolvendo intenções e negociações, com níveis de complexidade diversos, favorecendo um maior contato do nível local com os BLHs e destes com seu CREBLH.¹⁰

Destacamos, ainda, que no grupo focal as falas assumem uma unicidade discursiva em clima de cooperação mútua e luta pelo trabalho no qual acreditam e às ideias que foram formulando e que remontam ao início de suas inserções profissionais na USF Sereno. Através das estratégias adotadas para suprir a falta de insumos, de transporte eles viabilizaram o processo da doação, suprimindo, se responsabilizando por uma lacuna do sistema.

O sentimento produzido pelo engajamento dos atores se traduz em uma militância pela busca do estabelecimento da regulamentação das suas atividades. Expressões como “*a gente luta pela causa!*”, “*é um engajamento sempre!*” e “*a gente respira isso!*” traduzem este engajamento. Destacam a boa comunicação entre os profissionais e o clima de acolhimento entre as

unidades de saúde e entre unidade e população com uma consequente construção de relações de confiança, compromisso e vínculo, como preconiza a Política Nacional de Humanização - PNH.

Uma cultura de comunicação deve ser ampliada, então, como base para o sucesso da política de humanização na saúde, reforçando o desenvolvimento da participação dos usuários, profissionais e gestores, a fim de que se valorize o trabalho em equipe e em redes solidárias; um modelo de gestão mais colegiado e participativo que dê conta da articulação entre os diferentes saberes envolvidos.

Nesta experiência também foi possível identificar os princípios norteadores da PNH que preconiza a perspectiva de um trabalho em rede ao considerarem a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, o apoio à construção de redes cooperativas e solidárias, a construção de autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos.¹¹

Pode-se observar, com isso, que a necessidade de um modelo de organização e prestação de serviços baseado em rede configura em um desafio voltado para um processo de mudança marcado pela incerteza por estar influenciando tanto pelo contexto da macro quanto da microdinâmica dos processos de trabalho. Neste sentido, é emblemática a afirmação de Artmann 2006, de que a “implosão das fronteiras profissionais e organizacionais no setor saúde leva parceiros a se centrarem sobre suas interdependências e a desenvolver relações mais estreitas”.²²

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecemos que o protagonismo dos profissionais da USF e do BLH no caso estudado foi inovador e propositor de mudanças estruturais na relação entre os níveis primário e terciário de atenção no sistema de saúde local, as quais engendraram uma maior capacidade na captação de insumos (leite humano doado e recipientes de vidro para o seu armazenamento) e nas práticas relacionadas à promoção à saúde da população (promoção do aleitamento materno exclusivo) no âmbito da atenção básica, o que resultou em um melhor abastecimento do nível terciário de atenção no que se refere ao leite humano a ser destinado às UTIN (manutenção do estoque de leite humano ordenhado em níveis adequados).

. A análise articulada a algumas categorias teóricas contribuíram para a compreensão da capilarização da ação do BLH para atenção primária, e apresentou estratégias que podem ampliar ações referentes à rede e contribuir para promover localmente as políticas de BLH no Brasil e, conseqüentemente, fortalecer as políticas públicas relacionadas ao aleitamento materno e a segurança alimentar e nutrição saudável da população.

Tal inovação merece ter um eco que reverbere com mais força para outras unidades, a fim de fortalecer as ações de promoção proteção e apoio ao aleitamento materno e o trabalho em rede.

Para isso, os PRLHO necessitam da institucionalização de suas atividades, a fim de que as mudanças propostas tornem-se oficiais, favorecendo a estruturação de uma comunicação e relação entre a rBLH-Br e a

rede de atenção básica, com a participação ativa das UBS na captação do leite para as maternidades.

No dia 31 de março de 2016, no núcleo Perinatal da UERJ ocorreu um encontro dos PRLHO do município do Rio de Janeiro. No referido encontro dos PRLHO, a Gerência do Programa da Criança da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro manifestou um comprometimento em fortalecer essa rede, mas é necessário a envolvimento da Gestão Municipal das maternidades com BLH, bem como o fortalecimento das ações que merecem ser discutidas a fim de estruturar melhor a Rede. Cumpre destacar o estabelecimento de uma necessária parceria também com a coordenação da rBLH-br, com vistas a fortalecer a comunicação entre os atores da rede no sentido de acompanhar, apoiar e assessorar esse processo.

Vale ressaltar que os esforços de estreitamento da relação entre os níveis primário, com expressivo potencial para captação de leite humano, e o nível terciário de atenção, que demanda a manutenção de adequado nível de volume de leite humano pasteurizado para distribuição às UTIN, contribuiriam para o alcance de metas propostas pelo Ministério da Saúde, qual seja, o incremento de 15% de aumento na captação de leite humano, o alcance da autossuficiência em leite humano pasteurizado para às UTIN e fortalecimento das ações de promoção ao aleitamento materno. Tais ações foram concebidas em associação as ações de orientação das mulheres aos benefícios para si e para os seus filhos da prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê e complementado até os dois anos ou mais.

Este rearranjo expressa uma singular leitura do papel de cada um dos atores nas ações de cuidado. Acessar a compreensão dos atores a respeito de

sua participação no cuidado em saúde, como demandante e/ou como prestador do cuidado, nos permitiu compreender como ações engendradas e construídas localmente influenciam a dinâmica das ações planejadas globalmente.

Neste caso, o foco foi quanto à implementação de políticas em saúde relacionadas ao aleitamento materno, das quais a rBLH-Br toma parte e que, a partir da iniciativa e inovação proposta em âmbito local pela USF aqui analisada, reconfigurou e ampliou o alcance das ações BLH junto à população.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rede Brasileira de Bancos de Leite Bancos de Leite Localização e Território http://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php. (acessado em acesso 15 de maio 2016)
2. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde 2012.
3. Maia PRS, Novak FR, Almeida JAG, Silva DA. Bases Conceituais numa estratégia de gestão: O caso da Rede Nacional de Banco de Leite Humano. Caderno de Saúde Pública 2004, 20: 1700-08.
4. Mendes EV. Redes de Atenção à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2010, 15: 2297-305.
5. Ministério da Saúde. Resolução RDC Nº 171, de 4 de setembro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html (acessado em 02 de fevereiro 2016).
6. Campanha Nacional de Doação de Leite Humano, 22 de maio de 2014. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/12924-lancada-campanha-para-incentivar-doacao-de-leite-materno>. (acessado em 10 de abril, 2016).
7. Gianini NOM. Práticas Nutricionais nos Recém-Nascidos com menos de 1500 gramas. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – FIOCRUZ; 2001.
8. Ministério da Saúde. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária Anvisa, 2008.
9. Ministério da Saúde. Pacto pela vida: Brasil reduz mortalidade na infância em 20% acima da média mundial. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19982-brasil-reduz-mortalidade-na-infancia-em-20-acima-da-media-mundial> (acessado em 10 de novembro, 2015)
10. Mainardes J. Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para análise de Políticas Educacionais. Educação Social. 2006; 27:47-69

11. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
12. Diagnóstico Situacional da USF Sereno, Paz e Fé. Trabalho de conclusão do 1º. módulo da Especialização em Moldes de Residência em Saúde da Família. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007.
13. Resolução Secretaria Estadual de Saúde - SES 2673 de 02 de março de 2005. <http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=334> (acessado em 24 de março de 2016).
14. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 - Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html (acessado em 20 de fevereiro 2015)
15. Ball, SJ. Cidadania Global, Consumo e Política Educacional. In: Silva, Luiz Heron (org.) *A Escola Cidadã no Contexto da Globalização*. Petrópolis: Vozes; 1998: 121-37.
16. Bowe R, Ball SJ, Gold A. *Reforming education and changing schools*. London: Routledge, 1992.
17. Artmann E, Rivera FJV. Gestão comunicativa e democrática para a integralidade e humanização dos cuidados em saúde: desafios in Pinheiro R, et al, organizadores. *Construção Social da Demanda por cuidado revisitando o direito a Saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: CESPEC IMS-UERJ ABRASCO, 2013: 225-39
18. Mendes EV. *As Redes de Atenção a Saúde*, Belo Horizonte ESP-MG 2009.
19. Junqueira LAP, Intersetorialidade, Transetorialidade, e Redes Sociais em Saúde. *Revista de Administração Pública* 2000; 34: 35-45.
20. Poldony JM, Page KL. Network forms of organization. *Annual Review of Sociology* 1996; 24: 57-76.
21. Lima JC, FJU Rivera. Redes de conversação e coordenação de ações em saúde: estudo em serviço móvel regional de atenção as urgências. *Cadernos de Saúde Pública* 2010; 26: 323-36.
22. Artmann E, Rivera FJU. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. In Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006: 205-31
23. Rivera, FJU; Artmann, E. *Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012

24. Artmann E. O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Cadernos da Oficina Social. 2000; 3: 98-119.
25. Artmann E. O Planejamento estratégico situacional: à trilogia, matusiana e uma proposta para o nível local de saúde: uma abordagem comunicativa. [dissertação] Rio de Janeiro; Escola Nacional de Saúde Pública; 1993.
26. Victora C, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet Breastfeeding Series Paper 2016; 387: 475–90.
27. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
28. Ministério da Saúde (Brasil) II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
29. UNICEF Brasil. http://www.unicef.org/brazil/pt/media_9993.htm (acessado em 03 de março de 2015)
30. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
31. Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro-FAPERJ. Relatório final de bolsa de iniciação científica: Avaliação dos fatores associados à doação de leite materno por usuárias de unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro : monitoramento dos postos de recebimento de leite humano ordenhado, 2016.
32. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais Saúde: Direito de Todos: 2008 – 2011: Brasília: Ministério da Saúde; 2008
33. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO Promoção. Proteção e apoio a amamentação no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, uma política de Saúde Pública, baseada em evidência. Caderno de Saúde Pública 2005; 21: 1901-10.
34. Oliveira MIC, IUBAAM: Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: passo e histórico. <http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=334> (acessado em junho de 2015).
35. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores Associados ao Aleitamento Materno Exclusivo: o papel no cuidado da atenção básica. Caderno de Saúde Pública 2010; 26: 2343-54.

36. Czeresnia D. Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM (organizadora). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003: 39-53.
37. Ministério da Saúde, Portaria Nº 1.920, 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.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html (acessado em 11 de abril, 2016)
38. Yin R K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001
39. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
40. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social – Teoria Método e Criatividade. 25ª.ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
41. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático, Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
42. Severino, A.J. Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo: Cortez; 1993.
43. Rocha D, Deusdará B. Análise de Conteúdo e Análise de Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. Alea: Estudo Neolatinos 2005; 7: 305-22.
44. Fairclough N. Teoria Social do discurso in Discurso e mudança social. Izabel Magalhaes. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.
45. Matus C. Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: Edições Fundap; 1996
46. Barros, MEB in Avaliação e formação em Saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento. In: Pinheiro R, Mattos RA Gestão em Redes, práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CPESC 2000; 261-88.
47. Oliveira MIC, Gomes, MA. As unidades básicas amigas da amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In:

- Rego, JD (org.) Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, 2001; 343-66.
48. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Superintendência de Atenção Primária à Saúde. Linha do cuidado da atenção integral à saúde da criança. <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/485.pdf> (acessado em 14 de janeiro 2015)
49. Artmann E, Rivera FJU. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8: 479-99.
50. Artmann E.; Rivera FJU. Gestão comunicativa e democrática para a integralidade e humanização do cuidado em saúde: desafios. In: R Pinheiro, et al (Org.). *Construção Social da Demanda por Cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO 2013: 1; 225-39.
51. Lima JC, Rivera FJU. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação* 2009; 13: 329-42.
52. Franco TB. As Redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde in: Pinheiro R e Mattos RA, *Gestão em Redes : práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO 2006, 460-72.
53. Artmann E, Rivera FJU. L'Hôpital em Restruction: Regards Croisés Sur La France Et Le Québec. Contandriopoulos D, Contandriopoulos A-P, Denis J-L, organizadores. Montreal : Les Presses de L'Univerité de Montreal; 2005. *Caderno de Saúde Pública* 2006; 22(10).
54. Habermans J. *Teoria do agir comunicativo*, Trad Flávio Siebeneicher, São Paulo: Martins fontes, 2012.
55. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União – Portaria 1153 de 22 de maio de 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html (acessado em 14 de setembro 2015)
56. Hartz, ZMA. Meta-Avaliação da gestão em saúde: desafios para uma "nova saúde pública" *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17: 832-34.
57. Oliveira MIC, Gomes, MA. As unidades básicas amigas da amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: Rego, JD (org.) *Aleitamento Materno*. São Paulo: Atheneu; 2001: 343-66.

58. Paim JS, Filho NA. Saúde Coletiva “uma nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* 1998; 32: 299-316.
59. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação de Nutrição – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, julho 1991)
60. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União – Portaria 2.193 de 14 de setembro de 2006. Define a estrutura e atuação dos bancos de leite humano. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2193_14_09_2006.html (acessado em 30 de novembro de 2015).
61. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.265 de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização o de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm (acessado em 14 dezembro 2015).
62. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação para Iniciativa Hospital Amigo da Criança, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html (acessado em 19 de dezembro de 2015)
63. Declaração de Alma-Ata. Conferencia Internacional para os cuidados da Atenção Primária em Saúde. <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/> (acessado em 28 de abril de 2015)
64. Presidência da República. Casa Civil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe da condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm (acessado em 24 de maio de 2015).

10. APÊNDICES

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS E GESTORES

- 1) Como começou o trabalho de parceria entre a unidade e a maternidade?
Quais as dificuldades que vocês enfrentaram no início?
- 2) A experiência trouxe ganhos? Quais?
- 3) Como foi a adesão/participação dos profissionais, das mães, e dos gestores?
- 4) Como foi a participação da gestão regional e municipal neste trabalho?
Outros atores também tomaram parte?
- 5) Como esta unidade se articula com outras da rede?
- 6) Esta experiência teve continuidade? Caso sim, o que você considera importante para essa continuidade?
- 7) Você acha que a experiência contribuiu como forma de capacitação?

Obs: se precisar complementar pedir esclarecimento. Ex: esta estratégia foi

ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL (profissionais e gestores)

- 1) De maneira (de que forma) começou o trabalho desenvolvido entre o CMS Sereno e o Banco de Leite?
- 2) Como vocês percebem o papel de cada um neste processo?
- 3) Como vocês vêm os resultados desse trabalho? Quais os frutos?
- 4) Na época, como vocês viram a Política Aleitamento materno, a Rede Banco de Leite e o papel da equipe de saúde da família nesta rede?

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DO NÍVEL LOCAL NO DESAFIO DO FORTALECIMENTO DA REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: ELIZABETH ARTMANN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45835715.0.0000.5289

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.186.088

Data da Relatoria: 23/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso com foco na análise de como ocorreu implementação de políticas de aleitamento materno em nível local, no caso numa unidade de saúde da família. Buscaremos analisar os eventos disparadores que motivaram o esforço e a construção de estratégias por parte dos profissionais de saúde da unidade básica e do banco de leite, que resultaram em um rearranjo da dinâmica do seu processo de trabalho e a

compreensão de seu papel no cuidado e na atenção das mulheres e famílias frequentadoras da unidade. Partindo da hipótese de que o estudo aqui proposto considera que a análise de como se deu a dinâmica do processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde Sereno e a

compreensão de sua interação na rede de saúde em seu sentido mais ampliado, ressignifica seu papel e contribui para um rearranjo da relação atenção primária e terciária de atenção no que diz respeito do aleitamento materno no Município do Rio de Janeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Objetivo geral do estudo é analisar a experiência entre o antigo CMS Sereno e o Banco de Leite da Maternidade Herculano Pinheiro, destacando a interface entre o nível de atenção primário e terciário.

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@ff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 1.166.068

Objetivo Secundário.

Os objetivos específicos do estudo são:

Descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família e do banco de leite;

Analisar a interface entre a unidade de saúde da família e a maternidade do ponto de vista do trabalho em rede;

Discutir estratégias construídas pelos atores envolvidos na atuação da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como expressões das proposições políticas mais amplas desde campo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não oferecerá risco à saúde dos sujeitos, pois implica em análise de documentos e realização de entrevistas e grupo focal. Ambos serão gravados em aparelho eletrônico. Possíveis desconfortos decorrentes do receio da identificação dos respondentes às entrevistas e o questionário do grupo focal, serão minimizados através da garantia do sigilo absoluto das informações obtidas pelos pesquisadores. O nome, endereço e outras informações pessoais serão removidos dos formulários (roteiros de entrevistas e grupo focal) que receberão apenas um código para a identificação dos participantes, porém, em decorrência da especificidade da amostra, existe risco de identificação do cargo ocupado pelo sujeito da pesquisa. Para minimizar este risco, todos os registros serão guardados em lugar seguro sob a responsabilidade dos pesquisadores por 5 anos.

Benefícios:

Pretende-se que os resultados auxiliem os gestores e profissionais na melhoria das ações de promoção ao aleitamento materno e de suas praxidades com foco na melhoria contínua da gestão e assistência de saúde no município. Essa pesquisa não oferece nenhuma recompensa financeira aos seus participantes, e nenhuma vantagem de outra natureza.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo factível e viável.

No entanto, sugerimos que os autores reavaliem a apresentação e articulação da contextualização do objeto, os objetivos e pressuposto. Levando em conta a própria perspectiva de redes de atenção colocada pelos autores, consideramos que o trabalho conjunto para a captação de leite humano é apenas uma das diferentes interfaces entre esses pontos de atenção (UBS e maternidade). Assim sendo, outras interfaces que requerem essa articulação para a linha de cuidado materno-infantil deveriam ser consideradas. Inserir cronograma com os anos.

Endereço: RUI BARROSA, 710
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.253-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-3491 E-mail: cepff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 1.166.068

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Aprovado o TCLE dirigido aos profissionais. Artes de dar prosseguimento às exigências em relação ao TCLE (carimbo e assinatura do CEP-IFF) , rever o seguinte texto do TCLE dirigido às mães: "porém, em decorrência do pequeno número de participantes, existe risco de identificação pelo sujeito da pesquisa", descrever como serão tratados e minimizados estes riscos.

Recomendações:

Observar as recomendações acima descritas.

O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SOMENTE PODERÁ SER UTILIZADO APÓS SER CARIMBADO, DATADO E ASSINADO PELO CEPIFF

OBSERVAR AS RECOMENDAÇÕES DA RESOLUÇÃO 468/12

COMUNICAR AO CEPIFF O INICIO E ENCERRAMENTO DO PROJETO EM NOTIFICAÇÃO

É OBRIGATÓRIO APRESENTAR OS RELATORIOS SEMESTRAIS E FINAIS ATRAVÉS DA NOTIFICAÇÃO NA PLATAFORMA BRASIL.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 31 de Julho de 2015

Assinado por:
maria elisabeth lopes moreira
(Coordenador)

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DO NÍVEL LOCAL NO DESAFIO DO FORTALECIMENTO DA REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: ELIZABETH ARTMANN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45835715.0.3001.5279

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.210.188

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso com foco na análise de como ocorreu implementação de políticas de aleitamento materno em nível local, no caso numa unidade de saúde da família. Buscaremos analisar os eventos disparadores que motivaram o esforço e a construção de estratégias por parte do profissionais de saúde da unidade básica e do banco de leite, que resultaram em um rearranjo da dinâmica do seu processo de trabalho e a compreensão de seu papel no cuidado e na atenção das mulheres e famílias frequentadoras da unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Objetivo geral do estudo é analisar a experiência entre o antigo CMS Sereno e o Banco de Leite da Maternidade Herculano Finheiro, destacando a interface entre o nível de atenção primário e terciário.

Objetivo Secundário:

Os objetivos específicos do estudo são descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família e do banco de leite; analisar a interface entre a unidade de saúde da família e a maternidade do ponto de vista do trabalho em rede; discutir estratégias construídas pelos atores

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.210.188

envolvidos na atuação da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como expressões das proposições políticas mais amplas desde campo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferecerá risco à saúde dos sujeitos, pois implica em análise de documentos e realização de entrevistas e grupo focal. Ambos serão gravados em aparelho eletrônico. Possíveis desconfortos decorrentes do receio da identificação dos respondentes às entrevistas e o questionário do grupo focal, serão minimizados através da garantia do sigilo absoluto das informações obtidas pelos pesquisadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma foi ajustado. Foi fornecido orçamento e declaração negativa de custos.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ**



Continuação do Parecer: 1.210.198

cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	AutorCFANass.pdf	22/05/2015 07:05:44		Aceito
Outros	AutorCMHPass.pdf	22/05/2015 07:06:49		Aceito
Outros	AutorVicePesqass.pdf	22/05/2015 07:08:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	28/05/2015 18:45:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Mestrado - Qualificação.docx	28/05/2015 18:46:04		Aceito
Folha de Rosto	fr_juliana.pdf	29/05/2015 13:06:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_510654.pdf	29/05/2015 13:10:43		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Setembro de 2015

Assinado por:

Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br