

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA

ANDRESSA AMORIM DA SILVA

**LINHA DE CUIDADO EM ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO DOCUMENTAL
E DE LITERATURA FONOAUDIOLÓGICA**

CAMPINAS

2021

ANDRESSA AMORIM DA SILVA

**LINHA DE CUIDADO EM ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO DOCUMENTAL E
DE LITERATURA FONOAUDIOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Fonoaudiologia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas sob orientação da Prof^a Dra^a. Iara Bittante de Oliveira

CAMPINAS

2021

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana A Bracchi CRB 8/10221
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

Silva, Andressa Amorim da

Aleitamento materno, atenção integral à saúde, políticas públicas, serviços de saúde, integralidade em saúde e fonoaudiologia / Andressa Amorim da Silva. - Campinas: PUC-Campinas, 2021.

100 f.: il.

Orientador: Iara Bittante de Oliveira.

TCC (Bacharelado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Fonoaudiologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2021.

1. Aleitamento materno. 2. Atenção integral à saúde. 3. Políticas públicas. I. Oliveira, Iara Bittante de . II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Faculdade de Fonoaudiologia. III. Título.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA**

ANDRESSA AMORIM DA SILVA

**LINHA DE CUIDADO EM ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO DOCUMENTAL E
DE LITERATURA FONOAUDIOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
defendido e aprovado em 24 de novembro
de 2021 pela comissão organizadora:



Profa. Dra. Iara Bittante de Oliveira
Orientadora e presidente da comissão
examinadora.

Pontifícia Universidade Católica de
Campinas



Profa. Me. Maria Teresa Pereira
Cavalheiro
Comissão examinadora
Pontifícia Universidade Católica de
Campinas

Campinas, 24 de novembro de 2021

Para o meu filhote Daniel que
com seus cachinhos e jeitinho
calmo me entorpeceu de
ocitocina, me permitindo
amamentá-lo e escrever sobre
Aleitamento Materno com o
máximo de dedicação.
Para meu vovô Onir (in
memoriam) por ter sido o
grande amor da minha vida.
Sempre serão meus
diamantes.

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores e minhas professoras,
Desde a pré-escola, que tiveram um enorme impacto na minha paixão pelos estudos.

À professora Dra. Iara Bittante de Oliveira,
Por ter me dado a liberdade e autonomia para escrever sobre o que me encanta, por confiar em mim e me orientar tão brilhantemente.

À professora Dra. Helenice Yemi Nakamura,
Pelos ensinamentos sobre pesquisa durante nosso tempo juntas na Iniciação Científica e por me fazer acreditar em mim enquanto mãe e futura profissional.

À Dra. Camila Lima Nascimento,
Fonoaudióloga do meu “postinho”, que me ensinou o impacto, na prática, que nossa profissão pode fazer na vida das pessoas. Com você, compartilho o amor e as inquietudes à Fonoaudiologia.

À professora Me. Maria Teresa Pereira Cavalheiro, a “Bibi”,
Eu seria injusta se tentasse escrever em um parágrafo tudo que você significa pra mim. Você é a responsável por me apaixonar pela Saúde Pública.

Ao projeto Ver-SUS e a todas e todos que conheci por ele,
Razões pelas quais eu não desisto da nossa juventude e nem das lutas sociais. Quando me canso, lembro dos dias que passamos juntas e juntos, lutando e aprendendo pelo e sobre o SUS.

Aos meus melhores amigos Julia Batista Corrêa Gomes e Erick Gonçalves dos Santos,
Obrigada pela amizade, aprendizados, momentos e tudo mais que me proporcionaram, sei que estarei ao lado de maravilhosos profissionais de saúde.

Às mulheres da minha família,
Minha vovó Marly pela inspiração e motivação, minha prima Amanda e minha tia Leila por terem cuidado tão bem do meu filho - e conseqüentemente de mim - todo esse ano e a minha mãe Alessandra pelo laço inquebrável que temos e por nunca ter duvidado da minha capacidade.

Ao Geovane,
Meu suporte, amigo e incentivador diário. Obrigada por encarar com tanta dedicação, parceria e presença a jornada de criar um ser humano comigo.

Esta lista não está em ordem de prioridade, eu não conseguiria fazer isso, mesmo que tentasse.

*“Amamentar é um ato psíquico,
Indiscutivelmente, um ato político,
Seguramente, um gesto psicológico...
Amamentar é um momento magnífico,
Traduz, decerto, um posicionamento crítico,
Amamentar é um ícone ecológico...*

*Para muitas mães, traduz um ato prático,
Para muitos bebês, um exercício rítmico,
Talvez, dos movimentos, o mais democrático,
Dos comportamentos, o mais mítico...
Amamentar é fantástico...
É o antídoto contra o bico plástico.*

*É mais antigo que o homem paleolítico,
Definitivamente, o encontro mais romântico,
Possivelmente, o termo mais poético,
Provavelmente, o contato mais íntimo,
E, embora às vezes ganhe um tom dramático,
Não há como negar-lhe o lado místico...*

*Não há como não ver seu lado lúdico,
De significado tão elástico,
Coerente como um cálculo aritmético.
Por isso um gesto sempre tão simpático,
Por isso nunca de um padrão estático,
Por isso quase sempre um gosto estético...”*

Luís Alberto Mussa Tavares

RESUMO

Silva AA. Linha de cuidado em aleitamento materno: revisão documental e de literatura fonoaudiológica. 2021. 100F. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Fonoaudiologia.

Introdução: O Aleitamento Materno (AM) é evidenciado como uma das ações isoladas de maior impacto na diminuição da morbimortalidade infantil. Por isso, é preconizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) até os seis meses de vida da criança de modo exclusivo e recomendado até dois anos ou mais. No Brasil, a legislação de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno é considerada das mais avançadas. Vista como modelo por diversos países, no entanto, os dados epidemiológicos comprovam que todos os índices relacionados ao AM ainda estão aquém do esperado. Por conta do grande impacto na sociedade, o AM deve ter sua abordagem pautada nos princípios do SUS e do olhar ampliado para garantir seu sucesso. **Objetivo:** Revisar literatura fonoaudiológica em aleitamento materno e relacionar com políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Método:** Utilizaram-se dois procedimentos de pesquisa para o delineamento deste estudo: a pesquisa documental relacionada a políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e a revisão da produção científica em fonoaudiologia em aleitamento materno. Na documental foi acessado o *site* oficial do Governo Brasileiro, a fim de selecionar políticas públicas pertinentes ao aleitamento materno. A pesquisa da produção científica foi realizada por meio de consulta às quatro revistas científicas brasileiras de fonoaudiologia, bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe – LILACS. Por meio de Teste de Relevância, formulado para atendimento aos critérios de inclusão, foram selecionados e analisados artigos científicos originais, publicados na íntegra, em português, no período de 2011 e 2020. **Resultados:** Na pesquisa documental, foram selecionadas seis políticas públicas principais diretamente ligadas ao Aleitamento Materno. Quando analisadas isoladamente, as políticas públicas são assertivas quanto à atenção e contribuem significativamente à adesão e manutenção do AM, porém, têm sido implementadas de forma desigual e muitas vezes desarticuladas no país, fragmentando o cuidado aos binômios mãe-bebê e suas famílias e prejudicando a Integralidade em saúde. Em relação à pesquisa da produção científica, a amostra final constituiu-se de onze estudos. Oito estudos (72%) apresentaram enfoque em práticas fonoaudiológicas assistenciais (avaliação e intervenção em saúde relacionados ao AM) e apenas três (27%) tiveram como objetivo a educação em saúde relacionada ao AM. Evidencia-se importante carência de estudos em promoção e prevenção em saúde no AM, 64% na região Sul e Sudeste do país. O documento “Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno” publicado pelo Ministério da Saúde (2017), corrobora a esse trabalho, pois constata que é preciso promover a articulação e integração das políticas públicas de atenção ao Aleitamento Materno, que se encontram fragmentadas. **Conclusão:** Observa-se relevante interesse em atuar com prematuros no AM, o que contribui com a equidade do atendimento, já que se trata de população de maior risco. Percebe-se a necessidade de se estruturar as práticas de atenção ao aleitamento materno à realidade dos serviços no Brasil, que ainda se baseiam na perspectiva intervencionista. Há predominância de publicações de estudos centrados na região Sul, com escassez de publicação de estudos de práticas fonoaudiológicas na promoção e prevenção em saúde em todas as regiões brasileiras, bem como na atenção básica, prejudicando a integralidade em saúde.

Palavras chave: Aleitamento Materno, Atenção Integral à Saúde, Políticas Públicas, Serviços de Saúde, Integralidade em Saúde e Fonoaudiologia

ABSTRACT

Silva AA. Breastfeeding in care line: Documental Review and Literature Review in Speech Therapy Approaches 2021. F 100. Conclusion Work Course, Pontifical Catholic University of Campinas, City of Health, Faculty of Speech Therapy.

Introduction: The breastfeeding (BF), is evidenced as one of the isolated actions with the greatest impact on reducing child morbidity and mortality. Therefore, it is recommended by the United Nations Children's Fund (UNICEF), the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health (MOH) until the child's six months of life exclusively and recommended to two years or more. In Brazil, the protection legislation, promotion and support to breastfeeding is considered one of the most advanced. Seen as a model by a lot of countries, however, the epidemiologic data proves that all the indices related to BF are below the expected. Due to the great impact on society, the BF must have its approach based on the principles of SUS and the extended look to guarantee its success. **Objective:** Review speech therapy literature on breastfeeding and relate it to public policy of protection, promotion and support to the breastfeeding within the Unified Health System. **Method:** Two research procedures were used to design this study: documental research related to public policies of protection, promotion and support of breastfeeding and the review of scientific production in speech therapy in breastfeeding. In the documentary, the official website of the Brazilian Government was accessed, in order to select public policies relevant to breastfeeding. The research of scientific production was carried out by consulting the four Brazilian scientific journals of speech therapy, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature – LILACS databases. Through the Relevance Test, formulated to meet the inclusion criteria, original scientific articles, published in full, in Portuguese, between 2011 and 2020, were selected and analyzed. **Results:** In the documentary research, six main public policies linked to breastfeeding were directly selected. When analyzed in isolation, public policies are assertive about care and significantly contribute to the adherence and maintenance of breastfeeding, however, they have been implemented unequally and often disjointed in the country, fragmenting the care of mother-infant and their families and harming Integrality in health. Regarding the research of scientific production, the final sample consisted of eleven studies. Eight studies (72%) focused on speech-language care practices (assessment and health intervention related to BF) and only three (27%) aimed at BF-related health education. There is an important lack of studies on health promotion and prevention in BF, 64% in the South and Southeast regions of the country. The document "Bases for the discussion of the National Policy for the Promotion, Protection and Support of Breastfeeding" published by the Ministry of Health (2017), corroborates this work, since it finds that it is necessary to promote the articulation and integration of public care policies for attention to breastfeeding, which are fragmented. **Conclusion:** There is a relevant interest in working with preterm infants in BF, which contributes to the equity of care, since this is a higher risk population. There is a need to structure breastfeeding care practices to the reality of services in Brazil, which are still based on an interventionist perspective. There is a predominance of publications on studies centered on the South region, with a lack of publication of studies on speech therapy practices in health promotion and prevention in all Brazilian regions, as well as in primary care, undermining health comprehensiveness.

Keywords: Breast Feeding. Comprehensive Health. Public Policy. Health services. Health promotion. Speech, Language and Hearing Sciences.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma das etapas da pesquisa das políticas públicas em Aleitamento materno com o descritor “Aleitamento Materno” no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (MS).....	49
Figura 2. Fluxograma das etapas da pesquisa das políticas públicas em Aleitamento materno, com o descritor “Saúde da Criança” no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (MS).....	50
Figura 3. Fluxograma das etapas da pesquisa das políticas públicas em Aleitamento materno com o descritor “Leite Humano” no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (MS).....	50
Figura 4. Número de artigos encontrados por busca eletrônica nas bases de dados LILACS e SciELO por meio do uso do descritor “Aleitamento Materno” combinado com outros DeCS.....	52
Figura 5. Formulário de aplicação do teste de relevância.....	54
Figura 6. Fluxograma das etapas da seleção de artigos.....	56
Figura 7. Fluxograma das etapas da pesquisa.....	57
Figura 8. Caracterização dos artigos em relação às práticas fonoaudiológicas a partir de análise dos conteúdos das pesquisas.....	65
Figura 9. Distribuição e quantidade dos estudos selecionados por região no Brasil.....	66
Figura 10. Distribuição e quantidade dos estudos selecionados por estado brasileiro.....	66
Figura 11. Distribuição e quantidade dos estudos selecionados por característica organizacional dos serviços indicados nos mesmos.....	67
Figura 12. Distribuição e quantidade dos estudos selecionados referentes às políticas públicas indicadas nos mesmos.....	67
Figura 13. Distribuição e quantidade dos estudos selecionados referentes a temática principal.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Nomenclatura dos periódicos e volumes consultados.....	53
Quadro 2. Síntese dos componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.....	58
Quadro 3. Identificação dos artigos selecionados para a revisão da produção científica.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM: Aleitamento Materno

AMC: Aleitamento Materno Complementar

AME: Aleitamento Materno Exclusivo

AMP: Aleitamento Materno Predominante

AMS: Assembleia Mundial de Saúde

AB: Atenção Básica

APS: Atenção Primária à Saúde

ACR: Audiology Communication Research

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde

DP: Desmame Precoce

CoDAS: Distúrbios da Comunicação, Audiologia e Deglutição

ECT: Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos

EAAB: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

Enpacs: Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IUBAM: Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

LC: Linha de Cuidado

LILACS: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*

MC: Método Canguru

MS: Ministério da Saúde

MTA: Mulher Trabalhadora que Amamenta

NBCAL: Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes

ODM: Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS: Organização Mundial de Saúde

IPCC: Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde

PNAISC: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PRMI: Projeto de Redução da Mortalidade Infantil

RBLH-BR: Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano

SMAM: Semana Mundial de Amamentação

SUS: Sistema Único de Saúde

SciELO: *Scientific Eletronic Library Online*

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

WABA: World Alliance for Breastfeeding Action

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1. Aleitamento materno - fisiologia e benefícios.....	16
2.2. Aleitamento Materno - aspectos históricos e sócio-culturais.....	19
2.3. Panorama do Aleitamento Materno no Brasil.....	28
2.4. O Sistema Único de Saúde.....	29
2.5. Políticas Públicas Pró-aleitamento materno.....	34
2.6. Linhas de cuidado: conceitualização.....	38
2.7. Integralidade em Saúde e Aleitamento Materno.....	39
2.8. A Fonoaudiologia e o Aleitamento Materno.....	41
3. OBJETIVO	
3.1. Objetivo Geral.....	44
3.2. Objetivos Específicos.....	44
4. MÉTODO	
4.1. Fase I: Revisão Documental.....	45
4.1.1. Procedimentos para análise das políticas públicas.....	48
4.2. Fase II: Revisão da produção científica.....	48
4.2.1. Descrição da produção científica nas bases de dados.....	48
4.2.2. Descrição da produção científica nas revistas de fonoaudiologia.....	50
4.2.3. Seleção dos artigos para a revisão da produção científica.....	51
4.2.4. Procedimentos para análise dos artigos	53
4.3. Síntese das etapas da pesquisa.....	54
5. RESULTADOS	
5.1. Parte I: Pesquisa Documental.....	55
5.2. Parte II: Pesquisa da Produção Científica.....	59
5.2.1. Caracterização dos artigos.....	62
6. DISCUSSÃO	66
7. COMENTÁRIOS FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	97

1. INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM), quando bem sucedido, além de fortalecer o vínculo entre mãe e filho, é capaz de evitar infecções gastrointestinais e respiratórias, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade infantil; diminuir o risco de alergias, hipertensão, diabetes e colesterol alto, reduzindo a obesidade em longo prazo. Também, além de melhora da nutrição e desenvolvimento da criança, afeta positivamente a sua inteligência, favorecendo maior escolaridade e, conseqüentemente, renda na vida adulta^{1,2,3,4,5}.

De acordo com a vasta literatura, pode-se afirmar que os benefícios advindos do AM vão além do cuidar da criança, se estendendo à mãe, a família, a sociedade e até mesmo ao meio ambiente^{1,2,3,4,5}.

Em vista disso, o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é preconizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) até os seis meses de vida da criança e recomendado até os dois anos ou mais, pois se trata do alimento mais completo, capaz de suprir as necessidades nutricionais, imunizar a criança contra diversas doenças e contribuir para um desenvolvimento cognitivo e emocional, reduzindo, dessa forma, o gasto da saúde pública com medicamentos, internações e tratamentos^{1,5}.

Apesar de todas as evidências científicas já apontarem para as incontáveis vantagens e benefícios do AM, o mesmo carece de proteção e promoção no Brasil e ao redor do mundo, haja vista que essas informações ainda não alcançaram todas as famílias e profissionais de saúde, e a prática ser obstáculo para a indústria de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças até os 3 anos, o que se mostra nos altos índices de Desmame Precoce (DP)^{3,6}.

No Brasil, a legislação de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno é considerada das mais avançadas, sendo respeitada e vista como modelo por diversos países, pois conta com ações, estratégias e programas que impactam positivamente a população. No entanto, ainda é de interesse dos estudiosos e ativistas do AM alcançarem uma Política Nacional de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno e a construção de uma linha de cuidado no contexto das Redes

de Atenção à Saúde no SUS, pois o panorama brasileiro de Aleitamento Materno ainda está aquém do ideal^{7,8}.

Tendo em vista o impacto que o Aleitamento Materno, quando não estabelecido, tem sobre a saúde pública e da importância da abordagem acerca do processo da amamentação ser pautada nos princípios do SUS, bem como sob o olhar ampliado, é de interesse deste estudo revisar literatura fonoaudiológica em aleitamento materno e relacionar com políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno no âmbito do Sistema Único de Saúde

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão de literatura serão discutidos os temas relevantes para compreensão do trabalho. Inicialmente, breve definição da fisiologia, benefícios e importância, recomendações do Aleitamento Materno. No segundo tópico será abordado o percurso da prática do AM ao longo da história da humanidade até os dias atuais, bem como o impacto sociocultural na prática do AM. No terceiro e no quarto tópicos, será abordado o panorama do AM no mundo e no Brasil, assim como seus determinantes. No quinto e sexto tópico breve descrição do Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas existentes no país com vistas a proteção, promoção e apoio ao AM, respectivamente. No sétimo tópico, será realizada a conceitualização da Linha de Cuidado (LC), no oitavo será abordada a Integralidade em Saúde no Aleitamento Materno e por fim, a atuação da fonoaudiologia no processo da amamentação no nono tópico.

2.1 Aleitamento Materno - fisiologia, conceitos e benefícios

O leite materno é devidamente adequado às características do bebê, principalmente, por sua mutabilidade em relação à composição química, que varia durante o dia e conforme o tempo da mamada, se moldando às necessidades fisiológicas e beneficiando o organismo infantil não só do aspecto nutricional, mas também higiênico, imunológico, psicossocial e cognitivo^{11,12}.

Caracterizado por mais de 200 substâncias específicas para a espécie e para o organismo, o leite humano contém em sua composição química: água, calorias (energia), proteínas, lipídios, carboidratos, minerais e vitaminas. Devido a esse aporte nutricional, estudos nacionais e internacionais concordam que o aleitamento materno é capaz de evitar infecções gastrointestinais e respiratórias e diminuir o risco de alergias, hipertensão, diabetes e colesterol alto, reduzindo a obesidade a longo prazo^{1,2,13}.

O movimento realizado no processo de retirada do leite da mama da mãe contribui para o desenvolvimento adequado das estruturas ósseas e musculares

orofaciais, o que promove melhor alinhamento dos dentes e boa oclusão dentária, melhorando o desempenho mastigatório, respiratório e de fala^{1,2,13,14}.

Todo esse aporte contribui com a diminuição da morbimortalidade infantil, fazendo com que o país atinja metas e objetivos importantes tanto para a nação quanto para o mundo^{1,15}.

Em se tratando dos benefícios para a mãe (independente de idade, etnia, paridade e se está ou não passando pela menopausa), estudos comprovam que amamentar o bebê no peito reduz o risco do câncer de mama. Essa diminuição do risco é estimada em 4,3% a cada 12 meses de duração de amamentação^{1,15}.

Além disso, as evidências demonstram o efeito protetor da amamentação para o câncer de ovário, osteoporose, risco de artrite reumatoide, retorno ao peso pré-gestacional mais rapidamente no puerpério, duração da amenorréia lactacional, especialmente quando a amamentação é exclusiva, aumentando o espaçamento entre as gestações, além da redução de risco para diabetes tipo 2^{15,16}.

Alguns estudos exploram o efeito positivo na autoestima da mulher devido o vínculo forte que se cria com o bebê, principalmente por conta de, no momento da amamentação haver, entre o binômio, troca de olhares, carícias, e sorrisos, elevando a sensação de bem estar e alegria na mãe^{17,18}.

Essas vantagens se estendem à família, pois além de prático, o leite materno é econômico, não demandando gasto com nenhum tipo de alimento até os 6 meses da criança e a médio prazo, menor gasto com remédios e acesso a serviços de saúde e, conseqüentemente, evitar o absenteísmo dos pais ao trabalho. Essa economia nos gastos com o bebê contribui para o relacionamento interpessoal da família, que se sente muito mais feliz ao testemunhar o desenvolvimento da criança amamentada^{19,20}.

Além da economia familiar, amamentar o bebê impacta positivamente na saúde pública, considerando que a amamentação evita doenças e, conseqüentemente, hospitalizações e utilização de medicamentos, cujo custo é alto para o Sistema de Saúde¹⁵.

Ademais, amamentar no peito é totalmente seguro ecologicamente, pois não gera lixo e evita o desmatamento que se faz para suprir as vacas exploradas na retirada do leite que o substituiria, o que por sua vez diminuiria a erosão e exaustão do solo, bem como evitaria a liberação de toneladas de metano nos dejetos do animal,

deixando de contribuir com o efeito estufa que é considerado um dos principais problemas do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC) e enorme dilema na ecologia mundial^{20,21}.

Sobre sua recomendação, importantes entidades e organizações em todo o mundo preconizam o aleitamento materno da primeira hora de vida até o segundo ano ou mais, sendo que até os seis meses ressalta-se que o bebê não precisa de nenhum outro tipo de alimento ou bebida, nem mesmo água. Após os seis meses deve-se introduzir outros alimentos e água, mas o leite materno deve ser mantido como principal fonte de nutrientes até o fim do primeiro ano de vida^{22,23,24,25,26,27,28}.

Ainda que essas informações alcancem as famílias, não se garante o AME, pois os diferentes contextos sociais e culturais podem influenciar a prática do AM e seus determinantes. Dentre as variáveis que têm sido apontadas pela literatura científica como determinantes da interrupção do AME, se destacam: uso de chupeta, baixa escolaridade materna, menor nível socioeconômico e primiparidade. Sabendo disso, os profissionais que atenderão essas famílias precisam delinear suas ações com a consciência de que deverão ser desenvolvidas de maneira personalizada para cada uma^{15,29,30,31}.

Por fim, é importante compreender que o AM, por todos esses benefícios, deve ser promovido como um processo crucial tanto para crianças de países desenvolvidos quanto de países subdesenvolvidos e em processo de desenvolvimento, pois, como já foi apontado, o mesmo contribui para diminuição da morbimortalidade infantil, favorecendo o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)^{15,29}.

Indicadores apontam a diminuição da taxa de mortalidade no Brasil, de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos em 1990, diminuiu para 17,7 em 2011. A faixa etária de 1 a 4 anos, conforme explicitado no relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), foi a que obteve superior redução dos óbitos. O avanço é atribuído ao acompanhamento pelos programas Saúde da Família e Saúde Indígena, mas também, incentivo ao AM³⁰.

2.2 Aleitamento Materno - Aspectos históricos e socioculturais

Muitos programas de incentivo ao AM propõem em suas ações, práticas voltadas ao estímulo das glândulas mamárias e tendem, erroneamente, a considerar o instinto materno inerente à espécie humana. Isso corrobora para abordagens voltadas ao aspecto biológico, fragmentando o cuidado e ignorando a perspectiva sócio-histórica e cultural que o perpassa^{31,32,33}.

As crenças, tabus e mitos permeiam o contexto histórico, social e cultural de tal forma, que o aspecto biológico causa pouco impacto na decisão da mulher de amamentar ou não seu filho no peito³³.

Estudos que visam o olhar ampliado da amamentação costumam explorar o contexto histórico para situar os caminhos que o AM percorreu, partindo de um processo glorificado em mitos, ritos e escritos, para tempos em que carece de proteção e estímulo, pois apesar de muitos o considerarem um processo natural, é notável que é determinado por questões sociais, culturais, como já dito, mas também por interesses econômicos^{10,34,35,36,37}.

O aleitamento materno é tão antigo quanto a civilização humana, pois foi ele o principal fator determinante da sobrevivência da espécie humana, o qual perpassou momentos importantes na história e foi valorizado, bem como, estudado por figuras emblemáticas. No entanto, tais fatos não ocorreram de modo sequencial como será descrito neste estudo, podendo evidenciar ausências por falta de informações^{34,36,38,39}.

Hipócrates foi um dos pioneiros no reconhecimento, a partir da escrita, dos benefícios da amamentação, além de caracterizar o leite materno como melhor alimento existente para o bebê, afirmando que deveria ser o da própria mãe, sendo o de outras mulheres prejudicial^{34,36,38,39}.

Em suas pesquisas, em torno dos anos 300 a.C, o célebre médico e filósofo reconhecia que a amamentação diminui a mortalidade infantil em vista de ser uma “dieta higiênica” e recomendava que deveria deixar de acontecer com o nascimento dos primeiros dentes do bebê^{34,36,38,39}.

Galeno, médico grego que viveu entre 100 e 200 d.C, dizia que o recém-nascido deveria ser alimentado no seio de sua mãe assim que o parto acontecesse. Essas ideias foram levadas para Roma, em conjunto com Sorano, outro médico que apesar de estudar os mesmos assuntos, discordava de Galeno em suas recomendações⁴⁰.

Solano de Éfeso, que era médico obstetra, trazia em seu tratado de Ginecologia cuidados com o lactente. Dentre essas informações, contraindicava o oferecimento do leite da própria mãe nos primeiros 20 dias do nascimento, recomendando mistura de leite de cabra com mel e após o segundo dia, leite de outra mulher⁴⁰.

Para os povos babilônicos, em 2500 a.C e egípcios em 1500 a.C, assim como para os povos hebreus, o hábito de amamentar as crianças era visto como práticas sagradas, presentes divinos que poderiam acontecer até por volta dos dois ou três anos de vida da criança^{40,41}.

No livro "Bíblia", adotado como livro sagrado por diferentes denominações religiosas, há relatos valorizando a amamentação e incentivando a prática por no mínimo dois anos, o definindo como importante alimento de proteção à vida, de acordo com os ensinamentos do Talmude, datados de 200 a.C. Mas, há também, relatos de mulheres amamentando filhos de outras, prática comum já nessa época que denota cooperação e sororidade^{41,42,43}.

Em I Pedro 2:2, capítulo da "Bíblia" o aleitamento materno é referido dessa forma: "Desejai ardentemente como crianças recém nascidas, o leite genuíno, não falsificado para que por ele vades crescendo". Também, refere figuras importantes da história, na prática da amamentação como Sara e Isaque, Moisés, Joás, e Samuel^{41,43}.

Entre povos Gregos e Romanos não era comum a amamentação pela própria mãe, utilizando-se amas de leite. Ao contrário de Esparta que a mantinha⁴⁴.

No campo fictício, destacam-se bebês que foram alimentados por animais, como Remo e Rômulo na mitologia romana. O mito conta que ambos foram abandonados em uma cesta no rio Tibre e encontrados por uma loba, que os amamentou. Na história retratam esses meninos como muito fortes e valentes^{41,45}.

Na mitologia grega, Zeus, o maior entre os deuses, teria sido amamentado por uma cabra ao ser abandonado por sua mãe, que temia a ira do pai sobre a criança que poderia vir a substituí-lo no trono⁴¹.

Através da mitologia, a humanidade retrata acontecimentos importantes desde os tempos antigos até hoje. Essas duas histórias evidenciam que a amamentação foi devidamente representada em diversas culturas, por meio dos instrumentos que detinham em cada época⁴¹.

Essas histórias tiveram grande repercussão e, por isso, foram imortalizadas por escritos, esculturas e pinturas de artistas renomados⁴¹.

Os substitutos de leite materno eram muito utilizados por mães que não conseguiam amamentar ou para bebês cujas mães haviam morrido no nascimento. Em escavações arqueológicas, do século V e VII, evidencia-se utensílios de barro e chifres de animais em formato de mamadeira enterrados com crianças na antiguidade grega. Além disso, o aleitamento cruzado era realizado livremente entre mulheres que podiam pagar e mulheres cujos filhos eram maiores³⁹.

Durante o século XII, a sociedade tratava com indiferença as crianças, negligenciando-as e evitando representá-las. Ademais, a ciência pouco estudava a infância, dando margem para que fossem tratadas como meros “pequenos adultos”, ignorando as necessidades e singularidades do seu desenvolvimento³⁹.

Nessa época, crianças eram mortas e abandonadas, mas isso não surpreendia a população. Devido a isso, surgiu, no século XIII, na França, a primeira agência de serviços das amas-de-leite, que cada vez mais eram utilizados, pois com o advento do cristianismo, tentava-se manter a vida dessas crianças. Em seu início, foram utilizados pelos mais abastados, mas logo pelas outras classes sociais também³⁹.

Em torno do século XXVI e XXVII, estudiosos começaram a se interessar mais pela infância, e as crianças começavam a ser mais valorizadas. Começou-se a evidenciar maior taxa de mortalidade infantil e o declínio das amas-de-leite, por haver a crença de que passavam sífilis para os bebês^{39,46}.

No fim do século XIX, com a emancipação das mulheres, decorrente de movimentos feministas e da revolução industrial, a prática da amamentação decaiu ainda mais. A urbanização contribuiu para que o modo de vida acelerado se

estabelecesse e colaborasse com desmames cada vez mais precoces. Duas ou três décadas depois, esse processo migra da Europa para os países latino-americanos e Asiáticos^{39,46,47}.

Para que as mulheres trabalhassem e deixassem de amamentar seus filhos, precisava-se de alimentos substitutos. Aproveitando-se disso, a indústria de leite artificial teve sua ascensão e se consolidou utilizando de propagandas completamente abusivas em que repassavam muitas informações falsas e sem embasamento científico para atingir essas mães e incitá-las a compra^{39,46}.

Devido ao grande aumento da mortalidade infantil decorrente da alimentação artificial, uso da mamadeira e da drástica diminuição do AM, notadas principalmente em países em desenvolvimento, as autoridades iniciaram um processo de retorno ao estímulo da amamentação em torno dos anos 70^{16,48}.

Em 1974 a organização não governamental, War on Want, publica The Baby Killer - o relatório de Mike Muller que revela com fotos e documentos os métodos promocionais dos fabricantes de fórmulas infantis, especialmente na África. "The Baby Killer" foi um artigo importante para que se envolvessem outras entidades na defesa do AM na Inglaterra, e depois, em outros países europeus. Em 1977, chegou nos Estados Unidos como campanha ativista, pois ele continha dados que acusavam empresas multinacionais produtoras de leite de serem as culpadas pelas mortes de milhares de crianças^{16,33,48}.

Em 1981 a Assembleia Mundial de Saúde (AMS) adotou o Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno que recomendava aos países membros a instituírem restrições rigorosas à publicidade do leite em pó^{16,48}.

Com isso, observou-se a importância de impulsionar de forma efetiva a promoção do aleitamento materno, sendo fundamentais aliados da causa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Devido a essas mobilizações e campanhas, atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação se tornaram mais frequentes nos calendários de saúde em todo o mundo^{16,48}.

Em 1991, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), sendo o Brasil um dos 12 primeiros países a adotá-la, com o objetivo de resgatar o direito da mulher de amamentar, mediante mudanças nas rotinas das maternidades⁴⁹.

Ainda em 91, criou-se a *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA) que lançou a Semana Mundial de Amamentação, caracterizada como ação de mobilização social^{49,50}.

No Brasil, o AM era uma prática comum pelas populações indígenas. Com a chegada dos portugueses, o estranhamento foi marcante, sendo que a carta de Pero Vaz de Caminha para o rei de Portugal continha no texto o que pode ter sido a primeira observação sobre a amamentação^{49,51}.

O desmame entre as mulheres indígenas só acontecia por interferência cultural, morte ou doença materna. Nem mesmo o trabalho as impedia de amamentar, pois contavam com o auxílio da *typoia* (pedaços de pano) para conciliar ambos papéis. Os relatos sobre os antigos tupinambás contêm dados sobre possível amamentação até por volta de 1 ano e meio^{32,49}.

Depois, os portugueses iniciaram a utilização das amas de leite, primeiro escravizando as mulheres indígenas e em seguida, as negras. Esse comércio de amas de leite chegou ao seu auge com a chegada da coroa portuguesa em 1808, quando se tornou uma indústria muito rentável⁴⁹.

Já no início do século XIX, a medicina higienista e biologicista, de maneira controversa, iniciou o processo de humanização e valorização da criança, desmistificando o mito de “anjo” que até então validava o alto índice de mortalidade infantil. Inspirados pelos médicos franceses, começaram a contra indicar o aleitamento por amas de leite^{49,52}.

Assim, nasceu um novo olhar acerca da amamentação, em que se tornou presente o discurso de instinto materno e a culpabilização da mulher sobre os processos difíceis que envolvem a maternidade, e conseqüentemente, a amamentação. Isso corroborou para que o papel doméstico fosse ainda mais atribuído à mulher e para que fossem cada vez mais responsabilizadas pelos cuidados com as crianças^{49,52}.

No fim do século XIX, o Brasil já se mostrava preocupado com a situação sanitária, quando surgiram as primeiras normas sobre a amamentação. Influenciados por estudiosos franceses como: Rousseau, Cadogan e Lineu, os médicos brasileiros recomendavam, para o êxito da amamentação, que a mulher fizesse a regulamentação do tempo e duração da mamada, amamentação da

criança em ambas as mamas, prática do decúbito lateral e utilização da chupeta para acalmar a criança. Além disso, a mãe deveria restringir sua alimentação para que não prejudicasse o bebê⁵³.

Na década de 70, os índices de AM eram baixíssimos devido à expansão da indústria do leite em pó que foi criado com o intuito de alimentar aquelas crianças que não poderiam ser amamentadas, seja por morte materna ou outros prejuízos, mas também, pelo movimento de autonomia feminina^{35,53}.

Assim, ao iniciar esse processo de incentivo ao abandono do leite materno em detrimento da fórmula, o aumento da morbimortalidade infantil era uma realidade. Em vista disso, pessoas do âmbito acadêmico iniciaram o movimento pró-aleitamento, que logo foi aderido por outras áreas da sociedade, compondo as políticas públicas existentes voltadas para a mulher e a criança^{35,53}.

No entanto, isso se dava de maneira a culpabilizar a mulher, pois as propagandas de incentivo ao AM eram feitas com vistas a convencer a mulher de que amamentar era fácil, natural e intuitivo e que era importante para saúde do bebê, uma vez que nos discursos apenas esse dado era relevante. A mulher era vista apenas como aquela que carregava o leite. Suas dores, vontades, dificuldades e interesses não eram levados em consideração^{35,53}.

Apenas entre as décadas de 70 e 80, os movimentos feministas iniciaram a retomada da amamentação, a partir de uma perspectiva mais acolhedora e humanizada, seguindo os pressupostos da OMS para parto e pós parto. Foram essas mulheres que despertaram o olhar para a mulher dentro do processo de amamentação e influenciaram, verdadeiramente, a amamentarem seus bebês. Essas discussões se davam por meio de espaços físicos de incentivo ao AM, e anos depois, virtualmente também^{35,53}.

Em 1990, incentivado pela elaboração da “Declaração de Innocenti” o país começava a pensar o AM de forma maciça^{54,55}.

Um grande marco para atenção materno-infantil no mundo foi o lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1991, sendo o Brasil um dos 12 primeiros países a adotá-la, com o objetivo de resgatar o direito da mulher de amamentar, mediante mudanças nas rotinas das maternidades. Para que um hospital seja credenciado como “Amigo da Criança” deve cumprir os Dez Passos

para o Sucesso da Amamentação e não aceitar doação de substitutos do leite materno. Ainda em 1991, a WABA, lançou a Semana Mundial de Amamentação, que se caracteriza como importante ação de mobilização social⁵⁵.

Em 1992 foi aprovada a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), que tinha como objetivo regular a promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos que estão à venda como substitutos ou complementos do leite materno, bem como de bicos, chupetas e mamadeiras⁵⁵.

No fim dos anos 90, o governo brasileiro lançou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), que tinha como objetivo a melhoria de saúde e redução das mortes de crianças por meio da intensificação de diversos programas já existentes, entre os quais as ações de promoção, proteção e apoio ao AM. Outro marco importante foi a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR) no âmbito do Centro de Referência Nacional da Fundação Oswaldo Cruz⁵⁵.

Na virada do século, outras ações de mobilização social foram desenvolvidas, como: Dia Nacional de Doação de Leite Humano, criado como forma de incentivar a doação em todo o País; projeto “Carteiro Amigo”, uma parceria entre a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) e o MS, com o objetivo de divulgar a importância da amamentação; e o projeto “Bombeiros da Vida”, que contava com a colaboração do Corpo de Bombeiros na coleta de leite humano domiciliar⁵⁵.

Sobre o Cuidado Canguru, no Brasil ocorreram as primeiras experiências em Santos (SP), em 1991 e no Recife (PE), em 1993. Outros serviços em todo o país começaram a atribuir esse modelo de atenção materno-infantil no fim da década de 1990, até que foi organizada uma Conferência Nacional sobre o Cuidado Canguru, no Rio de Janeiro, em 1999⁵⁵.

Para que o modelo fosse atribuído aos serviços de forma sistemática nos serviços de todo o país, foi constituída uma equipe com profissionais de diversas áreas que atuavam na área, de maneira a organizar, padronizar e ampliar essa utilização. Assim sendo, criou-se então o conceito de Método Canguru, como um modelo de atenção que incorpora a posição canguru, mas amplia o cuidado para o recém-nascido, seus pais e família e para o ambiente da Unidade Neonatal. Elaborou-se a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso—

Método Canguru, publicada no Diário Oficial da União, pela Portaria GM no 693, de 5 de julho de 2000, que estabeleceu o Método Canguru (MC) como Política Nacional de Saúde. Essa portaria foi revogada e atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.683, publicada em 12 de julho de 2007⁵⁵.

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação foi criada, mas apenas em 2008 o MS instituiu uma política voltada à promoção da amamentação na Atenção Básica com a criação da Rede Amamenta Brasil com objetivo de contribuir para o aumento da prevalência do AM⁵⁵.

Em 2010 é lançada a Nota Técnica Conjunta no 01/2010, Anvisa e MS, com objetivo de orientar a instalação de salas de apoio à amamentação para mulheres trabalhadoras em empresas públicas ou privadas em parceria com as vigilâncias sanitárias locais⁵⁵.

Resultado da junção das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), foi instituída a Portaria no 1.920, de 5 de setembro de 2013 correspondente à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), cujo objetivo é o de qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao AM e a alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade, aprimorando as competências e as habilidades dos profissionais de saúde da Atenção Básica⁵⁵.

Em 2015, foi publicada a Portaria no 1.130, de 5 de agosto, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o AM. A Política foi estruturada em sete eixos de atuação, sendo um deles relacionado à promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável^{55,56}.

Por fim, em 2017, é sancionada a Lei no 13.435, em 12 de abril, que institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno (Agosto Dourado), articulado com a SMAM, com o objetivo de intensificar ações intersetoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do AM, como: realização de palestras e eventos; divulgação nas diversas mídias; reuniões com a comunidade; ações de divulgação em espaços públicos; iluminação ou decoração de espaços com a cor dourada⁵⁵.

É inegável que essas políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, adotadas no Brasil desde a década de 1980, têm contribuído para o aumento da duração mediana do AM e da manutenção do mesmo de maneira exclusiva em todas as regiões do Brasil, considerado um grande avanço mundialmente^{57,58,59}.

2.3 Panorama do Aleitamento Materno no Brasil

Para estimar dados epidemiológicos, avançar cientificamente e manter uma nomenclatura universal, classifica-se o aleitamento materno dessa forma.

- Aleitamento Materno (AM): a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado);
- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): o bebê recebe somente leite materno (diretamente do peito ou ordenhado) e nenhum outro líquido ou sólido (com exceção de medicamentos, suplementos minerais ou vitaminas).
- Aleitamento Materno Predominante (AMP): o bebê recebe leite materno predominantemente, acrescido apenas de água e/ou de líquidos à base de água (como chás, sucos de frutas, sais reidratantes).
- Aleitamento Materno Complementar (AMC): a criança recebe leite materno complementado por alimentos sólidos ou semi-sólidos^{57,59,60,61,62,63}.

A despeito de todo conteúdo produzido a fim de promover a importância do AM e de todas as ações individuais e conjuntamente desenvolvidas, a situação atual do AM ao redor do mundo ainda está aquém do preconizado pelos órgãos responsáveis. Em 2016, a UNICEF publicou um documento sobre a Situação Mundial da Infância, contendo dados relacionados aos indicadores de prevalência e duração do AME e os resultados se mostraram alarmantes. Tais resultados encontrados foram: AME antes dos 6 meses (39%); Prevalência de AM antes da primeira hora de vida (44%); AM aos 2 anos de idade (49%)^{57,58,59,60,61,62,63,64}.

O Brasil, nos últimos 30 anos, tem se fortalecido seriamente no âmbito das políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM e é reconhecido mundialmente como referência no assunto, no entanto, essas iniciativas não refletem nos indicadores de saúde encontrados. Os últimos dados de pesquisa no

domínio nacional, baseados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, denotam essa falha. No geral, o AM em crianças até os 23 meses e 29 dias de idade foi levemente inferior a 60%, sendo maior quanto mais nova a criança (80% no período do nascimento até os 5 meses e 29 dias); prevalência do AME foi de apenas 20,5% para a faixa etária preconizada, representando queda significativa, e sendo a região Nordeste o destaque negativo com 14,6%^{60,61,62,63,64}.

Inquéritos nacionais de 1986, 1996, 2006 e 2013 apontam aumento da prevalência de indicadores positivos relacionados ao AM até 2006, até estagnar-se. Apenas o critério AM aos 24 meses subiu após 2006; já o AME decaiu de maneira significativa^{60,63}.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil, define os determinantes sociais em saúde como sendo os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”^{60,65}.

Isso significa que a saúde de uma população pode ser resultado das conexões entre indivíduos e os fatores sociais (ou processos sociais) aos quais está exposta. As diferentes características individuais de pessoas que vivem em uma determinada área, como o nível socioeconômico (características composicionais) e o ambiente físico e social dessa mesma área (características contextuais) podem afetar a saúde^{60,66,67}.

Em se tratando do AM, dentre os aspectos que impactam no sucesso e insucesso da prática nos primeiros anos, destacam-se: idade materna, condição socioeconômica e grau de instrução materno, condição de trabalho materno, paridade materna, experiência anterior, intenção de amamentar e situação conjugal; papel do profissional de saúde, tipo de parto, sistema de alojamento conjunto; problemas com o aleitamento; local de residência, cor da pele, número de consultas pré-natais, nascimento em Hospital Amigo da Criança, peso ao nascer, uso de chupeta e financiamento da atenção primária em saúde. Destes, são considerados efeitos protetores do AM: residência em capital ou região metropolitana, idade materna intermediária, escolaridade materna crescente, ausência de trabalho

materno, idade da criança decrescente, não uso de chupeta e financiamento privado da atenção primária à saúde^{57,60}.

Esses fatores, impactando positiva ou negativamente, demonstram que o AM é determinado pelas circunstâncias culturais, históricas, socioeconômicas, e individuais. A literatura evidencia que o trabalho materno é um dos principais motivos para o desmame precoce. Embora muito seja dito sobre o abandono do trabalho por parte da mulher para amamentar e cuidar do filho, comumente acontece o contrário, o que corrobora com a utilização de substitutos do leite materno^{57,60,62}.

Como resultado, milhares de mulheres trabalhadoras em todo o mundo, carecem de boas iniciativas, licenças-maternidade dignas e compreensão da sociedade, pois não são verdadeiramente apoiadas e protegidas. É preciso que haja, por parte de empresas e creches, facilitação da ordenha do leite, tornando relativamente mais tranquila a tarefa de conciliar o trabalho/escola e a prática da amamentação^{57,60,62}.

Essa proteção à amamentação no contexto laboral e estudantil/acadêmico, dentre outras iniciativas, contribuiria categoricamente no alcance de melhores coeficientes de amamentação, incluindo o índice de AME para menores de 6 meses estabelecido pela AMS (composta por 194 países) a ser alcançado até 2025, que é de 50%^{57,60,62}.

Isto posto, é de extrema importância que haja conhecimento e interesse por parte dos profissionais que intervêm no AM, para atender de maneira desigual situações desiguais, pensando na equidade em saúde e justiça social.

Quando se trata do AM, é importante abordar o tema para além da equidade em saúde, mas incluindo a equidade de gênero nos discursos e na prática profissionais, haja vista que, apesar de ser um assunto que deveria ser de interesse de todas e todos, além das entidades, ainda é um assunto muito direcionado à mulher, responsabilizando-a pela adesão e manutenção do AM ao longo do tempo.

2.4 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido após o Movimento da Reforma Sanitária,

caracterizado pela grande luta e mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade pelo direito à saúde^{68,69,70,71,72}.

O SUS está garantido pela Constituição Brasileira como condição de cidadania, considerado determinante no desenvolvimento social e de saúde de todas as brasileiras e brasileiros. Além disso, é considerado referência internacional devido sua estrutura e organização, bem como os resultados que atinge e seu comprometimento com a universalidade pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela (OMS)^{68,69,70,71,72,73}.

Em 1988 foi instituído o sistema público de saúde brasileiro pela Constituição Federal, que reconhece a saúde como direito de todas e todos e dever do estado. Posteriormente, na década de 90, consolidou-se o sistema de saúde pelas Leis Orgânicas de Saúde (8.080/90 e 8.142/90)^{74,75,76}.

Ficou determinado, na Constituição, que a saúde deve ser assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que tenham como objetivo o desenvolvimento de assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com acesso universal e igualitário^{69,71,72,74,75,76}.

Dessa forma, o SUS traz em seu arcabouço legal o reconhecimento do direito à saúde pela Constituição Federal, a especificação de seus princípios, atribuições e organização na Lei nº 8.080, a disposição acerca da participação social em sua gestão, bem como seu financiamento^{69,71,72,74,75,76}.

O SUS é norteado por princípios doutrinários, considerados pilares de sua construção, que são: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção e por princípios organizativos que determinam o funcionamento do sistema, objetivando cumprir com os objetivos dos princípios doutrinários^{69,71,72,74,75,76}.

Em relação aos princípios doutrinários: o princípio da universalidade se trata da preservação da atenção à saúde para todas(os) cidadãs e cidadãos em todos os níveis de assistência, sem nenhum tipo de discriminação nem diferença positiva ou negativa. A equidade deve ser vista como estratégia de garantia do atendimento e acesso igualitário a oferta de serviços de promoção, prevenção e recuperação de saúde a todas as pessoas, com prioridade para aqueles com maior risco de saúde e conforme a condição de vida, que acontece, principalmente, por meio das políticas

públicas de saúde que se voltam para as iniquidades sociais, econômicas, culturais e étnicas, mas também pelas adaptações da atenção à saúde⁷⁷. O princípio da integralidade será mais detalhadamente descrito no capítulo “Integralidade em Saúde e Aleitamento Materno”.

Por compreender que nenhum serviço consegue ser inteiramente resolutivo - devido aos recursos e as competências -, em todas as fases da vida e para solucionar todas as questões de saúde, a integralidade remete justamente à integração desses serviços por meio de redes assistenciais, atingindo a todas as pessoas que tenham uma necessidade de saúde^{69,71,79,80}.

Já os princípios organizativos são: hierarquização, que permite organizar o sistema em níveis de atenção (primária, secundária e terciária); regionalização, que tem como base o estudo do território e da população com vistas a sua organização; descentralização, que se refere a distribuição, entre os níveis de governo, dos serviços de saúde; e finalmente, a participação e controle social que se trata da inclusão do povo na gestão do sistema^{69,71,72,74,75,76}.

Como citado anteriormente, os princípios organizativos existem para garantir o cumprimento dos princípios doutrinários, mas ao mesmo tempo, por se tratar de um sistema em rede, o princípio da integralidade, quando analisado da perspectiva da organização do sistema, estrutura-se em diferentes níveis de complexidade. Além disso, os serviços devem estar indicados em áreas delimitadas e a população a ser atendida devidamente definida, o que contribuirá para maior **resolubilidade**^{69,71,72,74,75,76}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a “porta de entrada” prioritária do sistema, caracterizando o **primeiro contato** entre as pessoas e o SUS⁸¹. Nesse acesso não deve haver restrições nem discriminações de qualquer tipo, deve abranger e oferecer **integralidade** das ações individuais e coletivas, bem como continuidade (**longitudinalidade**) e **coordenação** do cuidado ao longo do tempo, ainda que o usuário seja referenciado para outro nível de complexidade no sistema. Esses são os atributos essenciais da atenção básica. Os chamados atributos derivados da atenção básica são caracterizados pelo oferecimento do cuidado praticado e orientado para o contexto **familiar e comunitário**, entendidos em sua estrutura e conjuntura **socioeconômica e cultural**⁸².

Oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para atenção especializada e hospitalar, implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças contribui para que a AB seja reconhecida como capaz de resolver mais de 80% das problemáticas de saúde, apresentando alta resolutividade com baixa tecnologia^{82,83}.

Por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a AB consegue desenvolver ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde que envolvem equipe multidisciplinar e tem a direção voltada para população com território definido^{82,83}.

A AB é consolidada, qualificada e expandida principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF) conforme a portaria nº 2.436/2017 que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Os profissionais que a compõem são, no mínimo, médico e enfermeiro, com preferência aos que possuem especialidade em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Os profissionais de saúde bucal e agentes de combate às endemias podem compor a equipe também. O cirurgião-dentista deve ser preferencialmente especialista em saúde da família, assim como o médico e o enfermeiro^{82,84}.

Além desses profissionais, por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS), com importante alteração em 2017 para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), compreende uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que dão suporte clínico, pedagógico e sanitário às equipes das UBS. A definição dos profissionais a compor os NASF cabe aos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais, e das equipes de saúde que serão apoiadas, podendo o profissional de fonoaudiologia estar ou não incluso⁸⁴.

Em relação à atenção secundária, trata-se de ações ambulatoriais em clínicas ou hospitais, que utilizam equipamentos de alta tecnologia e abrange profissionais especializados para atuar no cuidado de média e alta complexidade^{71,85}.

As pessoas referenciadas para esse nível de complexidade apresentam demandas mais intensivas de saúde. Esses serviços abarcam o saber-fazer profissional que fazem parte as tecnologias leves (relações de interação e

subjetividade, produzindo acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização, com importante ênfase nas leve-duras (normas, protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo) e a tecnologia dura (equipamentos, máquinas)^{71,85}.

A oferta dos serviços de atenção secundária é altamente limitada, além de ser pouco regulamentada. A dependência de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, contribui com o acesso inequânime^{71,85}.

A atenção hospitalar fica responsável pela maior parte dos procedimentos de alto custo, realizados principalmente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado. É responsável por garantir aos usuários: internações cirúrgicas eletivas, internações clínicas, além de cuidados ambulatoriais, emergenciais e de reabilitação. Ademais, os hospitais exercem funções de ensino, pesquisa e cuidado social, para além do eixo assistencial^{71,85}.

Para garantir o direito à saúde, é preciso que o sistema de saúde funcione para além dos seus serviços, se unindo aos outros setores sociais, levando à **intersectorialidade**, conceito tão importante para o funcionamento do sistema. Além disso, garantir o direito ao **acesso à informação** e **autonomia dos usuários** é primordial para o alcance da integralidade, o que significa que as pessoas têm o direito de serem escutadas e informadas sobre seu estado geral de saúde, bem como participarem ativamente de seu cuidado junto aos profissionais responsáveis. Só com acesso à informação os usuários poderão expressar a autonomia em sua totalidade. Garantindo isso, o SUS consegue alcançar seu princípio de **resolutividade**, já que é primordial a participação do sujeito durante seu cuidado para que sejam compreendidos todos os determinantes que impactam em sua saúde^{71,85}.

O SUS desenvolve, nas cidades, no interior, nas fronteiras, portos e aeroportos, outras ações importantes além da assistência. Realiza vigilância permanente as condições sanitárias, no saneamento, nos ambientes, na segurança do trabalho, na higiene dos estabelecimentos e serviços. Regula o registro de medicamentos, insumos e equipamentos, controla a qualidade dos alimentos e sua

manipulação. Normaliza serviços e define padrões para garantir maior proteção à saúde^{71,85}.

Após 30 anos da implementação do SUS, os avanços são muitos, mas os desafios também. Apesar de mais investimentos em recursos humanos, ciência e tecnologia, elevação da importância da AB, aumento da participação social, ainda há problemas de subfinanciamento, principalmente desde 2016, com a aprovação da EC 95, que congelou investimentos em saúde até 2036⁷³.

A participação da população por meio dos Conselhos de Saúde, em todos os níveis, é fundamental para o fortalecimento do SUS. O papel do MS, além das pactuações nos três níveis da federação, é também dialogar constantemente com o CNS, principal instância de controle social das ações do SUS⁷³.

2.5 Políticas Públicas Pró-aleitamento Materno

Políticas públicas são caracterizadas como diretrizes, regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, intermediações entre a sociedade e o Estado, princípios norteadores de ação do poder público. Ou seja, políticas organizadas em leis, programas, linhas de financiamentos que direcionam ações^{85,86}

É importante diferenciar os conceitos de “Políticas Públicas” e “Políticas governamentais”, pois essa última, apesar de ser estatal, não necessariamente é pública. Para poder ser caracterizada como “pública” é preciso que os beneficiários estejam devidamente definidos e sua elaboração seja feita mediante debate público^{85,86}.

Os principais elementos de uma política pública são: distinção entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; envolvimento de vários níveis de governo; grande abrangência e não se limitar a leis e regras; é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; é uma política de longo prazo, mas tem impactos no curto prazo também; envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, ela implica também em implementação, execução e avaliação^{85,86}.

Políticas públicas são importantes, principalmente, para se fazer valer os princípios do SUS, como já citados, e organizar a atenção à saúde⁸⁷.

As políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao AM nos últimos 30 anos vêm se fortalecendo e, dentre elas, destacam-se a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH), Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Método Canguru. Também, as campanhas como o “Dia de Doação de Leite Humano” e a “Semana Mundial da Amamentação” compõem o eixo de mobilização social^{54,86}.

A (EAAB) tem como objetivo fortalecer as equipes de saúde no desenvolvimento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM e alimentação complementar saudável, com vínculo, cuidado longitudinal e acolhimento adequado no âmbito da atenção primária^{54,87}.

Lançada em 2012, essa iniciativa é o resultado da junção de duas ações importantes do MS: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Unidas, mantêm o compromisso da formação de recursos humanos na atenção básica para promover o AM e a alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do (SUS)^{54,87}.

Outra política pública importante é a Rede de Bancos de Leite Humano (BLH), que tem como principal objetivo disponibilizar leite humano com segurança a crianças que não podem ser amamentadas ao redor do mundo. Além de garantir a sobrevivência de muitos bebês, caracteriza-se como forte apoio ao AM^{7,88}.

A REDEBLH trata-se da maior e mais complexa do mundo, contando com 220 bancos de leite e 199 postos de coleta. Esse reconhecimento rendeu ao Brasil o Prêmio Sasakawa em 2001, entregue pela OMS^{7,88}.

Para compor o eixo de proteção legal ao AM, a principal legislação é a NBCAL, que tem como objetivo controlar o marketing excessivo de alimentos, bicos e mamadeiras, os quais são fortemente associados ao desmame precoce^{7,88}.

Conjuntamente, neste eixo, a ação da Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) existe para garantir à gestante e à mulher que se tornou mãe e trabalha, o mínimo de direito para assumir ambos papéis sem que um prejudique o outro^{7,88}.

Em relação às políticas públicas de AM no âmbito hospitalar, a IHAC é considerada uma das mais eficientes e tem como objetivo promover a prática da

amamentação para que as mulheres sejam protagonistas de suas histórias enquanto amamenta^{54,89,90}

A IHAC altera as normas e rotinas hospitalares para que sejam acatados os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, que são:

Passo 1 - Ter uma política de aleitamento materno, escrita, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

Passo 2 - Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;

Passo 3 - Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

Passo 4 - Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; conforme nova interpretação: colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

Passo 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

Passo 6 - Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

Passo 7 - Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia;

Passo 8 - Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

Passo 9 - Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;

Passo 10 - Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar

Em 2014, a IHAC ampliou também para o Cuidado Amigo da Mulher a partir da Portaria nº 1.153.

Presente em mais de 150 países, incluindo o Brasil, constitui-se componente chave da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância (Estratégia Global), pois contribuiu com o estabelecimento do olhar ampliado acerca da amamentação e favorece diariamente no aumento da duração do AM em comparação a outros hospitais e maternidades que não são credenciados^{55,88,90,91,92}.

Ainda na Atenção Hospitalar, o Método Canguru constitui-se uma política pública direcionada aos recém-nascidos de baixo peso e suas mães. Oferece assistência neonatal especializada, que estimula o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê recém-nascido de baixo peso, o que contribui para o aumento dos índices de frequência, duração e precocidade do AM^{55,88,93,94}.

Idealizado por pediatras colombianos, o método existe em diversos países. A versão brasileira foi instaurada em 2002 e tem sua organização dividida em etapas^{55,88,93,94}.

A primeira etapa inicia-se antes mesmo de o bebê nascer, no pré-natal da gestante de risco para parto prematuro ou partos que acontecem repentinamente antes do tempo viável. Nesta etapa, os profissionais acolhem a família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e utilizam medidas que suavizam o estresse que o ambiente hospitalar causa nos bebês^{55,88,93,94}.

A segunda etapa tem como objetivo iniciar a posição canguru em si, tornando possível o contato ao seio da mãe para que a criança se desenvolva fora da incubadora e para o estabelecimento do AM. Por fim, após a alta inicia-se a terceira etapa, que consiste no monitoramento ambulatorial do manejo da família em relação ao bebê, e do desenvolvimento do mesmo^{55,88,93,94}.

Por fim, para compor o eixo de Mobilização Social, foi criada a Semana Mundial de Aleitamento Materno e o Dia Nacional da Doação de Leite Humano, os quais possuem como objetivo desenvolver competências, difundir conhecimento, incentivar e induzir a mobilização social relacionados ao AM^{55,88}.

Todos esses componentes foram desenvolvidos de maneira a se adaptar às necessidades, pluralidades e exigências de saúde, considerando as mudanças sócio-históricas, políticas e econômicas. Ou seja, conforme os determinantes e contextos vão se modificando, embasando-se em atualizações técnico-científicas e

os aspectos das ações direcionadas ao incentivo do AM, essas políticas também se renovam^{55,88}.

2.6 Linhas de cuidado: conceitualização

As linhas de cuidado são caracterizadas como estratégias que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para especificidades de grupos ou às necessidades individuais. São geralmente desenvolvidas para problemas de saúde considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico ou de importante relevância, tomando por base recortes populacionais. São temas tidos como prioritários que compõem a agenda governamental^{85,95}.

A linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que atenda o usuário conforme suas necessidades, possibilitando projeto terapêutico adequado e acesso aos recursos disponíveis à assistência. Portanto, a macropolítica e a micropolítica atravessam todo o percurso da linha de cuidado^{85,95,96}.

Inicia-se onde houver interação entre o profissional de saúde e o usuário, ou seja: no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família/atenção básica, em serviços de urgência ou nos consultórios. Assim, o caminho do sujeito se desdobrará, passando deste ponto de partida, para outros serviços que serão definidos de acordo com as especificidades da necessidade do usuário^{85,95,96,97,98}.

A linha do cuidado com vistas à atenção integral envolve o acolhimento às necessidades individuais, com escuta qualificada, independentemente do local onde as ações são desenvolvidas, desde a visita domiciliar até as unidades terciárias, sob a coordenação da AB^{85,95,96,97,98}.

As pessoas devem ser atendidas como sujeitos, à singularidade de sua história de vida, nas condições socioculturais, nos anseios e nas expectativas. É necessário que haja uma abordagem dos indivíduos de maneira a acolher suas dúvidas, dores e necessidades psicológicas, físicas e até espirituais^{85,95,96,97,98}.

A linha de cuidado é como um desenho do caminho que o usuário deve percorrer dentro da rede de saúde, ou seja: quais as responsabilidades de cada unidade e os mecanismos de integração, incluindo também outras entidades e

serviços que não estejam dentro da rede, mas que contribuem de alguma forma. É importante garantir que os recursos humanos e materiais necessários ao cumprimento da proposta estejam disponíveis^{85,95,96,97,98}.

A diferença entre as linhas de cuidado e os chamados “programas verticais” é justamente a integração dos serviços que ocorre nas linhas de cuidado, já que o outro modelo tende a fragmentar o processo de cuidado, pois utilizam de serviços e recursos humanos focados na especialidade e funcionarem com protocolos estabelecidos que burocratizam o acesso do usuário, enquanto a linha de cuidado busca a integração dos serviços e o cuidado inter e transdisciplinar, contribuindo significativamente com a Integralidade da Atenção e a facilitação desse acesso^{97,98,99}

A atenção ao AM no Brasil vai desde a AB, com ações de promoção e proteção, bem como vigilância epidemiológica, até a maternidade, onde acontecem os primeiros atendimentos de fato.

2.7 Integralidade da Atenção e Aleitamento Materno

A integralidade constitui-se como princípio fundamental do SUS, porém, o conceito ultrapassa o âmbito dos serviços de saúde, remetendo-se a própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira que consagrou-se como movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários^{98,99,100}.

Dito isto, é importante compreender que a integralidade abrange três dimensões, sendo elas: (i) a abordagem integral do ser humano, visto em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais; (ii) a ampliação da percepção dos profissionais e serviços de saúde na relação com os usuários para o acolhimento de suas histórias, condições de vida e necessidades em saúde; (iii) e o modo de organizar a atenção à saúde de forma a ampliar o acesso a todos os níveis de complexidade abrangendo ações de assistência, promoção, proteção e recuperação da saúde^{85,95}.

A ‘integralidade’ como definição legal e institucional é compreendida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, conforme o caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ou

seja, suas três abordagens são articuladas e executadas, impreterivelmente, de maneira conjunta para alcançar verdadeiramente a integralidade da atenção e concretizar o direito à saúde^{85,100}.

Sob a ótica da integralidade, as necessidades de saúde precisam ser entendidas de um modo que comumente é nomeado como “mais amplo”, que se trata de olhar o sujeito além de suas dificuldades biológicas. Desse modo, não se trata de ampliar a compreensão das necessidades de saúde, pelo contrário, compreender de maneira integral é justamente manter um olhar mais particular, com mais significação para esse sujeito^{101,102,103,104,105}.

“Então, antes de tudo, podemos afirmar que, não sendo totalidade, integralidade é processo, não é produto; integralidade é meio, não é fim; integralidade é caminho, não é chegada [...]” (Cutolo LRA, Oliveira IC, 2018, p. 2).

Não se trata de abordar aspectos que vão além da biomedicina, mas de tratar os assuntos específicos da área de forma mais humanizada. É isso que a integralidade objetiva, um enriquecimento na interpretação das necessidades. Essa particularização e significação do cuidado permite mais riqueza de instrumentos para as ações de saúde^{85,95}.

Dessa forma, o que se busca é uma integração horizontal (aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde que se envolvem mutuamente nas situações tangíveis de saúde-doença-cuidado) e, também, vertical (entre atenção primária, secundária e terciária), porque a realização de tais finalidades demanda, em cada situação, organizações dinâmicas entre distintos tipos de tecnologias^{76,96,100,105}.

É crucial que as ações realizadas na perspectiva da integralidade da atenção articulem-se entre a assistência e a prevenção. Em outras palavras, o atendimento ao indivíduo deve abranger todas as suas necessidades assistenciais tais como ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e atendimento curativo e de reabilitação^{31,85,101,102,103,104,105}.

Para alcançar a integralidade na realidade dos serviços é importante que haja diferentes perspectivas sobre um mesmo sujeito e/ou situação. Ou seja, o olhar interdisciplinar, ou até mesmo transdisciplinar de uma equipe ou serviço de saúde, contribui para reconhecer os diversos fatores que determinam os processos de saúde e doença. Isso se mostra de extrema relevância quando se trata da prática da amamentação, a qual sofre interferências sociais, culturais, históricas e biológicas, como descrito anteriormente nesta revisão de literatura^{31,95}.

A escuta qualificada e o acolhimento adequado, realizado de maneira singular, é capaz de identificar e interpretar as necessidades da mulher que amamenta, que de maneira frequente ultrapassam as dificuldades biológicas e abrangem dificuldades com as relações familiares, laborais/estudantis e tudo mais que faz parte do contexto social da mulher. Quando a equipe compreende isso, se torna capaz de fornecer o apoio efetivo que essa família precisa para manter a amamentação³¹.

A integralidade na atenção à mulher que amamenta demanda articulação entre as ações dos serviços de saúde e também, entre instituições de outros setores da sociedade³¹.

Por fim, ao analisar a integralidade, deve-se ter consciência de que em todas as suas abordagens (princípio orientador das práticas, da organização do trabalho, da organização das políticas), a mesma vai de encontro ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos. Se caracteriza como uma afirmação da abertura para o diálogo, e essas características são fundamentais para que a prática do AM se efetue de maneira a possibilitar a mulher e a família a ter autonomia com responsabilidade e tranquilidade em suas decisões e, assim, o profissional de saúde terá mais condições de oferecer esse apoio^{31,100}.

2.8 A Fonoaudiologia e o Aleitamento Materno

Junto à equipe interdisciplinar, o profissional da fonoaudiologia pode atuar no diagnóstico e na identificação de dificuldades da amamentação, tanto para os bebês a termo saudáveis, quanto para os bebês prematuros ou com deficiências e especificidades e suas mães^{106,109,110}.

As ações fonoaudiológicas de assistência, promoção e proteção à amamentação podem ser desenvolvidas em hospitais, bancos de leite humano, centros de saúde, serviços especializados do SUS ou em clínicas privadas^{106,109,110}.

Na Atenção Básica, as equipes de saúde são capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, possibilitando medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, inclusive do aleitamento materno. As ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), aliada às recomendações da Rede Cegonha enfatizam que as ações devem promover e auxiliar a amamentação exclusiva e o Aleitamento Materno Exclusivo até o 6º mês de vida da criança e mantido até os 2 anos ou mais em conjunto com alimentação complementar saudável e segura^{56,82,106,109,110}.

Essas ações devem ser realizadas com o objetivo de empoderar as mães acerca de sua capacidade de amamentar; informar sobre os impactos de não amamentar a criança e abordar temas recorrentes, como mitos culturais e fornecer dicas para amamentar em livre demanda, como manejar as mamas, pega, posição, além de conscientizar sobre os malefícios do uso de bicos artificiais e fórmulas infantis. Utilizando de técnicas adequadas de aconselhamento e humanizando o atendimento, é possível favorecer a adesão e estabelecimento da amamentação^{56,82,106,109,110}.

A fonoaudiologia pode estar inserida na AB por meio das Unidades Básicas de Saúde tradicionais e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A literatura sugere como estratégias fonoaudiológicas de promoção à saúde da comunicação humana: grupos educativos com gestantes, mães e familiares, para que seja reiterada a importância dos malefícios de não amamentar sobre o desenvolvimento orofacial, da fala e da linguagem; sobre os malefícios e perigos da utilização de bicos artificiais e sobre a alimentação complementar. É interessante que sejam realizadas em conjunto com outros profissionais de saúde^{106,107,109,110}.

Além disso, a fonoaudiologia pode ter sua atuação voltada aos diagnósticos precoces relacionados ao funcionamento oral (que podem prejudicar o ganho de peso e facilitar o desmame precoce) e, também, contribuir com a retirada de hábitos orais prejudiciais^{106,108,109,110}.

Em se tratando da atenção especializada, a fonoaudiologia com atuação em centros de lactação, ambulatórios de especialidade ou Centros Especializados em Reabilitação (CER) que atendem o público de maior risco, deverão ser referência para Atenção Básica caso haja necessidade de referenciar casos mais complexos em amamentação. Em geral, esses casos de maiores riscos são: bebês portadores de fissuras labiopalatinas, síndrome de down, sequência de Pierre-Robin, anquiloglossia entre outras patologias que muito comumente apresentam dificuldades expressivas na amamentação^{106,109,110}.

Na maternidade (atenção hospitalar) a atuação do profissional da fonoaudiologia irá abranger mães e bebês da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), cuidados especiais, Método Canguru, Alojamento Conjunto e Cuidados intermediários e do banco de leite humano. Ou seja, toda diversidade de binômios mãe-bebê em necessidades e realidades^{106,109,110}.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Revisar literatura fonoaudiológica em aleitamento materno e relacionar com políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Caracterizar a atenção ao aleitamento materno por meio de identificação das políticas públicas brasileiras pertinentes, analisando-se os objetivos, subcomponentes (quando presentes), as atividades e os profissionais citados.

3.2.2 Identificar e caracterizar atuação fonoaudiológica em práticas de proteção, promoção, prevenção e assistência na atenção ao aleitamento materno, publicadas em literatura científica nos últimos 10 anos, ou seja, de 2011 a 2020.

3.2.3 Analisar se as propostas das políticas públicas e das práticas descritas em literatura científica fonoaudiológica nacional contribuem verdadeiramente na proposição de uma linha de cuidado na atenção ao aleitamento materno.

4. MÉTODO

Para alcançar os objetivos propostos neste trabalho, foram utilizados dois procedimentos de pesquisa. A pesquisa documental e a pesquisa da produção científica.

A pesquisa documental é realizada por meio de materiais que ainda não receberam tratamento, ou seja, conteúdos originais que ainda não foram explorados e analisados. São materiais considerados “matéria-prima”, em que o pesquisador fará sua análise¹⁰⁹.

Em relação à pesquisa da produção científica, utiliza-se dados teóricos que já foram analisados por outros pesquisadores e que tenham sido registrados. São pesquisas compartilhadas no formato de artigos, livros, teses e que serão utilizados como referência ao pesquisador, tornando-se a amostra da pesquisa¹⁰⁹.

Neste trabalho, utilizaram-se artigos originais com a ideia de verificar a produção científica acerca dos programas e ações fonoaudiológicas em aleitamento materno; e relacionar com as políticas públicas em vigor cujos objetivos sejam promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, as quais serão obtidas por meio de procedimento documental de pesquisa.

4.1. Fase de pesquisa I: revisão documental

Sobre os procedimentos de execução deste trabalho, a pesquisa documental foi realizada por intermédio de consulta ao documento do Ministério da Saúde intitulado “Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno”, de 2017⁵⁵.

Este documento contém os componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, dentre os quais, após a leitura detalhada de todos, foram selecionadas as seis políticas principais. A saber: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Método Canguru (MC), Banco de Leite Humano (BLH), Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM), Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância,

Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Para obter as portarias relacionadas às políticas públicas selecionadas, acessou-se o *site* oficial do governo brasileiro, Ministério da Saúde (MS) | Endereço eletrônico: <https://antigo.saude.gov.br/legislacao-da-saude>.

Neste endereço eletrônico, na página inicial do *site*, após a leitura do item “Acesso à informação”, foi acessada a aba “Legislação em Saúde” e em seguida clicou-se no botão “Saúde Legis”.

O *link* direciona para o Sistema de Legislação da Saúde. Nesta página, no campo “Assunto” digitou-se “Aleitamento materno”, em seguida, clicou-se no botão “consultar” a fim de localizar as políticas selecionadas no trabalho.

As Figuras 1, 2 e 3 ilustram as etapas da pesquisa no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

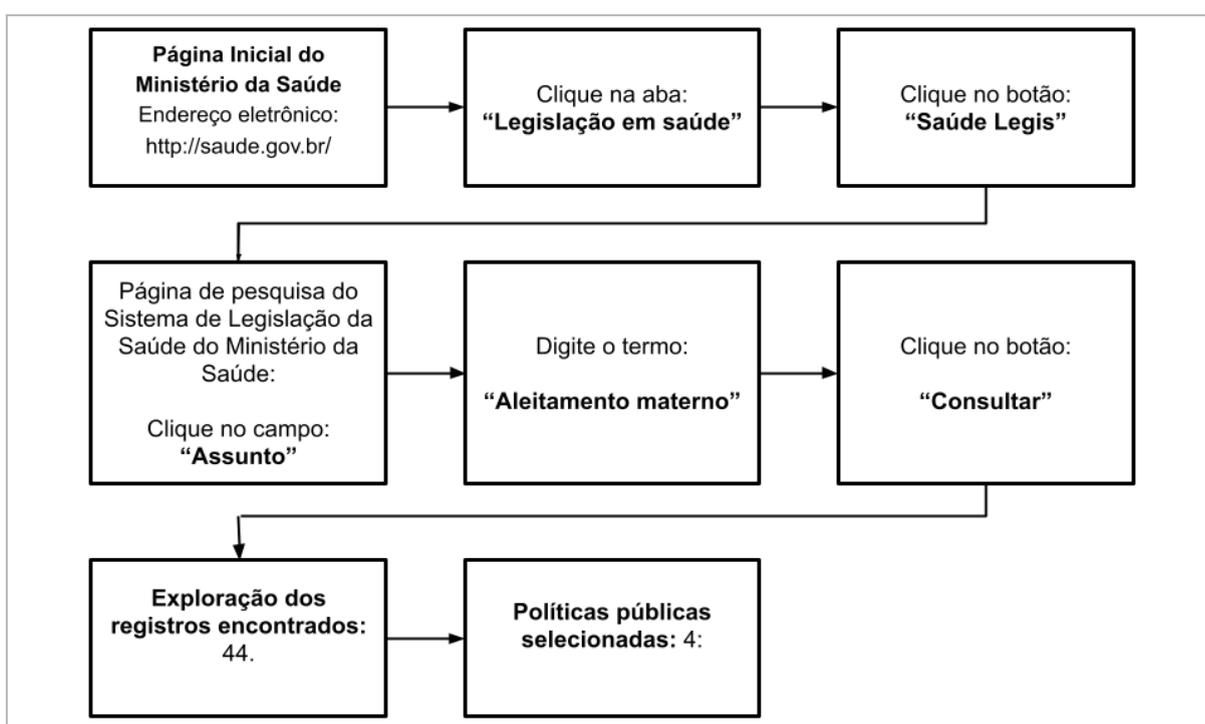


Figura 1. Fluxograma das etapas da pesquisa das políticas públicas com o descritor Aleitamento materno no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (MS).

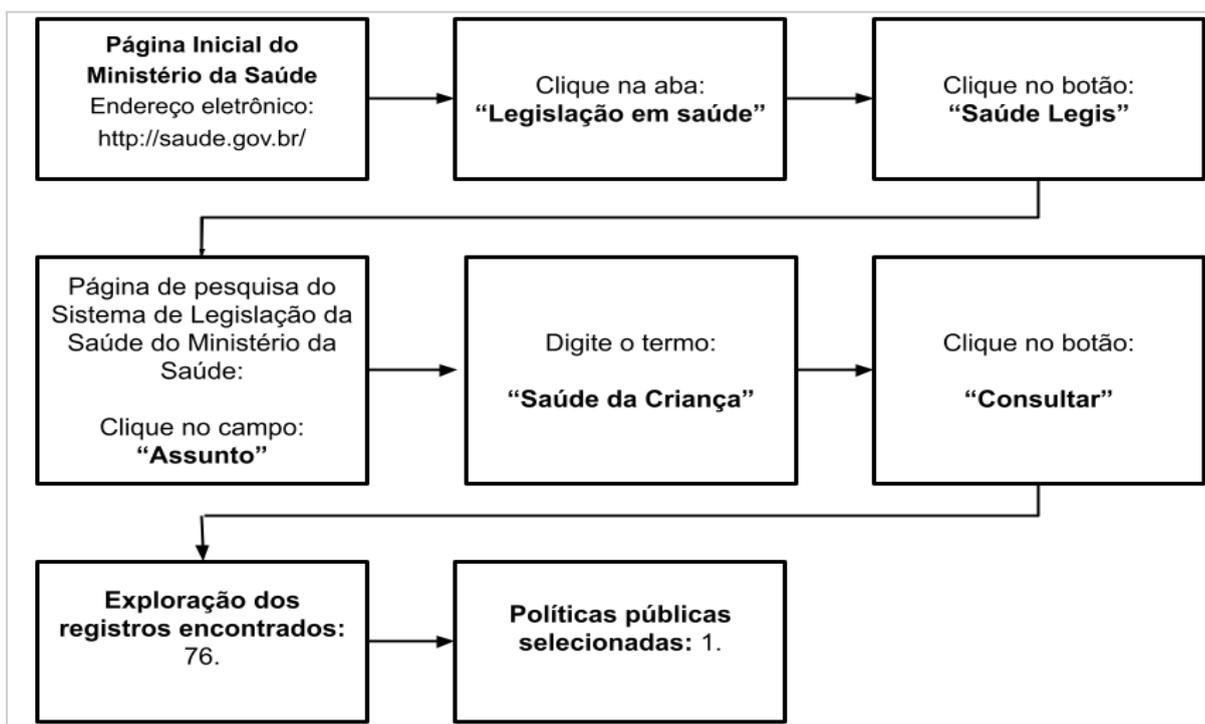


Figura 2. Fluxograma das etapas da pesquisa das políticas públicas com o descritor Saúde da Criança no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (MS).

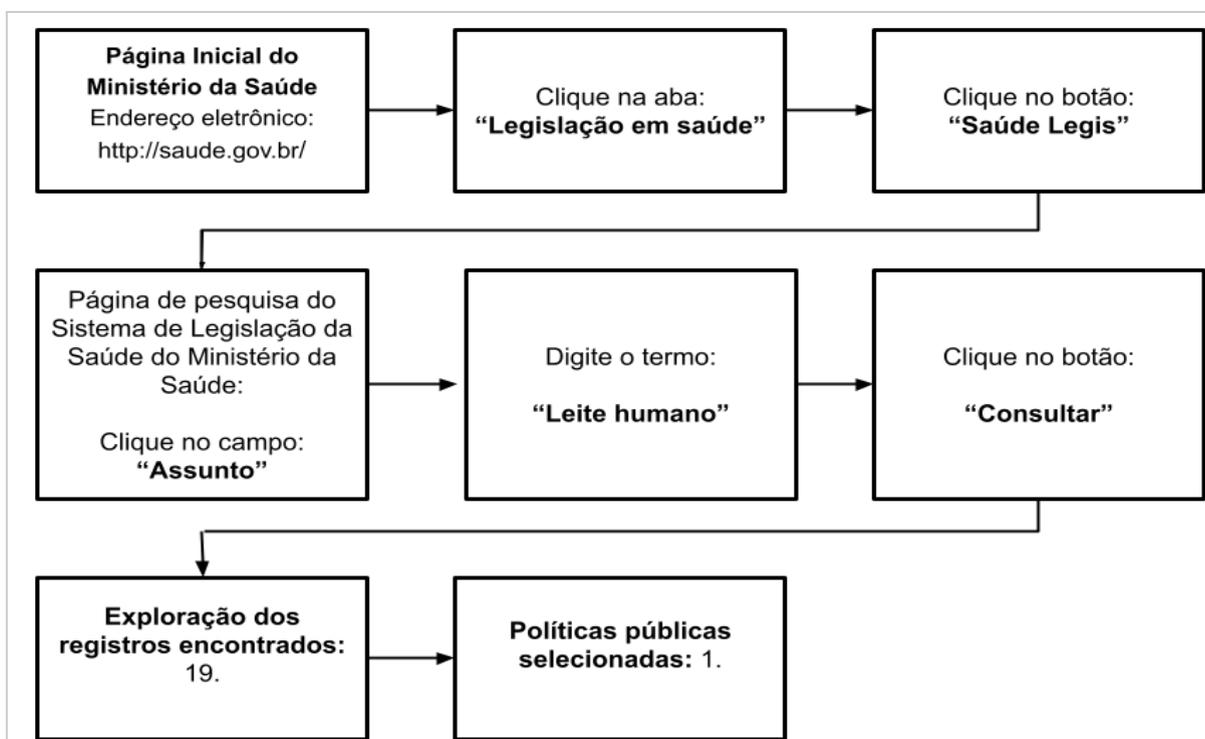


Figura 3. Fluxograma das etapas da pesquisa das políticas públicas com o descritor Leite Humano no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (MS).

4.1.1 Procedimentos para análise das políticas públicas

A análise das políticas públicas selecionadas foi realizada por método qualitativo, com o emprego de quadros para organizar e sintetizar as principais informações.

4.2 Fase de pesquisa II: revisão da produção científica

A revisão da produção científica foi realizada no período de 10 de julho a 19 de julho de 2021 por meio de consulta às bases de dados e edições de revistas de Fonoaudiologia publicadas nos últimos 10 anos, ou seja, no período de 2011 a 2020.

As bases de dados consultadas foram *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS).

Em relação às revistas de Fonoaudiologia, foram consultadas a *Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal* (Revista CEFAC); *Audiology Communication Research* (Revista ACR); *Distúrbios da Comunicação, Audiologia e Deglutição* (Revista CoDAS) e *Distúrbios da Comunicação* (Revista Distúrb. Comum).

4.2.1 Descrição da produção científica nas bases de dados

Para a busca de artigos nas bases de dados, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português da seguinte forma:

Foi selecionado como descritor principal o termo "Aleitamento Materno".

Na pesquisa em ambas bases de dados citadas, o principal descritor selecionado foi combinado com outros DeCS por meio do operador booleano "AND".

Lógica de Boole é o nome que se dá ao emprego de operadores de pesquisa, que possuem a função de relacionar (combinar) termos, palavras ou descritores de assuntos em uma expressão de pesquisa.

Utilizou-se nesta pesquisa, apenas o operador booleano "AND", devido ao objetivo, também, de caracterizar as pesquisas encontradas quanto ao nível de

atenção, e de descrever as práticas fonoaudiológicas em aleitamento materno. Dessa forma, é importante que a busca eletrônica selecione artigos com o descritor do processo de saúde (aleitamento materno) e com o descritor da profissão, bem como de práticas, serviços e políticas públicas de saúde.

O descritor “Aleitamento materno” foi combinado com os seguintes descritores, por método Booleano, utilizando o operador lógico “AND”: Atenção Integral à Saúde, Serviços de Saúde, Promoção da Saúde, Políticas Públicas e Fonoaudiologia.

Ressalta-se que não foi necessário diferenciar os descritores “Aleitamento materno” e “Amamentação”, pois constam como sinônimos no DeCS.

A Figura 4 apresenta o número de artigos encontrados com a aplicação do descritor principal “Aleitamento Materno” com as combinações selecionadas, nas bases de dados.

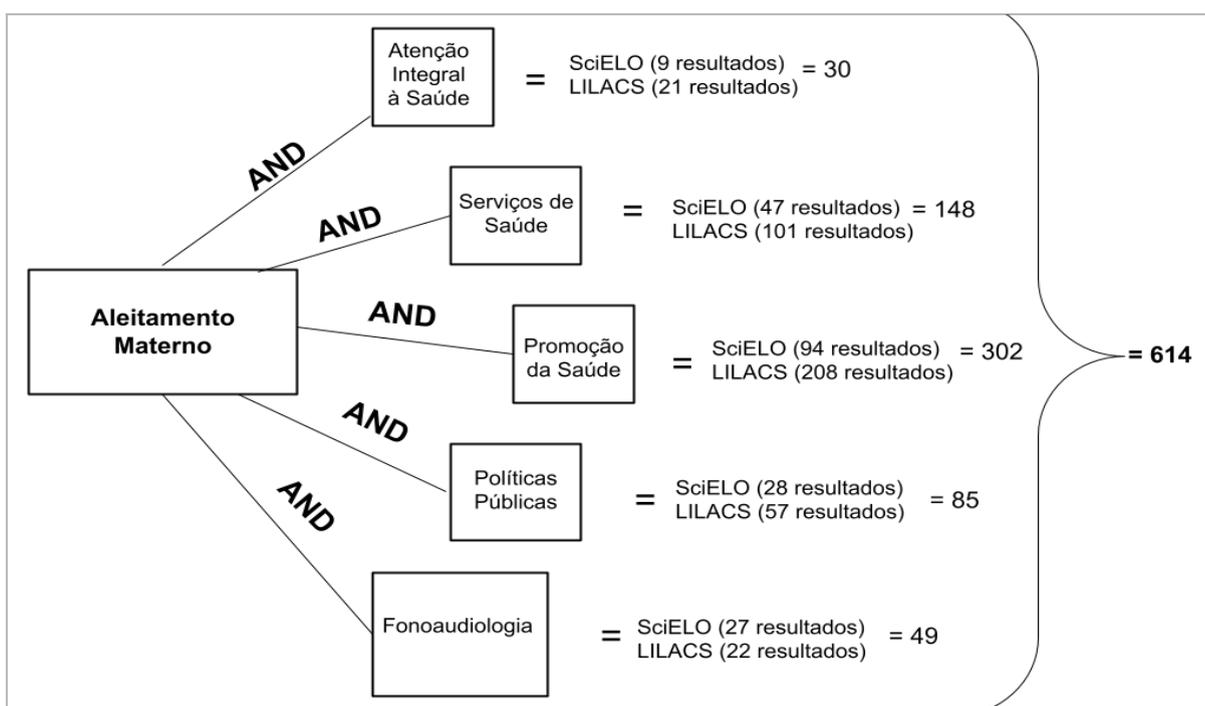


Figura 4. Número de artigos encontrados por busca eletrônica nas bases de dados LILACS e SciELO por meio do uso do descritor “Aleitamento Materno” combinado com outros DeCS.

- **Pesquisa da produção científica nas bases de dados: amostra obtida**

Considerando os resultados obtidos com as combinações de descritores em português, realizadas em ambas bases de dados, foram encontrados por busca eletrônica 614 artigos.

4.2.2 Descrição da pesquisa da produção científica nas revistas de Fonoaudiologia

Conforme descrito, na pesquisa da produção científica em revistas, foram consultados os seguintes periódicos da área de Fonoaudiologia: Revista ACR, CEFAC, CoDAS, e Distúrbios da Comunicação.

A consulta foi realizada nas edições publicadas no período de 2011 a 2020.

A nomenclatura de alguns periódicos consultados foi alterada ao longo dos anos. O Quadro 1 demonstra esta alteração e os volumes consultados.

Quadro 1. Nomenclatura dos periódicos e volumes consultados.

Nomenclatura atual	Volumes consultados(correspondente ao período de 2011 a 2020)
Revista ACR (<i>Audiology Communication Research</i>)	2011 a 2012 - Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (volumes 16 e 17) 2013 a 2020 - <i>Audiology Communication Research</i> (volumes 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25)
Revista CEFAC (<i>Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal</i>)	Não ocorreu alteração de nomenclatura. 2011 a 2020 - Foram consultados os volumes correspondentes a este período: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22
Revista CoDAS (Distúrbios da Comunicação, Audiologia e Deglutição)	2011 e 2012 - Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (volumes 23 e 24) 2013 a 2020 - Revista Distúrbios da Comunicação, Audiologia e Deglutição (volumes 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 e 32)
Revista Distúrb. Comum (Distúrbios da Comunicação)	Não ocorreu alteração de nomenclatura 2011 a 2019 - Foram consultados os volumes correspondentes a este período: 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 e 32

Foram consultados os índices dos volumes citados, de cada uma das revistas, de forma a selecionar por título, obedecendo critérios de relevância para a inclusão, que serão descritos na próxima seção deste método.

Dessa forma, com a seleção, obteve-se amostra de 60 artigos.

4.2.3 Seleção dos artigos para a revisão da produção científica

A seleção dos artigos para a realização da pesquisa da produção científica foi feita de acordo com critérios de relevância para a inclusão por meio de formulário elaborado previamente.

Os critérios de inclusão para a seleção de artigos foram:

- Publicações que abordassem a atuação fonoaudiológica em práticas de atenção ao aleitamento materno;
- Publicações originais divulgadas em revistas brasileiras de Fonoaudiologia e áreas afins, publicadas em português;
- Artigos publicados no período de 2011 a 2020.

A Figura 4 apresenta o formulário de aplicação do teste de relevância.

Critérios para a inclusão de artigos	Sim	Não
1. A publicação aborda a atuação fonoaudiológica em práticas de atenção ao aleitamento materno?	()	()
2. Foi publicado no período de 2011 a 2020?	()	()
3. Trata-se de artigo original divulgado em revistas brasileiras de Fonoaudiologia e áreas afins, publicadas em português?	()	()

Figura 5. Formulário de aplicação do teste de relevância

Assim, os critérios de exclusão são:

- Artigos que não abordam a atuação fonoaudiológica em práticas de atenção ao Aleitamento Materno;
- Artigos que abordam a atuação fonoaudiológica apenas na perspectiva do diagnóstico em saúde na atenção ao Aleitamento Materno;
- Artigos de revisão, estudos e relatos de caso, publicações na categoria “resenhas” e publicações na categoria “comunicação breve”;

- Artigos que abordassem o cuidado somente sob a perspectiva do trabalho de outras categorias profissionais;
- Artigos que tivessem como foco pessoas de outras nacionalidades;
- Publicações fora do período de análise estipulado para pesquisa.

No procedimento de seleção dos artigos, inicialmente foi obtido o valor inicial da amostra, somando-se o conjunto encontrado por busca eletrônica nas bases de dados (n=614) com o conjunto demarcado na seleção de títulos nas edições das revistas de Fonoaudiologia (n=60), totalizando 674 artigos.

Em seguida, foram excluídos por título 316 artigos do conjunto obtido nas bases de dados por não contemplarem os critérios de inclusão descritos. Com esta exclusão, restaram 298 artigos deste conjunto.

Já o conjunto de artigos das revistas de Fonoaudiologia foi selecionado diretamente por títulos, consultando os índices das edições, resultando em 60 artigos, conforme descrito.

Importante salientar que o título do artigo deveria estar relacionado com as temáticas “aleitamento materno” e “prática fonoaudiológica”, mas não deveriam, necessariamente, conter os termos no título.

Somando-se os 298 artigos selecionados por título do conjunto das bases de dados, com os 60 artigos também selecionados por título do conjunto das revistas de Fonoaudiologia, obteve-se um número total de 358 artigos selecionados, dos quais, retirando-se os replicados resultaram em 238 artigos. Em seguida, após a leitura criteriosa dos resumos, houve nova redução, restando 151 artigos. Após a aplicação do teste de relevância e a partir da leitura dos estudos na íntegra, obteve-se uma amostra final, de acordo com os critérios de inclusão descritos, resultando em 11 artigos. A figura 6 ilustra as etapas da seleção dos artigos.

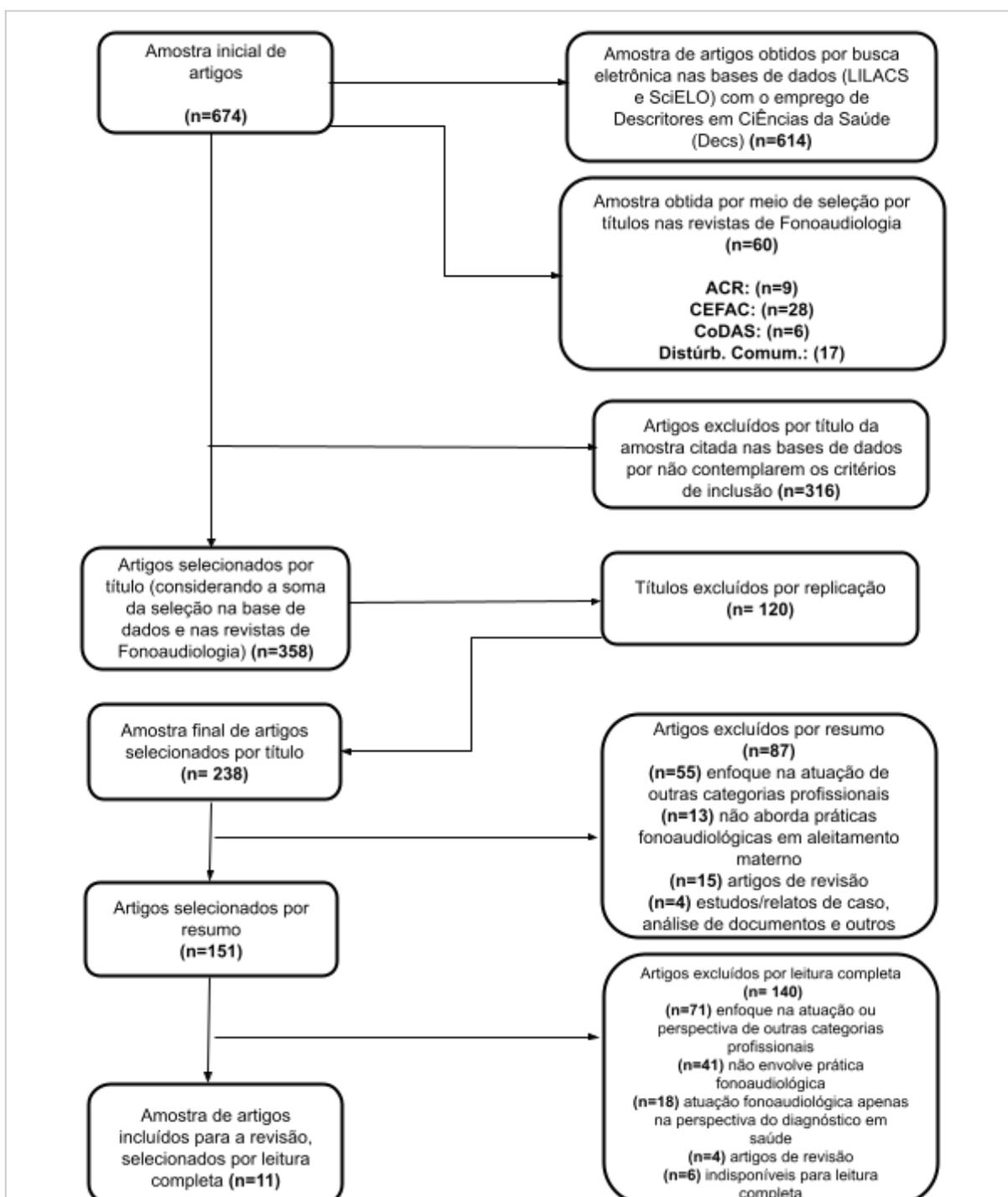


Figura 6. Fluxograma das etapas da seleção de artigos

4.2.4 Procedimentos para análise dos artigos

Em relação à análise dos artigos, os estudos foram organizados de acordo com as práticas de cuidado ao Aleitamento Materno que apresentam (prevenção,

promoção, proteção e assistência) e analisados quanto às suas informações principais discursivas (análise qualitativa) e estatísticas (análise quantitativa). Foram utilizados quadros para organizar a análise qualitativa, já para a análise quantitativa, utilizou-se tabelas e gráficos.

4.3 Síntese das etapas da pesquisa

A Figura 7 apresenta o fluxograma das etapas da pesquisa.

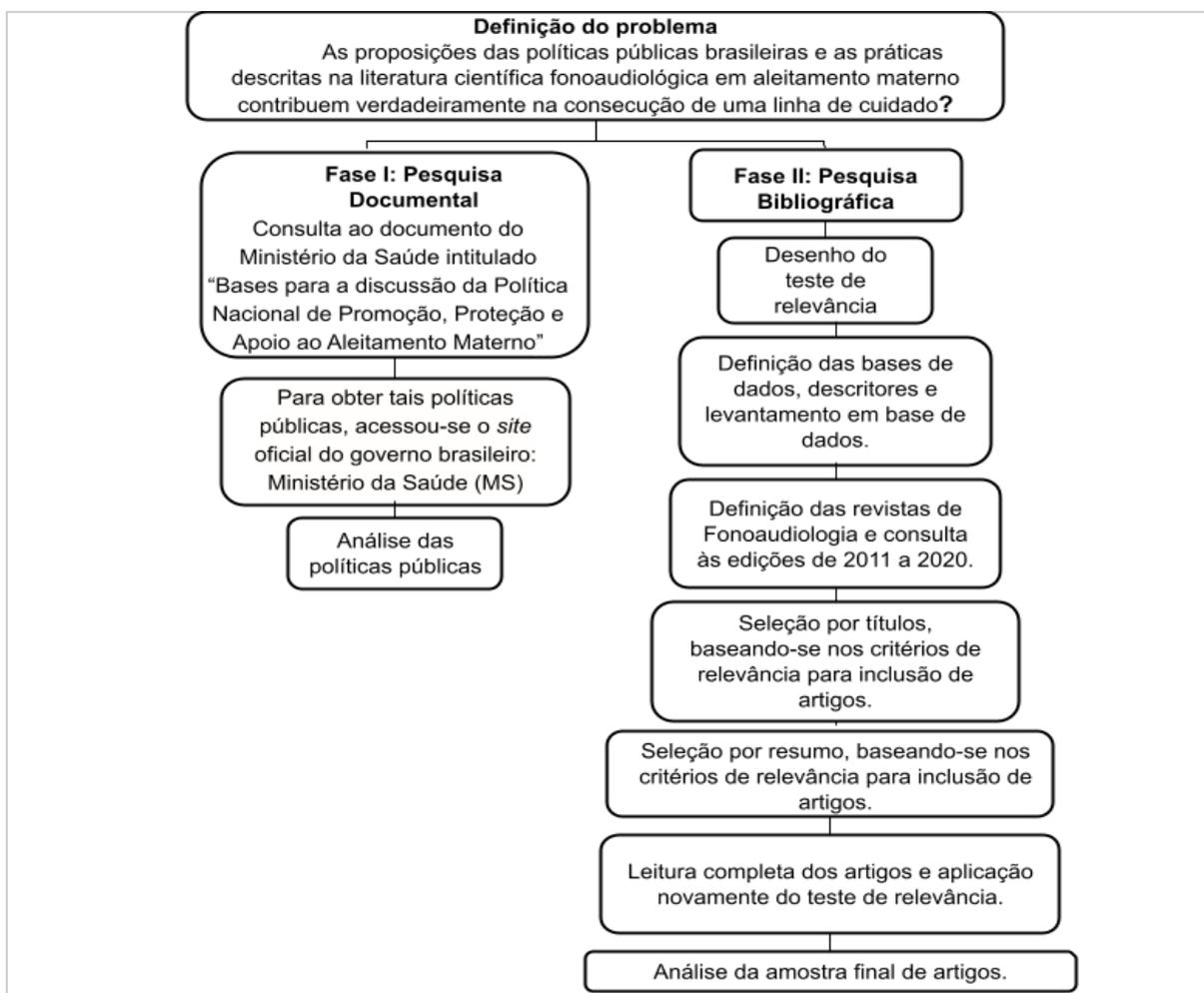


Figura 7. Fluxograma das etapas da pesquisa

5. RESULTADOS

Com a finalidade de melhor apresentar os resultados deste estudo, os materiais selecionados serão analisados em duas partes. Uma voltada para a pesquisa documental, em que são apresentadas e dispostas em quadros as políticas públicas selecionadas e a segunda para a pesquisa da produção científica, em que são explicitados, por meio do quadro, e divididos em gráficos os estudos selecionados.

5.1 Parte I: pesquisa documental

As legislações selecionadas na pesquisa documental, bem como os descritores utilizados no campo “assunto” estão dispostos no Quadro 2.

Quatro legislações foram encontradas por meio da utilização do descritor “Aleitamento Materno” no campo “assunto”.

Uma legislação foi encontrada por meio da utilização do descritor “Saúde da Criança” no campo “assunto”.

Por fim, uma legislação foi encontrada por meio da utilização do descritor “Leite Humano” no campo “assunto”.

Quadro 2. Legislações obtidas, termos utilizados no campo “assunto” e endereços eletrônicos de acesso.

Termos	Legislações encontradas	Endereços eletrônicos de acesso
Aleitamento Materno	(1) Portaria nº 2.051, de 8 de novembro de 2001 (2) Portaria nº 2.394, de 7 de outubro de 2009	(1) https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau/delegis/gm/2001/prt2051_08_11_2001.htm ! (2) https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau/delegis/gm/2009/prt2

	(3) Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013; (4) Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014	394_07_10_2009.html ! (3) https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html ! (4) https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html
Saúde da Criança	(5) Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007	(5) https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html
Leite Humano	(6) Portaria nº 2.193, de 14 de setembro de 2006	(6) https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html

As legislações selecionadas na pesquisa documental foram ordenadas e estão sintetizadas no Quadro 2.

Estão dispostas quanto aos objetivos, subcomponentes (quando presente), às atividades, aos produtos e aos resultados previstos, de acordo com o modelo lógico apresentado pelo documento do Ministério da Saúde intitulado “Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno”, de 2017.

Quadro 3. Síntese dos componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Componente	Descrição
	Portaria GM/MS Número 693, 2000 e Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007 Objetivo: Favorecer o AM por meio da Atenção Humanizada aos recém-nascidos de baixo peso. Subcomponente: Primeira Etapa (I), Segunda Etapa (II) e Terceira Etapa (III).

<p>Método Canguru (MC)</p>	<p>Atividades: (I) Identificação de gestantes com risco de parto prematuro e informação sobre o Método Canguru. Incentivo e apoio à amamentação durante a internação na UTI neonatal; (II) Incentivo e apoio à amamentação durante a internação no Alojamento Canguru; (III) Incentivo e apoio à amamentação no acompanhamento ambulatorial do Método Canguru.</p> <p>Profissionais de saúde mencionados: Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método, a portaria prevê que a equipe multiprofissional deve ser constituída por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicos - Pediatras e/ou neonatologistas - Obstetras - Oftalmologista - Enfermeiros - Psicólogos - Fisioterapeutas - Terapeutas ocupacionais - Assistentes sociais - Fonoaudiólogos - Nutricionistas - Técnicos e auxiliares de enfermagem
<p>Norma Brasileira de comercialização de alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL)</p>	<p>Portaria nº 2.051, de 8 de novembro de 2001 Lei Nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006</p> <p>Objetivo: Proteger a amamentação quanto ao marketing não ético de produtos que competem com essa prática.</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposição de revisão da legislação quando oportuno. • Monitoramento do cumprimento da legislação sobre marketing. • Divulgação e incentivo ao cumprimento da Lei por todos os setores interessados. <p>Profissionais de saúde mencionados: A portaria menciona que os órgãos públicos da área de saúde, educação e pesquisa e as entidades associativas de médicos-pediatras e nutricionistas participarão do processo de divulgação das informações sobre a alimentação dos lactentes e de</p>

	<p>crianças de primeira infância, estendendo-se essa responsabilidade ao âmbito de formação e capacitação de recursos humanos. Utiliza-se o termo profissionais de saúde em outros trechos.</p>
<p>Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH)</p>	<p>Portaria RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006.</p> <p>Objetivo: Disponibilizar LH com qualidade certificada a recém-nascidos impossibilitados de sugar todo o leite materno que necessitam e prestar assistência especializada em amamentação à gestante, puérpera e família.</p> <p>Subcomponente e atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência: Assistência especializada em AM à gestante, puérpera. • Disponibilização de LH: Oferta de LH cru à beira do leito; captação de doadoras; Coleta e estocagem; Transporte; Processamento; Controle da qualidade do LH ordenado; Porcionamento e distribuição. • Certificação da qualidade: Realização de ensaio de proficiência e gestão de qualidade. <p>Profissionais de saúde mencionados: São citados como responsáveis médicos-assistenciais e profissionais de nível superior de tecnologia de alimentos. Cita também a atuação do nutricionista na prescrição de complemento de LH. Declara como uma das principais atividades, a assistência à mulher, no entanto sem determinar o profissional responsável.</p>
<p>Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM)</p>	<p>Portaria nº 2.394, de 7 de outubro de 2009</p> <p>Objetivo: promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.</p> <p>Atividades: Coordenação das comemorações da Semana; eventos; cartilhas; folders; ações junto a sociedade; etc.</p> <p>Profissionais de saúde mencionados: Não menciona.</p>
<p>Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)</p>	<p>Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013</p> <p>Objetivo: Fomentar ações de promoção, proteção e apoio ao AME e AC saudável no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão e apoio ao processo de trabalho para a promoção, a proteção e o apoio ao Aleitamento Materno (AM) e Alimentação Complementar (AC) saudável nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); pactuação e implantação de ações. • Organização da atenção à mãe, bebê e família vivenciando o processo de AM e AC. <p>Produto: Ações implantadas, atendimento à mãe, bebê e família no processo de AM e AC.</p>

	<p>Resultado: Mães, crianças e famílias apoiadas e assistidas na amamentação e alimentação complementar na rede de atenção primária.</p> <p>Profissionais de saúde mencionados: Utiliza-se o termo profissionais de saúde sem que haja especificação.</p>
<p>Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)</p>	<p>Portaria SAS/MS número 155, 1994 e Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014</p> <p>Objetivo: Incentivar o AM a partir da adoção de práticas que promovam, protejam e apoiem a amamentação nas maternidades.</p> <p>Atividades: Elaboração de uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde. Obs.: O critério global Cuidado Amigo da Mulher e recém-nascido de risco deverá estar contido na política estabelecida;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitação da equipe nas práticas voltadas para implementação das atividades previstas na norma; • Informação às gestantes sobre os benefícios e o manejo do AM; • Apoio e incentivo às mães para iniciar o AM na primeira hora após o nascimento; • Orientação às mães sobre como amamentar e como manter a lactação mesmo se separadas dos filhos; • Oferecimento do leite materno de forma exclusiva, exceto em casos específicos, com indicação médica; • Permanência de mães e bebês em alojamento conjunto em tempo integral; • Estímulo ao AM sob livre demanda; não oferecimento de bicos artificiais e chupetas; • Estímulo à formação de grupos de apoio ao AM e encaminhamento das puérperas; • Cumprimento da NBCAL; • Implantação do cuidado amigo da mulher; garantia da permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal.

5.2 Parte II: pesquisa da produção científica

A partir da interpretação das informações encontradas, foi possível organizar as publicações que integraram a amostra do estudo que estão identificados no Quadro 3. Os resumos dos estudos selecionados estarão no Anexo A deste trabalho.

Quadro 3. Identificação dos artigos selecionados para a revisão da produção científica.

	Título	Autores	Periódico	Ano de Publicação	Objetivo
1	Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira	Medeiros AMC, Bernardi AT.	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	2011	Verificar a oferta de seio materno em bebês nascidos pré-termos, internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital e Maternidade Neomater, relacionando este dado com a forma de oferecer a dieta (copo ou mamadeira), na ausência da mãe, e a estimulação fonoaudiológica realizada.
2	Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros	Scheeren B, Mengue APM, Devincenzi BS, Barbosa LR, Gomes E	Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	2012	Descrever as condições iniciais do aleitamento materno de prematuros.
3	Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno	Castelli CTR, Maahs MAP, Almeida ST	Revista CEFAC	2014	Identificar e descrever as dúvidas e dificuldades das gestantes e puérperas em relação à amamentação, além de compará-las nos períodos pré-natal e puerperal.
4	Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros	Silva LM, Tavares LAM, Gomes CF	Revista Distúrbios da Comunicação	2014	Caracterizar como se dá a prática do aleitamento materno em lactentes prematuros internados em Unidade de Cuidados Intermediários.
5	Aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos: conhecimento e aceitação de mães	Medeiros AMC, Batista BG, Barreto IDC.	Audiology - Communication Research (ACR)	2015	Investigar o conhecimento de mães sobre aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos, comparando mães internadas na Unidade Canguru e no Alojamento Conjunto, considerando tempo de internação; e

	de uma maternidade				verificar a aceitação sobre a intervenção grupal realizada.
6	Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTI neonatal	Silva PK, Almeida ST.	Revista CEFAC	2015	Avaliar recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal.
7	Avaliação das características orofaciais e da amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar	Castelli CTR, Almeida ST.	Revista CEFAC	2015	Avaliar as características orofaciais e a amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar e verificar possíveis relações entre o sistema sensório motor orofacial e a amamentação.
8	Acompanhamento fonoaudiológico do aleitamento materno em recém-nascidos nas primeiras horas de vida	Medeiros AMC, Santos JCJ, Santos DAR, Barreto IDC, Alves YVT.	Audiology - Communication Research (ACR)	2017	Verificar a situação do aleitamento materno, considerando aspectos da díade mãe-recém-nascido, de acordo com tempo de vida do recém-nascido, mediante intervenção fonoaudiológica.
9	Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo	Fujinaga CI, Chaves JC, Karkow IK, Klossowski DG, Silva FR, Rodrigues AH.	Audiology - Communication Research (ACR)	2017	Avaliar o frênulo da língua em bebês recém-nascidos a termo e verificar sua associação com o aleitamento materno.
10	Tempo de transição alimentar na técnica sonda-peito em recém-nascidos baixo peso do Método Canguru	Medeiros AMC, Ramos BKB, Bomfim DLSS, Alvelos CL, Silva TC, Barreto IDC et al.	Revista CoDAS	2018	Verificar o tempo despendido na transição da alimentação por gavagem para via oral exclusiva, na técnica sonda-peito, comparando RNs baixo peso, considerando suas intercorrências clínicas/médicas, submetidos ao peito exclusivo com aqueles que, além do peito, receberam complemento por copo/mamadeira.
11	Conhecimento de puérperas sobre amamentação e fonoaudiologia em uma maternidade pública do Nordeste brasileiro	Santos KCF, Nascimento HS, Sá TPL, Barreto IDC, Medeiros AMC	Revista Distúrbios da Comunicação	2020	Verificar o conhecimento de mães sobre aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos envolvidos na amamentação (linguagem, motricidade orofacial e audição).

5.2.1 Caracterização dos artigos

A Figura 8 evidencia as características das práticas fonoaudiológicas retratadas nos estudos científicos escolhidos.

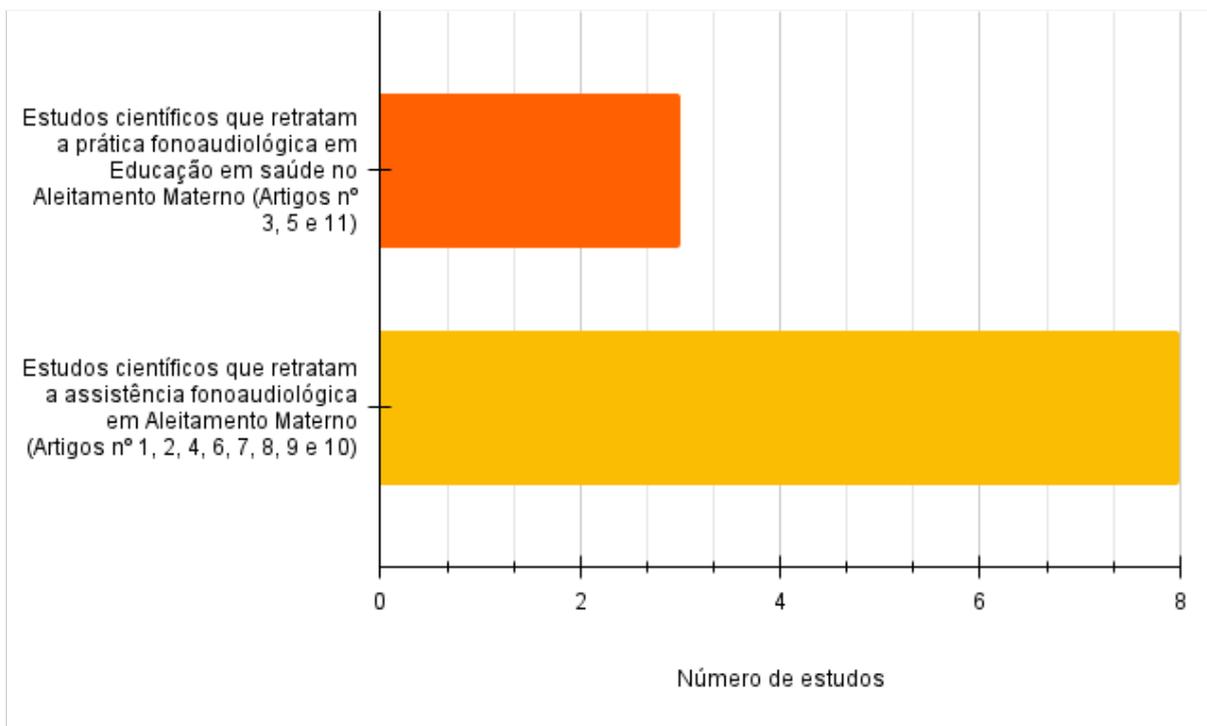


Figura 8. Caracterização dos artigos em relação às práticas fonoaudiológicas a partir de análise dos conteúdos das pesquisas.

As Figuras 9 e 10 apresentam a distribuição dos estudos de acordo com as regiões e estados do Brasil, em que eles ocorreram respectivamente.

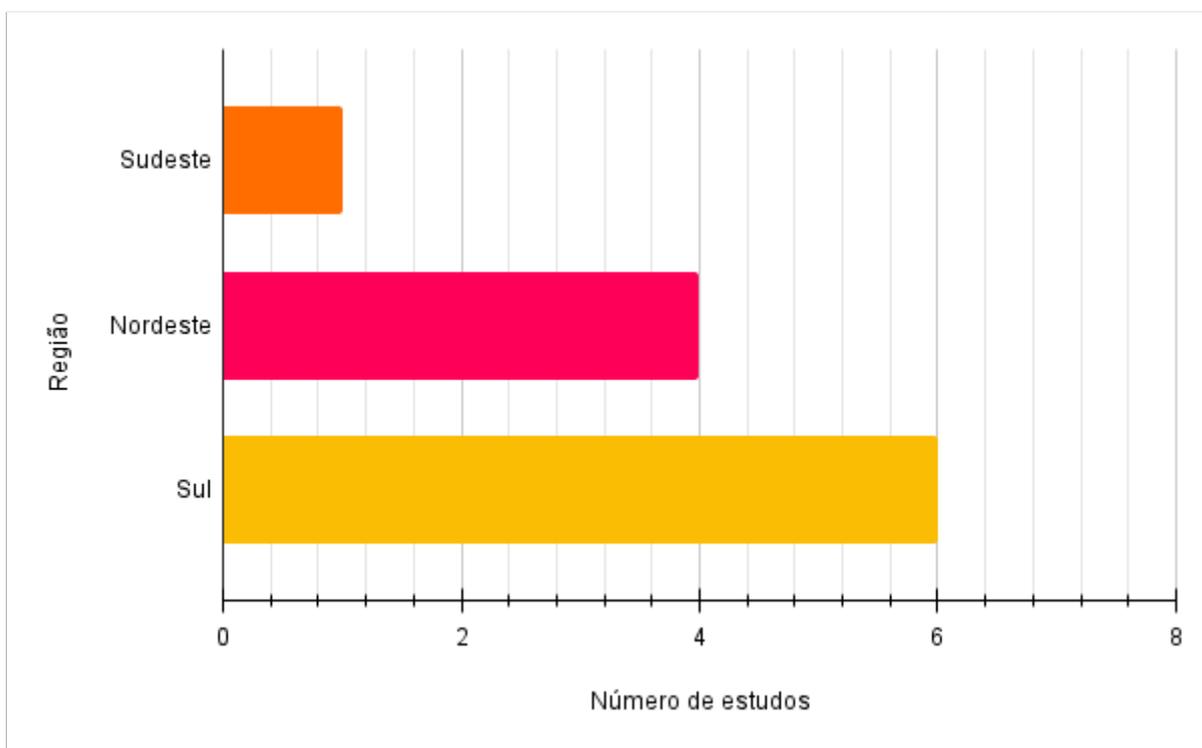


Figura 9. Distribuição e quantidade dos estudos selecionados por região no Brasil.

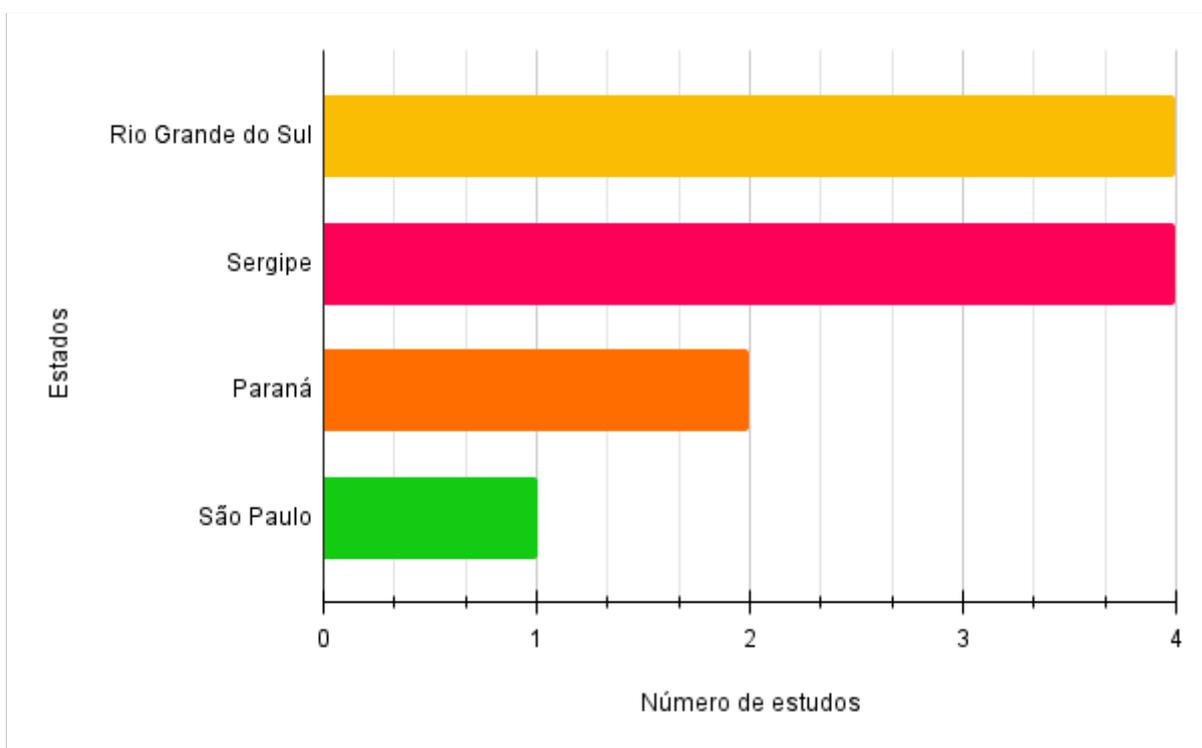


Figura 10. Distribuição e quantidade dos estudos selecionados por estado brasileiro

A Figura 11 diferencia os estudos quanto às suas características organizacionais dos serviços especificados nos mesmos.

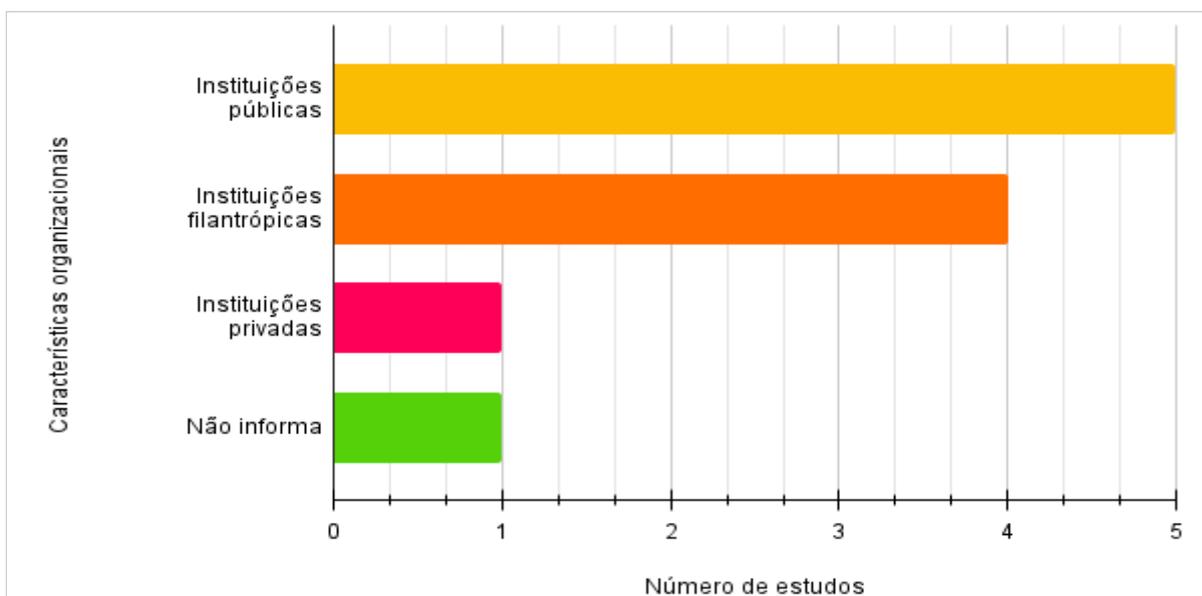


Figura 11. Distribuição e quantidade dos estudos selecionados por característica organizacional dos serviços indicados nos mesmos.

Na Figura 12, os estudos científicos estão distribuídos conforme às políticas públicas indicadas.

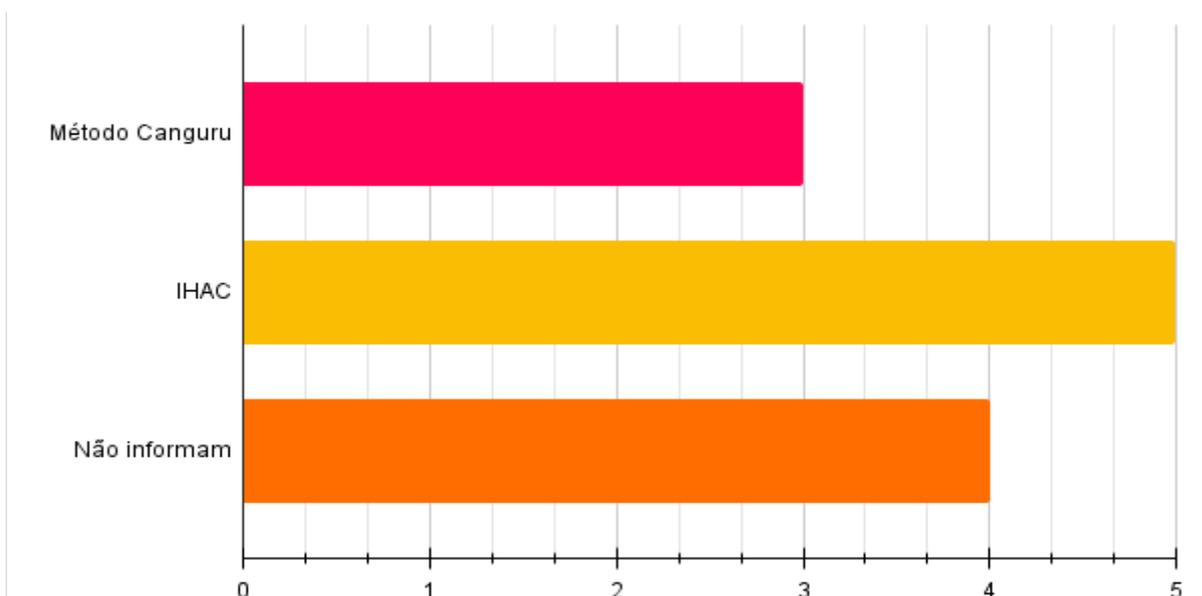


Figura 12. Distribuição e quantidade dos estudos selecionados referentes às políticas públicas indicadas nos mesmos.

Finalmente, os estudos foram organizados conforme os temas principais abordados em seus conteúdos na Figura 13.

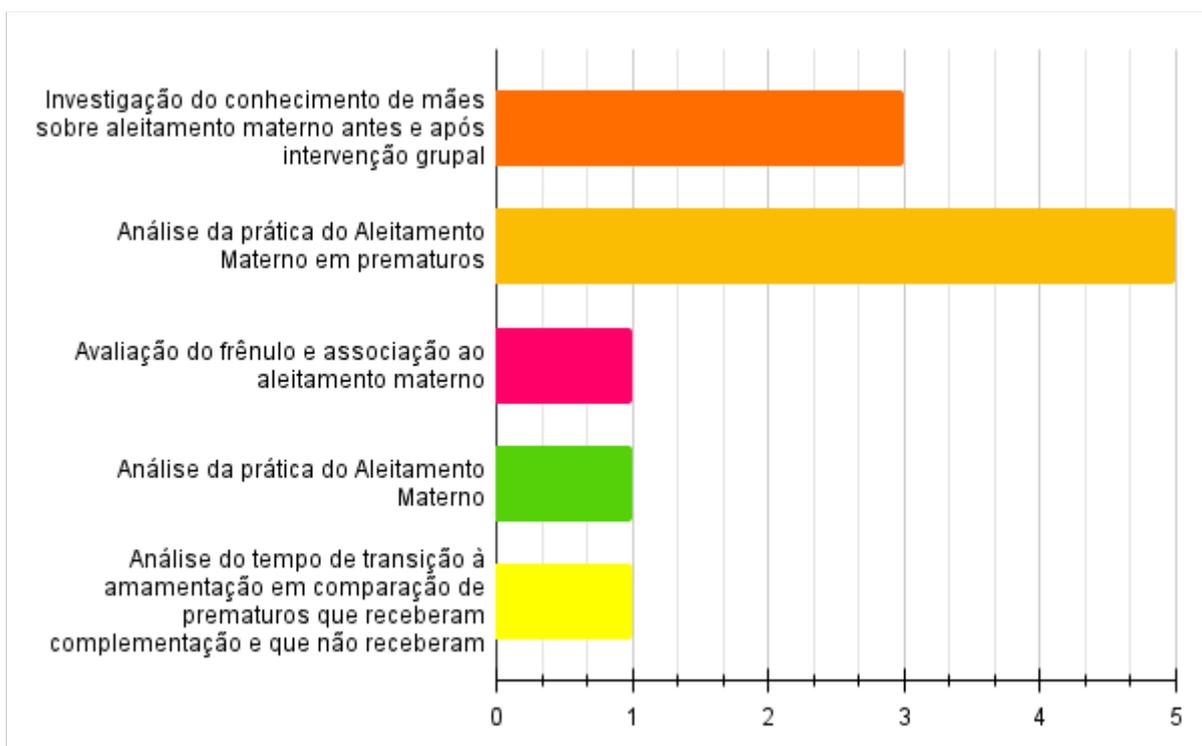


Figura 13. Temática principal dos estudos selecionados

6. DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo revisar literatura fonoaudiológica em aleitamento materno e relacionar com políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para alcançar esse objetivo, utilizaram-se dois procedimentos de pesquisa. A pesquisa documental e a pesquisa da produção científica.

Tais resultados foram analisados e discutidos individualmente, e em seguida de maneira associada com intuito de caracterizar a linha de cuidado em Aleitamento Materno.

Sobre a **pesquisa documental**, primeiramente foram identificadas as políticas públicas brasileiras pertinentes ao AM, analisando-se os objetivos, subcomponentes (quando presente), as atividades e os profissionais caracterizados como atuantes no cuidado.

Foram selecionadas seis políticas públicas para essa pesquisa: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Método Canguru (MC), Banco de Leite Humano (BLH), Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), a portaria que institui a Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM) no Brasil e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Ao analisar os resultados da pesquisa documental e, mais especificamente, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é possível constatar que a mesma fomenta ações de promoção, proteção e apoio ao AME e AC saudável no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Portaria: nº 1.920/2013)¹¹².

Seus objetivos são qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os resultados alcançados por meio da instituição dessa política são, principalmente, mães, crianças e famílias apoiadas e assistidas na amamentação e alimentação complementar^{55,112}.

No Art. 4º da Portaria nº 1.920/2013, é posto que a EAAB deverá ser implementada por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas UBSs, que tem por objetivo a qualificação de profissionais de saúde para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao AM e alimentação complementar saudável¹¹². Haja vista que o profissional da fonoaudiologia está inserido nesse contexto por meio das residências multiprofissionais, pelos NASFs e até mesmo como profissional da ESF, como apontado na revisão de literatura, fica evidente que a política o incorpora também. Apesar disso, não foram encontrados artigos na pesquisa bibliográfica que referem essa atuação.

A portaria nº 1.683 favorece o AM por meio da atenção humanizada aos recém-nascidos de baixo peso. Isso acontece por meio de três etapas que são: Primeira etapa - Identificação de gestantes com risco de parto prematuro e informação sobre o Método Canguru. Incentivo e apoio à amamentação durante a internação na UTI neonatal; segunda etapa - Incentivo e apoio à amamentação durante a internação no Alojamento Canguru; e terceira etapa - Incentivo e apoio à amamentação no acompanhamento ambulatorial do MC¹¹³.

Recém-nascidos de baixo peso em amamentação exclusiva na alta hospitalar e manutenção do AME no seguimento ambulatorial têm sido o principal resultado alcançado no estabelecimento dessa política dentro da UTIN. É recomendado que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método, a equipe multiprofissional inclui o fonoaudiólogo/fonoaudióloga¹¹³.

O MC reitera as atribuições da equipe de saúde em orientar a mãe e a família em todas as etapas do método; oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos; encorajar o aleitamento materno; desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição; desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar; participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção; e orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado¹¹³.

Já o Banco de Leite Humano tem como objetivo disponibilizar Leite Humano (LH) com qualidade certificada a recém-nascidos impossibilitados de sugar todo o leite materno que necessitam e prestar assistência especializada em amamentação à gestante, puérpera e família. Apesar de não especificar os profissionais de saúde que irão prestar assistência às mães e sua família, é da atuação da fonoaudiologia atuar nos BLH avaliando, apoiando e protegendo o AM¹¹⁴.

A NBCAL regula a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até três anos de idade e tem como estratégias: proposição de revisão da legislação quando oportuno; monitoramento do cumprimento da legislação sobre marketing e divulgação e incentivo ao cumprimento da Lei por todos os setores interessados. Em seu Art. 18, dispõe que os órgãos públicos da área de saúde, educação e pesquisa e as entidades associativas de **médicos-pediatras e nutricionistas** participaram do processo de divulgação das informações sobre a alimentação dos lactentes e de crianças de primeira infância, estendendo-se essa responsabilidade ao âmbito de formação e capacitação de recursos humanos¹¹⁵.

Surge o questionamento acerca da relevância de se estender essa atribuição a todas as entidades associativas da área da saúde, haja vista que é um processo que deve ter vistas ao cuidado integral^{22,37}, pois, abarcando apenas essas categorias profissionais (nutricionistas e médicos(as) pediatras), estar-se-ia reduzindo a importância do AM ao mero fator protetivo e nutricional, excluindo-se os impactos psicológicos, educacionais, psicomotores, do desenvolvimento pleno das funções estomatognáticas, entre outros, - os quais são de expertise de outras categorias profissionais - do abandono do AM, o que poderia contribuir com a perspectiva fragmentada e reducionista do AM.

Sobre a Portaria nº 2.394 de 2009, que instituiu a SMAM no Brasil, seu objetivo é promover, proteger e apoiar o AM, por meio da coordenação das comemorações da semana; eventos; cartilhas; folders; ações junto à sociedade; e etc. As comemorações realizadas na SMAM caracterizam-se como um importante marketing social capaz de aumentar os índices de aleitamento materno no país¹¹⁶.

Em relação à IHAC, seu objetivo é incentivar o AM a partir da adoção de práticas que promovam, protejam e apoiem a amamentação nas maternidades. Isso

acontece por meio da elaboração de uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida **a toda equipe** de cuidados de saúde¹¹⁷.

Como apontado, as políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao AM são em quantidade e qualidade suficientes, abrangendo todos os níveis de atenção e complexidade e vão além do setor saúde. Isso justifica o fato de que o Brasil é uma das nações consideradas modelo na atenção ao AM em todo o mundo como evidenciado na revisão de literatura.

No que se refere à revisão de literatura de estudos fonoaudiológicos brasileiros abarcando o aleitamento materno, como descrito nos resultados, a amostra final foi composta por onze estudos. Oito (72,72%) estudos apresentaram enfoque em práticas fonoaudiológicas assistenciais de avaliação e intervenção em saúde relacionado ao AM e apenas três (27,27%) tiveram como objetivo a educação em saúde relacionado ao AM.

Em se tratando da inserção de fonoaudiólogos às políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM, os estudos encontrados no período estudado revelam que três atuam no MC e cinco na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Houve predomínio de estudos na região Sul com seis estudos (54,54%), seguido do Nordeste do Brasil com quatro estudos (36,36%) e apenas um na Região Sudeste (9,10%). Não foi selecionado nenhum estudo que contemplasse os critérios definidos nas regiões Norte e Centro-Oeste do país. Esse dado corrobora com a literatura¹ que enfatiza a discrepância e desigualdade de desenvolvimento e produção científica nas outras regiões, mas também no atendimento a essas populações, o que favorece a iniquidade em saúde decorrente das ações desarticuladas e instituídas de maneira desigual em cada estado brasileiro^{7,55,63,118,119,120,121}.

Sobre as características organizacionais dos serviços indicadas nas pesquisas, a maior parte dos artigos selecionados foi desenvolvida em instituições públicas e filantrópicas (possuem contrato com o sistema público para prestar atendimento aos pacientes do SUS) (81%), o que condiz com a literatura que denota que a maior responsabilidade pela pesquisa técnico-científica realizada no Brasil, se encontra no setor público do SUS^{118,122}.

Sobre a distribuição e quantidade dos estudos selecionados referentes ao nível de complexidade da atuação, é nítido o quanto a Fonoaudiologia ainda se volta à recuperação da saúde no ambiente hospitalar^{123,124,125}, até mesmo os trabalhos voltados para a educação em saúde (27,27%) são na Atenção Terciária à Saúde, o que mostra a fonoaudiologia na contramão das necessidades e potencialidades do próprio SUS^{110,120,121,123,124,125}, o qual preconiza que a AB não só seja o primeiro contato com o usuário ao sistema, mas que dê conta de mais de 80% da resolução das problemáticas de saúde, como apontado na revisão de literatura.

Esse resultado concorda com a literatura científica acerca da importância da reforma necessária da formação em saúde no Brasil para que os profissionais de saúde se formem cada vez mais capazes e adequados para atuarem no sistema^{120,121,123,124,125,126,127,128}. É importante que haja essa discussão, já que uma das áreas menos problematizadas até hoje na formulação de políticas do SUS é a da formação^{126,127,128}.

Os documentos norteadores dessa reforma já foram elaborados, agora, é importante que sejam colocados em prática^{123,124}, haja vista que os profissionais que formam os trabalhadores de saúde têm um olhar, muitas vezes, puramente técnico acerca da prática e dos conhecimentos da mesma, o que causa determinadas limitações na educação dos mesmos, como dito por Nascimento (2020)¹²³.

“Além disso, o profissional da fonoaudiologia precisa estar envolvido em espaços coletivos decisórios, como equipes interdisciplinares e intersetoriais, conselhos de saúde e de classe. O profissional voltado à comunicação humana precisa ocupar espaços em diversas esferas sociais para ouvir e usar a sua voz”.

Nascimento CL. p. 113 (tese)

Ou seja, a fonoaudiologia mesmo após décadas de sua criação, ainda se volta para a recuperação da saúde, com intervenções elencadas no modelo clínico individual. Mesmo hoje, com mais de 30 anos de SUS, a literatura denota - e este trabalho reafirma - que a fonoaudiologia na saúde pública compreende o distúrbio e as problemáticas de saúde como ocorrência pessoal^{110,120,121,123,124,130}.

Como dito por Nascimento (2020), é importante que haja uma autoanálise e autocrítica por partes dos fonoaudiólogos e fonoaudiólogas acerca de sua atuação restrita ao paciente, para que possam ir além da compreensão de doença/problema de saúde enquanto fenômeno rigorosamente individual, buscando formações em saúde pública e de preferência interdisciplinares^{110,121,122,123,124}.

Em se tratando do atendimento ao AM, a atuação fonoaudiológica deve ir além da mama e da boca do bebê. É preciso que expanda a perspectiva para conhecer a história daquele binômio mãe-bebê e sua família^{31,106,109,110}: quais os conhecimentos prévios, situação psicológica da mãe, contexto socioeconômico e cultural, se o apoio do pai é presente, pois, como colocado na revisão de literatura, são importantes determinantes da adesão e manutenção do AM ao longo do tempo.

Ainda, não foram incluídos na pesquisa os trabalhos com enfoque estritamente na prática de diagnóstico em saúde, os quais eram muitos, o que demonstra expressivo interesse em realizar o diagnóstico em saúde e certa evolução do olhar das fonoaudiólogas e fonoaudiólogos sobre a epidemiologia e diferença no que tange a profissão na atenção materno-infantil, quando comparada, por exemplo, à área educacional, a qual apresenta carência de diagnósticos situacionais e institucionais. Em pesquisa recente realizada na Bahia, que teve como objetivo compreender quais conceitos de diagnóstico sustentam algumas práticas realizadas por profissionais da fonoaudiologia que atuam em instituições de ensino, evidenciou-se ausência de menção ao diagnóstico situacional por parte dos mesmos¹³¹.

Por isso, conforme orientado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, os profissionais de saúde, e portanto, da fonoaudiologia, devem nortear suas práticas por intermédio do conceito ampliado de saúde, tendo como alicerce os determinantes em saúde^{120,121,132}, cujos impactos já foram descritos na revisão de literatura.

Ainda assim, mesmo que haja o interesse em avaliar a situação do ambiente, é necessário que os profissionais da fonoaudiologia atuem na intervenção, também, por meio da promoção e da educação em saúde, perante os dados obtidos nesses

diagnósticos e pensem práticas coletivas e mais efetivas a serem realizadas na atenção ao AM^{106,109,110,120,121}.

Outro dado importante encontrado neste trabalho se trata da temática principal de quase metade dos estudos (cinco artigos)^{133,134,135,136,137} que apontou relevante interesse em realizar análise da prática do AM em prematuros. Dentre os restantes, grande parte demonstrou expressivo interesse em analisar a prática do aleitamento materno sem especificar a idade gestacional.

Esse interesse em analisar a prática do AM na prematuridade pode resultar do impacto que a falta do mesmo pode causar, em especial, aos recém-nascidos pré-termo (RNPTs), bem como a complexidade de se estabelecer o AM nessa população^{133,134,135,136,137}.

A prematuridade, como tema de grande importância em nível global, é uma prioridade de saúde pública porque se refere a causa mais recorrente de morte de nascidos vivos, por conta de seu desenvolvimento incompleto e suscetibilidade a infecções. Reforça-se que a mortalidade neonatal, óbitos de nascidos vivos até o 28º dia de vida, está presente no Brasil em níveis elevados, cerca de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010¹³⁸.

A literatura denota, no entanto, que o aleitamento materno pode contribuir para a saúde do neonato, sobretudo dos prematuros. As vantagens do AM nos RNPTs são: favorecimento do vínculo; melhora do desenvolvimento neurocomportamental; estabilização dos níveis de pressão parcial de oxigenação transcutânea, de saturação de oxigênio e de temperatura corporal; reduz a incidência de enterocolite necrosante, sepse e meningite; aprimora a coordenação sucção-deglutição-respiração, diminui atopias, promove o desenvolvimento da retina; melhora do desenvolvimento cognitivo e da proteção antioxidante, além de reduzir significativamente a reinternação^{138,139,140}.

No entanto, estabelecer o AM na população prematura é ainda um grande desafio, de acordo com diversos autores, o que justifica a preocupação da fonoaudiologia em oferecer assistência no cuidado aos RNPTs e suas famílias^{133,134,135,136,137,138,139,141}.

Atentar-se às prioridades estipuladas nas agendas de saúde é de extrema importância e, como apontado na revisão de literatura, contribui com a efetividade do

princípio da equidade, que estabelece que sejam oferecidos cuidados diferentes para necessidades diferentes, ou seja, priorizar grupos com maior risco de saúde, como o caso dos neonatos pré-termo.

Porém, cabe ainda a reflexão acerca da importância e urgência da inserção da fonoaudiologia na AB e em mais ações de proteção, promoção à saúde no que tange favorecer o estabelecimento e manutenção do AM a bebês e crianças de todas as idades, tendo em vista seus impactos na saúde das mesmas^{106,109,110,121}.

Sobre isso, Nascimento (2020) refere mais uma possível solução além da reforma da formação em saúde e envolvimento dos profissionais da fonoaudiologia em espaços de decisão: ampliar as discussões sobre o dimensionamento dos profissionais da saúde, em particular os fonoaudiólogos, que devem ser aprofundadas para atender às necessidades da população e organizar as linhas de cuidado. Dessa forma, serão viabilizados os caminhos para uma atuação plena da fonoaudiologia no SUS.

Ainda, na revisão da produção científica, um dos artigos¹⁴² reitera a importância de novos estudos a serem realizados para verificar se a efetividade do AM alcançada no ambiente hospitalar, nos primeiros dias de vida, influencia na manutenção do índice satisfatório da amamentação exclusiva e a prevenção do desmame precoce, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, visto que o presente estudo apresentou limitações quanto à investigação do desfecho da condição de aleitamento após a alta hospitalar¹⁴², ou seja, demonstrando a falta de comunicação entre a atenção hospitalar e a atenção primária.

Notou-se, então, a fragmentação do cuidado na atenção ao Aleitamento Materno no que tange à prática fonoaudiológica. Em sistemas de saúde fragmentados é possível observar pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si, interferindo na continuidade do cuidado. As instituições nos níveis secundários e terciários de atenção devem manter contato com AB ao exercer seu papel de ordenadora do cuidado para que haja maior controle da eficácia das ações exercidas em AM no hospital.^{7,30,109,110,121}

Pautar a organização dos serviços de saúde, numa visão integral do indivíduo, da família e da comunidade, pode transformar a realidade dos

indicadores, porque pode contribuir com a eficácia das propostas de promoção do aleitamento materno^{106,109,110,121}.

Por fim, outro objetivo deste trabalho era analisar se as propostas das políticas públicas e das práticas descritas em literatura científica fonoaudiológica nacional contribuem verdadeiramente na consecução do princípio da integralidade da atenção ao AM.

Os resultados da pesquisa documental e da produção científica demonstraram que a integralidade na atenção ao AM ainda não está devidamente ancorada, isso porque ainda que as políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao AM estejam elevando os níveis de adesão e estabelecimento do AM, a vasta literatura evidencia que ainda se mostra ineficiente nos inquéritos realizados para estimar a epidemiologia do AM e suas repercussões neste século^{55,56,57,106,109}. Apesar das políticas serem efetivas, quando analisadas individualmente, ainda falta articulação entre as mesmas e entre os diversos setores da sociedade, além da saúde^{106,109,110,121}.

Ou seja, embora a integralidade da atenção seja discutida desde o Movimento Sanitário por diversos atores^{77,78,79,80,81}, enquanto princípio, não se concretizou inteiramente no cotidiano da maioria dos usuários, pois as ações fragmentadas e reducionistas ainda dominam grande parte dos serviços de saúde nos dias de hoje, se contrapondo aos aspectos da integralidade^{31,109,110,120,121}.

Foi possível observar que a amamentação, prática que se insere na vida de milhares de mulheres e suas famílias, ainda apresenta fragmentação da atenção: predominância de práticas nas Regiões Sul e Nordeste em relação às outras regiões, escassez de práticas fonoaudiológicas em promoção e educação em saúde relacionadas ao AM e importante necessidade de práticas no ambiente da Atenção Básica, como apontada na pesquisa da produção científica. Isso não só prejudica o alcance das metas definidas e índices de estabelecimento e manutenção do AM^{31,55,106,109}, recomendados pelos principais órgãos de saúde, como o próprio olhar da sociedade e de outros profissionais de saúde sobre as práticas fonoaudiológicas^{109,120,121}.

Compreendemos portanto, em consonância com o trabalho de Campos (2003), que para alcançar o atendimento integral, deve haver mudança das práticas

de saúde em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde, que são determinantes no processo de estruturação das práticas integrais à saúde. Conforme Campos (2003, p. 583): “Nada do que se discute no âmbito da saúde brasileira continua mais atual do que o desafio que se coloca para a presente e as futuras gerações: tornar concreto, no cotidiano da vida dos cidadãos, os princípios que motivaram a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde [...] conclui-se que perseguir o que parece ser óbvio pode ser mais difícil do que se imagina.”¹⁴³

Esses resultados reafirmam a importância da publicação de um documento que estabeleça uma Linha de Cuidado Integral à atenção ao Aleitamento Materno, pois há a necessidade de fortalecer as diversas ações de incentivo ao aleitamento materno desenvolvidas no país há mais de 30 anos. É importante que haja maior articulação e integração entre essas ações, no sentido de potencializar seu impacto, adotando como estratégia a linha de cuidado; alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS, no contexto de consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e indução de ações intersetoriais.

A proposta publicada em 2017, por meio do documento oficial “Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno” do MS corrobora esse trabalho, já que acredita que somente a pactuação de uma política interfederativa e intersetorial poderá impulsionar os avanços necessários à promoção, à proteção e ao apoio ao AM no Brasil. Este documento foi desenvolvido para que haja possibilidade de reflexão e direcionamento do caminho para que nosso país continue sendo considerado referência no que tange à expansão da prática da amamentação.

7. COMENTÁRIOS FINAIS

A integralidade na atenção ao Aleitamento Materno ainda não se realizou e carece de consolidação tanto no campo das políticas públicas quanto na realidade dos serviços. Logo, apesar dos avanços, a atenção ao Aleitamento Materno ainda se mostra fragmentada.

Isso porque, apesar dos resultados da pesquisa documental terem apresentado importantes e robustas políticas públicas que protegem, apoiam e promovem o Aleitamento Materno, são implementadas de forma desigual e muitas vezes desarticuladas entre si. Ainda não existe uma política que tenha como estratégia a Linha de Cuidado para delinear a atenção nesse contexto, facilitando a fragmentação da assistência

A revisão da produção científica apontou fragmentação da atenção, predominância de práticas na Região Sul e Nordeste em relação às outras regiões, expressivo foco na Atenção terciária à saúde e escassez de estudos que abrangem práticas de promoção e educação em saúde relacionadas ao AM.

Assim, promover a formação em saúde e então, da fonoaudiologia, voltada às necessidades da população; aprofundar as discussões sobre dimensionamento da profissão; e atuação dos profissionais em cargos de liderança e gestão contribuirão para uma atuação plena dos fonoaudiólogos e fonoaudiólogas na atenção à saúde.

Esses achados denotam o quão fragmentado está o cuidado aos binômios mãe-bebê e suas famílias, o que prejudica o alcance da integralidade em saúde.

Pautar a organização dos serviços de saúde numa visão integral do indivíduo, da família e da comunidade, pode transformar a realidade dos indicadores, porque pode contribuir com a eficácia das propostas de promoção do aleitamento materno.

Há a necessidade de se estruturar as práticas de atenção ao aleitamento materno à realidade dos serviços no Brasil, possuindo como modelo orientador dos fluxos a serem traçados e das necessidades em saúde, a linha de cuidado integral, para que nosso país continue sendo considerado referência no que tange à expansão da prática da amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 112 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf
2. Giugliani ERJ, Victora CG. Evidências científicas do impacto da amamentação e da amamentação exclusiva na saúde de mulheres e crianças. in: Venâncio SI, Toma TS. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. p.39-54. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/49082001internetbx.pdf>
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA Horton S, Krasevec J. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2016 [acesso 10 mar 2020];25(1):1-24p. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>
4. Giugliani ERJ, Victora CG. O aleitamento na prática clínica. J Pediatr [Internet]. 2000 [acesso em 10 mar 2020];76(3):p.238-52. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0050.pdf>
5. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra; 1989
6. Santos EKA. Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: impacto, avanços e desafios. in: Venâncio SI, Toma TS. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. p.105-136. Disponível em:

- <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/49082001internetbx.pdf>
7. Monteiro F, Moura A, Araújo RG. Perspectivas do aleitamento materno no Brasil: rumo a uma política nacional e a construção de uma linha de cuidado no contexto das Redes de Atenção à Saúde do SUS. in: Venancio SI, Toma TS. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. p.225-236. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/49082001internetbx.pdf>
 8. Vieira GO, Reis MR, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR, Giugliani ERJ. Tendência dos indicadores de aleitamento materno em uma cidade do Nordeste brasileiro. J. Pediatr. [Internet]. 2015 [acesso em 2020 May 30];91(3):270-277. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000300270&lng=en.
 9. Araújo MFM, Del Fiacco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. Rev. Bras. Saúde. Matern. Infantil [Internet]. 2004. [acesso em 2020 jun 01];4(2):135-141. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/20999.pdf>
 10. Puccini RF, Pedroso GC. Aleitamento Materno: O Papel dos Serviços de Saúde. in: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual, políticas, prática e bases científicas. 1ed. São Paulo: Sarvier; 2008. p.45-51.
 11. Moura EC. Nutrição. in: Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: Bases Científicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 36-63.
 12. Succi RCM. Proteção contra Doenças Infecciosas. in: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual, políticas, prática e bases científicas. 1ed. São Paulo: Sarvier; 2008. p.204-207.
 13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infant and Young Child Feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponível em:

- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42794/9241562544.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Cota JB. Vantagens do Aleitamento Materno para o desenvolvimento do sistema estomatognático [monografia] [Internet]. Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. [acesso em 2020]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2997.pdf>
 15. Victora CG, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet [Internet]. 2016. [acesso em 2020 jun 1];387(100170): 475-489. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)
 16. Caminha MFC, Serva VB, Arruda IKG, Batista FM. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2010. [acesso em 2020 mar 26];10(1):25-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-3829201000010003&lng=en
 17. Pamplona V, Aguiar AM. Aspectos Psicosexuais na Lactação. in: Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: Bases Científicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 182-198.
 18. Barros VFR. Amamentação: vantagens para a mãe e a criança. in: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual, políticas, prática e bases científicas. 1ed. São Paulo: Sarvier; 2008. p.255-260
 19. Giugliani ERJ. Amamentação Exclusiva. in: Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: Bases Científicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 27-35.
 20. Radford A. O Impacto Ecológico da Amamentação por Mamadeira. Breastfeeding Review [Internet]. 1992 [acesso em 2020 mar 16];2(5):204-208. Disponível em: http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_97.pdf
 21. Organização das Nações Unidas. A ONU e a Mudança Climática [Internet]. Rio de Janeiro; sem data. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/mudanca-climatica/>

22. Venancio SI, Toma TS. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019. 272p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/49082001internetbx.pdf>
23. Organização Pan-Americana de Saúde. Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria mais de 820 mil crianças menores de cinco anos em todo o mundo [Internet]. Brasília; 2018. [acesso em 2020 mar 16]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5729:aleitamento-materno-nos-primeiros-anos-de-vida-salvaria-mais-de-820-mil-criancas-menores-de-cinco-anos-em-todo-o-mundo&Itemid=820
24. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Aleitamento Materno [Internet]. Brasília; [data desconhecida]. [acesso em 2020 mar 16]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>
25. Sociedade Brasileira de Pediatria. Amamentação: A base da vida [Internet]. São Paulo; 2018. [acesso em 2020 mar 16]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_21162c-DC_-_Amamentacao_-_A_base_da_vida.pdf
26. American Academy of Pediatrics. Where We Stand: Breastfeeding [Internet]. Illinois, 2014. [acesso em 2020 mar 17]. Disponível em: <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/breastfeeding/Pages/Where-We-Stand-Breastfeeding.aspx>
27. National Institutes of Health. What are the recommendations for breastfeeding? [Internet]. Maryland, 2017. [acesso em 2020 mar 17]. Disponível em: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/breastfeeding/conditioninfo/recommendations>
28. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk [Internet]. 2012. [acesso em 2020 mar 17];129(3):827-841. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/3/e827.full.pdf>

29. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Brasília; [data desconhecida]. [acesso em 2020 mar 20]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>
30. IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em Acesso em 22.jun.2018.
31. Sucupira ACSL, Pereira ASG. O Aleitamento Materno e a Atenção Integral à Saúde da Criança. in: Issler H. O aleitamento materno no contexto atual, políticas, prática e bases científicas. 1ed. São Paulo: Sarvier; 2008. p.52-60.
32. Machado MMT. A Conquista da Amamentação: o olhar da mulher [dissertação] [Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1999. [acesso em 2020 abr 10]. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15799/1/1999_dis_mmtmachado.pdf
33. Ramos CV, Almeida JAG. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. [Internet]. 2003. [acesso em 2020 abr 10];3(3):315-321. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n3/17926.pdf>
34. Macedo IC. Aspectos culturais na prática do aleitamento materno decorrentes da herança histórica do Brasil colônia. in: Macedo IC. Ensaios sobre património alimentar Luso-brasileiro. [Internet]. Coimbra: Annablume Editora; 2014. Disponível em: https://digitalis-dsp.uc.pt/jspui/bitstream/10316.2/34049/6/EnsaiosPatrim%C3%B3nioAlimentar_artigo12.pdf
35. Gomes JMF, et al. Amamentação no Brasil: discurso científico, programas e políticas no século XX. In: Prado SD, et al. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede [Internet]. 2016. [acesso em 2020 abr 15];5(1):475-491. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/37nz2/epub/prado-9788575114568.epub>
36. Juruena GS, Malfatti CRM. A história do aleitamento materno: dos povos primitivos até a atualidade. Lecturas: Educacion Física y Deportes [Internet].

2009. [acesso em 2020]. Disponível em:
<https://www.efdeportes.com/efd129/a-historia-do-aleitamento-materno.html>
37. Pedro 2:2 ARA “desejai ardentemente, como crianças recém-nascidas, o genuíno leite espiritual, para que, por ele, vos seja dado crescimento para salvação ARA: Almeida Revista e Atualizada”
38. Lawrence RA, Robert MMD, Lawrence MD. Breastfeeding: guide for the medical profession [Internet]. Philadelphia: Elsevier; 1994. Disponível em:
https://books.google.com.br/books?id=1x7mCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
39. Bosi MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. Rev ESP. [Internet]. 2005. [acesso em 2020];1(1):17-25. Disponível em:
http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_1688.pdf
40. Bordalo JD. Aleitamento materno: relactação e lactação induzida [dissertação] [Internet]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2008. [acesso em 2020]. Disponível em:
<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/753/1/Aleitamento%20Materno%20-%20Junho%202008%20-%20Joana%20Bordalo%2015429.pdf>
41. Castilho SD, Barros FAZ, Cocetti M. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010. [acesso em 27 abril 2020] ; 15(1):1401-1410. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700050&lng=en.
42. Castilho SD, Barros FAZ. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. J. Pediatr. [Internet]. 2010. [acesso em 2020 abr 27];86(3):179-188. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000300004&lng=en.
43. Sociedade Bíblica do Brasil. A Bíblia Sagrada: antigo e novo testamento. Edição revista e atualizada. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil; 1969
44. Sydrônio K. A enfermagem brasileira tecendo as redes do conhecimento no assistir em amamentação [tese] [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo

- Cruz; 2006. [acesso em 2020]. Disponível em:
<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/tese%20completa.pdf>
45. Bustamante RMC. Rômulo e Remo: escritos e ritos. História Revista [Internet]. 2010. [acesso em 2020 abr 27];6(2): 30pp. Disponível em:
<https://www.revistas.ufg.br/historia/article/view/10533/7003>
46. Riemenschneider PS. Maternidade, consumo e sustentabilidade sob a ótica ecofeminista [dissertação] [Internet]. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul; 2016. [acesso em 2020]. Disponível em:
<https://repositorio.uks.br/xmlui/bitstream/handle/11338/1132/Dissertacao%20Patricia%20Strauss%20Riemenshneider.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Kalil IR, Costa MC. Entre o direito, o dever e o risco: olhares de gênero sobre amamentação. PerCursos [Internet]. 2013. [acesso em 2020];14(27):07-32. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9386/2/Entre%20o%20direito%20e%20o%20dever%20e%20o%20risco%20olhares%20de%20g%C3%AAnero%20sobre%20amamenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
48. Wenzel D. Aleitamento Materno: estudo nacional da prevalência e determinantes no Brasil, nas macro-regiões e áreas urbanas e rurais [tese] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008. [acesso em 2020 jun 01]: Disponível em:
http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_acion=&co_obra=110348
49. Rocha CM. Somos todos mamíferos? Uma análise do discurso médico sobre o aleitamento materno [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005. [acesso em 2020]. Disponível em:
http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_b0f67ade0537e450c7554e63c8b22aca
50. World Alliance for Breastfeeding Action. O que é e como surgiu a WABA. Penang, 1994. [acesso em 2020]. Disponível em:
<https://waba.org.my/news/portstrut.html>

51. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jorn. Ped.* [Internet]. 2004. [acesso em 2020];80(5):119-25. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>
52. Barbieri CLA, Couto MT. As amas de leite e a regulamentação biomédica do aleitamento cruzado: contribuições da socioantropologia e da história. *Cad. hist. ciênc.* [Internet]. 2012. [acesso em 2020 maio 4];8(1):61-76. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342012000100003&lng=pt.
53. Polido CG. Amamentação: das expectativas às vivências cotidianas de usuárias do Sistema Único de Saúde [dissertação] [Internet]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, 2009. [acesso em 2020 maio 4]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/96412>
54. Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração de Innocenti. Florença: 1990. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-738.pdf>
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2017. 68 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
56. Brasil. Ministério da Saúde / GM. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2015 ago 6. [acesso em 2020 maio 4]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
57. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 2020 mai 18];

- 49: 91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100409&lng=en. Epub Dec 31, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.201504900597>
58. Rollins C, et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016. [acesso em 2020 maio 5];25(1):20pp. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>
59. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices [Internet]. Washington D.C: WHO Library; 2007. [acesso em 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1
60. Boccolini CS. Aleitamento materno: determinantes sociais e repercussões na saúde infantil [tese]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde- Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2012
61. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Estado Mundial de la Infancia 2016: Una oportunidad para cada niño [Internet]. New York: UNICEF; 2016. [acesso em 2020 maio 22]. Disponível em: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_91711.html
62. Ortelan N, Venancio SI, Benicio MHDA. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019. [acesso em 2020 jun 01];35(8): 15.pp. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2019.v35n8/e00124618/>
63. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venancio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017. [acesso em 2020 mai 22];51(108):9pp. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100287.
64. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual

- e avanços. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2010. [acesso em 2020 maio 30];86(4):317-324. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-7557201000040012&lng=en.
65. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93 .
66. Galea S, Putnam S. The role of macrosocial determinants in shaping the health of populations. In: *Macrosocial determinants of population health*. New York: Springer Science; 2007.
67. Do DP, Finch BK. The link between neighborhood poverty and health: context or composition? *Am J Epidemiol*. 2008; 168(6):611-9.
68. Aguiar ZN. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) - breve história da política de saúde no Brasil, In: Aguiar ZN. *SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Editora Martinari; 2011. p. 15-40
69. Aguiar ZN. O Sistema de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde, In: Aguiar ZN. *SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Editora Martinari; 2011. p. 41-68
70. Moreira MD, Mota HB. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2011 [acesso em 2021 jul 24];11(3):516-521. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Y7BtfGzz53ZYgBfHQdFQfKg/?format=pdf&lang=pt>.
71. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estudos avançados*. 2013 [acesso em 2021 jul 24]; 27 (78): 7-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt&format=pdf>
72. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. (Série Brasil) [Internet]. 2011 [acesso em 2021 jul 24]; 377 (9779):1778-97. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf

73. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília : OPAS; 2018
74. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: 1988. [acesso em 2021 jul 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.html
75. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: 1990. [acesso em 2021 jul 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
76. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; Brasília, DF, 19 set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
77. Dominguez U, Soares MA, I. Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro. Projeto Economia de Saúde, Cooperação Técnica Brasil - Reino Unido, Rio de Janeiro, 2005
78. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública. 2004 [acesso em 2021 jul 24];20(Supl 2):S331-S6. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf
79. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf 64 19.

80. Brasil. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf 20.
81. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. Cad. Saúde Pública. 2018 [acesso em 2021 jul 26]34(8):e00029818. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>
82. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017. [acesso em 2021 ago 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
83. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
84. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família [Internet]. 2012 [acesso em 2021 ago 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
85. Kuschnir R, Lima RD, Baptista TWF, Machado CV. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. in: Grabois V, Mendes Junior WV, Gondim R. Qualificação dos gestores do SUS. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 121-151p. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf
86. Gianezini K. et al. Políticas públicas: definições, processos e constructos no século XXI. Revista de Políticas Públicas da UFMA [Internet]. 2017. [acesso em 2020];21(1):1.065-1.084. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/8262/5211>

87. Teixeira EC. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. Revista AATR [Internet]. 2002. [acesso em 2020]; Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/57253448/03-Aatr-Pp-Papel-Politicas-Publicas>.
88. Espírito Santo LC. Políticas Públicas em Aleitamento Materno. in: Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: bases científicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 277-285p.
89. Ministério da Saúde. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet]. Brasília; 2017. [acesso em 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/823-assuntos/saude-para-voce/41374-estrategia-amamenta-e-alimenta-brasil>
90. Alencar SMSM. A Política Nacional de Aleitamento Materno. in: Issler H. O Aleitamento Materno: políticas, prática e bases científicas. 1.ed. São Paulo: Sarvier; 2008. 70-101p.
91. Araújo MFM, Schmitz BAS. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e incentivo ao aleitamento materno. in: Issler H. O Aleitamento Materno: políticas, prática e bases científicas. 1.ed. São Paulo: Sarvier; 2008. 135-145p.
92. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança [Internet]. Brasília; 2017. [acesso em 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/41186-iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>
93. Cecchetto S. Mãe Canguru: Tecnologia Perinatal Humana. in: Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: bases científicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 206-220p.
94. Rosa MA, Nascimento ET. Método canguru. in: Issler H. O Aleitamento Materno: políticas, prática e bases científicas. 1.ed. São Paulo: Sarvier; 2008. 410-417p.
95. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016. [acesso em 2020 jun 01];21(3):843-852. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300843&lng=en.
96. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface* [Internet]. 2010. [acesso em 2020 jun 01];14(34):593-605. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>
97. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde. Pessoa LR (coordenação). Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 21-35.
98. Franco TB, Magalhães - Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, et al. (organizadores). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
99. Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e prática em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. [acesso em 2020 mai 27]. Disponível em: [https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612\(https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Const%20ru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf\)](https://lappis.org.br/site/construcao-da-integralidade-cotidiano-saberes-e-pratica-em-saude/4612(https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Const%20ru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf))
100. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2020]. 48pp. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf
101. Cecilio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. in: Pinheiro R, Mattos RA. *Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2006. [acesso em 2020 28

- mai]. Disponível em:
<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>
102. Sousa LA. Promoção - apoio ao aleitamento materno: binômio ou antítese? Uma caracterização das práticas do profissional de saúde na perspectiva da mulher no processo do aleitamento materno [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006 [citado 2020-06-01]. doi:10.11606/D.22.2006.tde-07012008-110009. (<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07012008-110009/pt-br.php>)
103. Pinheiro R. Integralidade em saúde. in: Pereira IB. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV. 2008. 255-262p. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/integralidade.pdf>
104. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2006 Aug [cited 2020 June 01]; 59(4): 532-536. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en.
105. Merhy EE. Engravidando palavras: o caso da integralidade [Internet]. Sem local, 2018. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1363010569_mehry_integralidade,_engravidando_palavras_-_obrigatorio_8_abril_tarde.pdf
106. Sanches MTC. A prática fonoaudiológica no início da amamentação. in: Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: bases científicas. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. 108-131p.
107. Nascimento CMB, Sousa FOS, Caldas KU et al. Construindo o processo de trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio de Saúde da Família. In: Silva VL, Lima MLLT, Lima TFB et al. (Orgs.). A prática fonoaudiológica na atenção primária à saúde. São José dos Campos: Pulso;2013. p. 87-98.
108. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais. J Pediatr. 2004; 80 (Suppl 5):S155-62

109. Santana MCCP, Goulart BNG, Chiari BM, Melo A M, Silva EH.A.A. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(2), 411-417
110. Sanches MTC, Mello AM. Políticas públicas nacionais em aleitamento materno e saúde do recém-nascido e a atuação fonoaudiológica. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC (Orgs.). *Tratado das especialidades em fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 2014. p. 772-8
111. Severino AJ. Teoria e prática científica. In: Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 99-126.
112. Brasil. Ministério da Saúde / GM. Portaria nº1.920, 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. [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2013. [acesso em 2021 ago 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.htm
113. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Manual Técnico*. Brasília, 2ª Edição, 2011: 204 p. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 1 de agosto de 2021.
114. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. Brasília (DF); 2008. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/78/rdc_171.pdf. [acesso em 2021 ago 1].
115. Brasil. Ministério da Saúde / GM. Portaria nº 2.051/novembro de 2001. Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos e Chupetas e Resoluções da Anvisa/RDC nº221 e 22/5 de agosto de 2002. Lei nº11.265, de 3 de janeiro de 2006.
116. Brasil. Ministério da Saúde / GM. Portaria nº 2.394 de 7 de outubro de 2009. Institui a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) no Brasil e estabelece a parceria entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de

- Pediatria nas comemorações da SMAM. [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2009. [acesso em 2021 ago 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2394_07_10_2009.htm
- !
117. Brasil. Ministério da Saúde /Portaria MS Portaria^o 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2014. [acesso em 2021 ago 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.htm
- !
118. Oliveira PV. Políticas públicas brasileiras e práticas de atenção a pacientes com câncer de cabeça e pescoço: revisão da linha de cuidado [trabalho de conclusão de curso]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Curso de Fonoaudiologia, Centro de Ciências da Vida; 2017
119. Bertan FC, Castro EK. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. Rev. Psico [internet]. 2009 [acesso em 2021 jul 30]; 40 (3): 366-372. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5550/4805>
120. Chun RYS. Promoção da Saúde e a produção do cuidado em fonoaudiologia. In: Tratado de Fonoaudiologia. Coord: Fernandes, F D M; Befi-Lopes D M, Limongi S C O. 2^a Ed. São Paulo: Roca; 2011, 605-18.
121. Lemos SMA, Januário GC Paiva-Vianna KM. Redes de Atenção à Saúde e Fonoaudiologia. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC (Orgs.). Tratado das especialidades em fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2014. p. 1211-11
122. Kligerman J. O desafio de se implantar a assistência oncológica no SUS. Revista Brasileira de Cancerologia [internet]. 2000 [acesso em 2021 jul 30]; 46(3)235-39. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_46/v03/editorial.html

123. Nascimento CL. Histórias da Inserção da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde: Encontros das Águas. [tese] [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2020. [acesso em 2021 ago 1]. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/349174/1/Nascimento_CamilaLima_D.pdf
124. Moreira MD, Mota HB. Caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. Revista CEFAC [internet]. 2009 [acesso em 2021 jul 30];11(3)516-521. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Y7BtfGzz53ZYgBfHQdFQfKg/?lang=pt&format=html#>
125. Nascimento CL, Nakamura HY. Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. Distúrb Comun, 2018, 30(1): 179-185.
126. Bahia MM, Chun RYS. Mudanças na formação em Saúde: o portfólio como prática inovadora na Graduação em Fonoaudiologia. Rev Distúrb Comun. 2009; 21(3): 339-349.
127. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Rev. Saúde Coletiva. 2004; 14(1): 41-65.
128. Chun RYS. Proposta de ativação de mudanças em um Curso de Fonoaudiologia do interior de São Paulo. [Monografia de Especialização de Ativação de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais de Saúde – ENSP-FIOCRUZ]. Ministério da Saúde: São Paulo, 2007.
129. Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Revista da ABENO 2003. 3(1): 24-27.
130. Berberian AP, Ferreira LP, Corteletti LCBJ et al. A produção do conhecimento em distúrbios da comunicação: análise de periódicos (2000-2005). Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009; 14(2):153-9.
131. Pereira CH, Oliveira DPC, Oliveira EC. Reflexões sobre o diagnóstico na Fonoaudiologia Educacional. Rev. Distúrb Comun [Internet]. 2020 [acesso em

- 2021 jul 29]; 32(2): 225-237. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/47100/32283> .
132. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986
133. Medeiros AMC, Bernardi AT. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia [Internet]. 2011. [acesso em 2021 jul 29]; 16(1): 73-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/MP68dBZMxryLvzvZfKQj8sG/?lang=pt#ModalArticles>
134. Scheeren B et al. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. [Internet]. 2012. [acesso em 2021 jul 29]; 24(3): 199-204. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jsbf/a/rNF59CqXsktRFfky3gbzjZP/?lang=pt#ModalArticles>
135. Silva LM, Tavares LAM, Gomes CF. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. Rev Distúrb Comun [Internet]. 2014. [acesso em 2021 jul 29]; 26(1):50-59.
136. Silva PK, Almeida ST. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. Revista CEFAC [Internet]. 2015. [acesso em 2021 jul 29]; 17(3): 927-935. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/dFppL8by3W8Nb8sPFYJPQqG/?lang=pt#ModalArticles>
137. Castelli CTR, Almeida ST. Avaliação das características orofaciais e da amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar. Revista CEFAC [Internet]. 2015. [acesso em 2021 jul 29]; 17(6):1900-1908. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/C3S5cFsSSxFkXnCrYt6tNFF/?lang=pt#ModalArticles>
138. Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GC, Oliveira VC, Tibúrcio JD. Prevalência e fatores associados à prematuridade em

- Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Epidemiol. Serv. Saude. Brasília*, 2017;26(1): 91-98
139. Torres KC, Gomes CF ACSL. Transição da dieta - uma visão da prática fonoaudiológica. in: Carvalho MC e Gomes CF. *Amamentação bases científicas*. 4ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2017. p.393-405
140. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Criança. Normas de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso; Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 1999
141. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento Materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Ped.* 2004; 80(5 suppl):S163-72
142. Medeiros AMC et al. Acompanhamento fonoaudiológico do aleitamento materno em recém-nascidos nas primeiras horas de vida. *Rev ACR*. [Internet]. 2017. [acesso em 2021 jul 29]; 22:18-56
143. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família . *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2003 [acesso em 2021 jul 31]; 8 (2):569-584. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKSVP8p46sNFLPG43Pfbf8B/?format=pdf&lang=pt>

ANEXOS

<p>Artigo 1</p> <p>Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira (Autores: Medeiros AMC, Bernardi AT.)</p>
<p>OBJETIVO: Verificar a oferta de seio materno em bebês nascidos pré-termos, internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital e Maternidade Neomater, relacionando este dado com a forma de oferecer a dieta (copo ou mamadeira), na ausência da mãe, e a estimulação fonoaudiológica realizada. MÉTODOS: Participaram 48 recém-nascidos prematuros, com idade gestacional inferior ou igual a 36 6/7 semanas, com peso <2500 gramas e padrão respiratório estável. Os recém-nascidos foram divididos em dois grupos: grupo A (35 recém-nascidos) com dieta por mamadeira e grupo B (13 recém-nascidos) com dieta por copo. O acompanhamento fonoaudiológico foi organizado em Fase 1 (sucção não-nutritiva em "dedo enluvado" ou "mama vazia" concomitante a dieta por sonda); Fase 2 (oferta de dieta via oral - seio materno, copo ou mamadeira - com necessidade de complemento por sonda); Fase 3 (oferta de dieta via oral exclusiva, em seio materno, copo ou mamadeira); Fase 4 (oferta de seio materno efetivo). Foi realizado comparativo entre os grupos quanto ao número de dias que permaneceu em cada fase. Os dados foram tratados estatisticamente com o teste t-independente, com nível de significância de 5%. RESULTADOS: Não houve diferenças significativas entre os grupos para nenhum dos parâmetros estudados. Houve igual aceitação do seio materno pelos recém-nascidos, tanto no grupo copo como no grupo mamadeira. CONCLUSÃO: O aleitamento materno pode ser igualmente aceito, independentemente da forma de oferta da dieta (copo ou mamadeira), desde que haja o adequado acompanhamento fonoaudiológico e o incentivo ao aleitamento materno em idade precoce.</p>
<p>Artigo 2</p> <p>Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros (Autores: Scheeren B, Mengue APM, Devincenzi BS, Barbosa LR, Gomes E)</p>
<p>OBJETIVO: Descrever as condições iniciais do aleitamento materno de prematuros. MÉTODOS: A amostra foi constituída de 26 binômios mãe/bebê. Os bebês tinham idade gestacional corrigida média de 36,1 semanas e estavam internados numa Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal da região sul do Brasil. Foi realizada coleta de dados dos prontuários e observação dos binômios durante a alimentação, por meio do Protocolo de Observação e Avaliação da Mamada. Foram registrados os comportamentos favoráveis e desfavoráveis quanto à posição, respostas, sucção, envolvimento afetivo e anatomia da mamas. Em seguida, foi aplicado um questionário às mães. RESULTADOS: Os melhores resultados referem-se à posição mãe/criança e afetividade e os piores às respostas do neonato. Quanto à associação das variáveis do protocolo, tanto entre si quanto com as demais variáveis do estudo, houve diferença e correlação direta para alguns itens. CONCLUSÃO: A maioria dos prematuros apresenta início satisfatório nos aspectos analisados em relação ao aleitamento materno. Mesmo assim, salienta-se a necessidade de práticas para efetividade do aleitamento materno e incentivo nessa população.</p>
<p>Artigo 3</p> <p>Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno (Autores: Castelli CTR, Maahs MAP, Almeida STE)</p>
<p>OBJETIVO: identificar e descrever as dúvidas e dificuldades das gestantes e puérperas em relação à amamentação, além de compará-las nos períodos pré-natal e puerperal. MÉTODOS: caracteriza-se por um estudo transversal, descritivo e comparativo, composto por dois grupos: gestantes e puérperas. Houve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas / Santa Casa sob nº 23355. Para coleta elaborou-se questionário com perguntas sobre aleitamento materno. As variáveis foram analisadas por meio de associações entre as respostas dos grupos com a utilização dos testes Qui-Quadrado de Pearson, Exato de Fisher e T de Student. RESULTADOS: as puérperas apresentaram maior escore de conhecimento geral quando comparadas às gestantes (p = 0,001). Ao relacionar a idade com o conhecimento, quanto maior a idade da puérpera maior o percentual de conhecimento (r= 0, 283; p=0,011). Ao analisar as puérperas primíparas, observou-se que estas apresentavam mais queixas quando comparadas com as que já possuíam um ou mais filhos (p= 0,014). CONCLUSÃO: gestantes, mulheres primíparas, adolescentes e jovens possuem mais dúvidas e dificuldades em relação ao aleitamento materno. A equipe assistencial deve estar preparada para que a gestante tenha o trato correto com suas mamas e conscientização sobre a amamentação natural, para assim chegar ao período puerperal mais segura e incentivada ao aleitamento exclusivo.</p>

<p>Artigo 4</p> <p>Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros (Autores: Silva LM, Tavares LAM, Gomes CF)</p>
<p>Apesar do incentivo ao aleitamento materno, ainda são baixos os índices nacionais de aleitamento de prematuros, o que torna importante analisar os esforços que podem interferir negativamente no desfecho desejado. O objetivo do estudo foi caracterizar como se dá a prática do aleitamento materno em lactentes prematuros internados em Unidade de Cuidados Intermediários. O estudo foi de caráter observacional, descritivo e qualitativo. Foi realizada no período de agosto a novembro de 2009 em uma Instituição Hospitalar Filantrópica. Participaram do estudo 16 díades de mães e recém-nascidos prematuros, com idade gestacional entre 28-34 semanas e o aleitamento foi observado a partir de protocolo elaborado por um dos pesquisadores. Quanto à pega, 30,8% dos lactentes apresentaram dificuldades em abertura da boca e 53,8% em manter a pega. No que se refere ao padrão respiratório 93,8% não apresentaram coordenação entre sucção, deglutição e respiração. Após a mamada observou-se que as mamas mantiveram cheias em 75% dos casos e o lactente apresentou sinais de retraimento em 50% dos casos logo no início da mamada, adormecendo rapidamente. Quanto à postura durante a mamada, 73,3% dos lactentes não estavam em posição "barriga com barriga" com a mãe. Concluiu-se que todos os participantes apresentaram algum sinal indicativo de problema durante a mamada.</p>
<p>Artigo 5</p> <p>Aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos: conhecimento e aceitação de mães de uma maternidade (Autores: Medeiros AMC, Batista BG, Barreto IDC)</p>
<p>OBJETIVO: Investigar o conhecimento de mães sobre aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos, comparando mães internadas na Unidade Canguru e no Alojamento Conjunto, considerando tempo de internação; e verificar a aceitação sobre a intervenção grupal realizada. MÉTODOS: Estudo intervencionista e comparativo, com 163 mães de uma maternidade pública. As mães foram divididas em dois grupos (G1 e G2), conforme o tipo de internação (Unidade Canguru ou Alojamento Conjunto). Foi realizado o teste de assertividade com as mães, enfocando aspectos de aleitamento materno, linguagem, motricidade orofacial/fala e audição. Para caracterizar as afirmativas e comparar o conhecimento entre os grupos, foram aplicados, respectivamente, o modelo unidimensional de três parâmetros de Birnbaum, baseado na teoria de resposta ao item e o teste de Mann-Whitney, para nível de conhecimento estimado, com $p < 0,05$. Foram realizadas orientações e aplicado o teste de aceitabilidade, considerando-se bem aceito valores $\geq 85\%$. RESULTADOS: Quanto à assertividade, o maior percentual de acertos foi em linguagem (98% do G1 e 95% do G2), seguido de motricidade orofacial/fala (72% de ambos os grupos), aleitamento materno (45% do G1 e 39% do G2) e audição (36% do G1 e 30% do G2). Não houve diferença entre tempo de internação e conhecimento desses aspectos abordados. Em aceitabilidade, o índice foi 97%. CONCLUSÃO: A atividade de educação em saúde proporcionou acesso à informação, independente do tempo e tipo de internação dos sujeitos envolvidos. A boa aceitabilidade da intervenção permitiu inferir sobre a viabilidade de serem ampliadas práticas dessa natureza no ambiente hospitalar.</p>
<p>Artigo 6</p> <p>Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTI neonatal (Autores: Silva PK, Almeida ST)</p>
<p>OBJETIVO: avaliar recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. MÉTODOS: foram avaliadas 15 díades mãe/recém-nascido durante a primeira oferta de seio materno na Unidade de Terapia Intensiva neonatal da Maternidade Mario Totta, no Hospital Santa Clara da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. A coleta ocorreu em três partes: 1ª) Consulta ao prontuário do recém-nascido e preenchimento de um formulário. 2ª) Aplicação de um questionário estruturado às mães. 3ª) Avaliação da primeira oferta de seio materno aplicando o Formulário de Avaliação Fonoaudiológica das mamadas. RESULTADOS: 46,7% dos recém-nascidos apresentaram a prematuridade como único motivo de internação, 60% já estavam em acompanhamento fonoaudiológico antes de iniciarem o aleitamento materno. A média de idade das mães foi 29,27 +/- 8,058 anos e 40% delas afirmou terem relacionamento estável com o pai do recém-nascido. Foi verificado que quanto maior a idade gestacional corrigida do recém-nascido, melhor as condições de pega e ordenha ao seio materno e classificação final da mamada, assim como, quanto mais dias de vida o recém-nascido tem, melhor a pega ao seio materno. CONCLUSÃO: a prematuridade foi o principal obstáculo para o aleitamento materno, porém, as características positivas das mães, como grau de escolaridade, estado civil, experiência prévia em aleitamento materno, e atendimento fonoaudiológico iniciado antes do aleitamento materno em grande parte dos RN,</p>

podem ter proporcionado bons resultados na primeira oferta de seio materno.

Artigo 7

Avaliação das características orofaciais e da amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar

(Autores: Castelli CTR, Almeida ST)

OBJETIVO: avaliar as características orofaciais e a amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar e verificar possíveis relações entre o sistema sensorio motor orofacial e a amamentação. **MÉTODOS:** trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. A coleta de dados foi realizada no período de junho a outubro de 2014. Realizou-se em três etapas a pesquisa: busca de dados no prontuário, aplicação do protocolo de prontidão do prematuro para início da alimentação oral e aplicação do protocolo de avaliação da mamada em recém nascidos prematuros. Obteve-se uma amostra de conveniência em uma unidade de terapia intensiva de um hospital escola de Porto Alegre. Foram considerados critérios de inclusão: prematuridade; ter recebido atendimento fonoaudiológico, estar de alta hospitalar; indicação para aleitamento materno exclusivo; assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável. **RESULTADOS:** a amostra contou com 26 sujeitos, posteriormente 6 indivíduos foram excluídos. A maioria das características do sistema sensorio motor orofacial dos prematuros estava adequada e a maior parte das categorias avaliadas na amamentação estava próxima ao escore máximo. Identificou-se que os prematuros com estado de consciência alerta apresentaram melhor posição mãe/recém-nascido durante o aleitamento materno ($p= 0,043$). Observou-se que quanto maior a idade gestacional corrigida melhor o escore final do prematuro na avaliação do sistema sensorio motor orofacial ($rs = 0,512$; $p= 0,021$). **CONCLUSÕES:** elucidaram-se informações do sistema sensorio motor orofacial e do aleitamento materno do prematuro. Bem como, foram encontradas relações entre o sistema sensorio motor orofacial e a amamentação do prematuro.

Artigo 8

Acompanhamento fonoaudiológico do aleitamento materno em recém-nascidos nas primeiras horas de vida

(Autores: Medeiros AMC, Santos JCJ, Santos DAR, Barreto IDC, Alves YVT)

INTRODUÇÃO: A fonoaudiologia tem assumido importante papel junto ao aleitamento materno. Objetivo: Verificar a situação do aleitamento materno, considerando aspectos da díade mãe-recém-nascido, de acordo com tempo de vida do recém-nascido, mediante intervenção fonoaudiológica. **MÉTODOS:** Estudo realizado de maio de 2015 a setembro de 2016, com 166 díades mãe-recém-nascido, durante a situação do aleitamento materno, em uma maternidade pública de alto risco do estado de Sergipe. Foi utilizado protocolo específico, registrando-se aspectos anatômicos de bicos e mamas maternos, estado comportamental, padrão de pega e sucção dos recém-nascidos e postura das díades, para descrever a situação de aleitamento materno, nos três diferentes momentos: Momento 1 (linha de base); Momento 2 (intervenção fonoaudiológica); Momento 3 (acompanhamento). As análises foram descritas por meio de frequências simples e percentuais, utilizando o teste de Mantel-Haenzsel (M-H) e o teste da razão de verossimilhança (TRV), adotando nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** Em relação ao efeito da intervenção fonoaudiológica, houve diferença significativa quanto aos parâmetros maternos, para situação das mamas (ingurgitamento). Nos parâmetros envolvendo os recém-nascidos, houve diferenças significativas, com melhora no padrão de pega, quanto aos seguintes aspectos: não abocanha somente o bico, abocanha parte da aréola, pega efetiva e consegue manter a pega. Quanto aos aspectos posturais da díade, houve diferenças significativas quanto à cabeça do recém-nascido elevada e alinhada e ao contato corporal ("barriga com barriga"). **CONCLUSÃO:** A intervenção fonoaudiológica junto às díades mães-recém-nascidos, logo nas primeiras horas pós-parto, evidenciou melhora nos parâmetros considerados fundamentais para o sucesso da amamentação, vislumbrando uma prática de educação em saúde junto às puérperas.

Artigo 9

Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo

(Autores: Fujinaga CI, Chaves JC, Karkow IK, Klossowski DG, Silva FR, Rodrigues AH)

INTRODUÇÃO: O leite materno é o alimento mais adequado para todo recém-nascido e possui inúmeros benefícios amplamente descritos na literatura. Para a extração do leite, a função de sucção do recém-nascido depende de um adequado funcionamento da língua, incluindo o frênulo lingual. No entanto, não está clara a relação entre o frênulo lingual e o aleitamento materno. **OBJETIVO:** Avaliar o frênulo da língua em bebês recém-nascidos a termo e verificar sua associação com o aleitamento materno. **MÉTODOS:** A amostra foi constituída por 139 binômios mãe/bebê, nascidos a termo. Para avaliação anatomofuncional do frênulo da

língua, utilizou-se o Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês. Para avaliação da mamada em seio materno, aplicou-se o Protocolo de observação da mamada da UNICEF. Para verificar a associação entre o frênulo lingual e o aleitamento materno, aplicou-se o teste Qui-quadrado. **RESULTADOS:** Na avaliação do frênulo da língua dos 139 bebês, constatou-se apenas um bebê com alteração de frênulo, equivalente a uma prevalência de 0,8%. Na avaliação da mamada, dos 138 binômios, cujos bebês não apresentavam nenhuma alteração do frênulo da língua, 82 deles (59,4%) não demonstraram nenhuma dificuldade durante a alimentação em seio materno. O único bebê com alteração do frênulo da língua não apresentou dificuldades na amamentação. **CONCLUSÃO:** Não há subsídios suficientes para se estabelecer associação entre alteração no frênulo lingual e aleitamento materno.

Artigo 10

Tempo de transição alimentar na técnica sonda-peito em recém-nascidos baixo peso do Método Canguru
(Autores: Medeiros AMC, Ramos BKB, Bomfim DLSS, Alvelos CL, Silva TC, Barreto IDC et al)

OBJETIVO: Verificar o tempo despendido na transição da alimentação por gavagem para via oral exclusiva, na técnica sonda-peito, comparando RNs baixo peso, considerando suas intercorrências clínicas/médicas, submetidos ao peito exclusivo com aqueles que, além do peito, receberam complemento por copo/mamadeira. **MÉTODOS:** Estudo de coorte, analítico e longitudinal, com 165 RNs, divididos quanto à gravidade de intercorrências clínicas (G1 e G2) e quanto à via de dieta (A e B). Todos RNs eram baixo peso, do Método Canguru, estimulados no peito, conforme prescrição médica e rotina hospitalar. Pertenciam ao subgrupo A: RNs estimulados exclusivamente no peito, que mantiveram peito exclusivo no momento da alta, e ao subgrupo B: RNs que utilizaram copo/mamadeira em algum momento da internação hospitalar em complementação ao peito. Foi registrado o número de dias que o RN permaneceu em cada etapa da transição. **RESULTADOS:** O histórico de intercorrências médicas influenciou significativamente o tempo total de transição. Subgrupos G1-A (10 dias), G1-B (9 dias) e G2-A (12 dias), quando comparados ao grupo G2-B (16 dias), evidenciaram maior chance de alta antecipada. **CONCLUSÃO:** RNs sem intercorrências clínicas importantes apresentaram chance de alta mais breve. RNs com intercorrências clínicas, que fizeram a transição da gavagem exclusivamente no peito, tiveram tempo de transição menor que aqueles que utilizaram complementação por copo/mamadeira. A transição alimentar pela técnica sonda-peito é importante para ser preconizada na atuação fonoaudiológica em Neonatologia.

Artigo 11

Conhecimento de puérperas sobre amamentação e fonoaudiologia em uma maternidade
(Autores: Santos KCF, Nascimento HS, Sá TPL, Barreto IDC, Medeiros AMC)

INTRODUÇÃO: Orientações prévias sobre aleitamento materno durante o período que antecede o nascimento, em consultas pré-natais e nas ações preventivas propostas em unidades de saúde, parecem ser importantes para conscientizar as futuras mães. **OBJETIVO:** Verificar o conhecimento de mães sobre aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos envolvidos na amamentação (linguagem, motricidade orofacial e audição). **MÉTODOS:** Estudo intervencionista e analítico realizado com 254 puérperas em maternidade pública do Nordeste brasileiro; divididas de acordo com escolaridade, faixa etária, experiência prévia com amamentação e orientações sobre aleitamento materno. O nível de conhecimento foi obtido através de questionário com 8 afirmações, analisado pelo modelo de Birnbaum de 3 parâmetros baseado na Teoria de Resposta ao Item. Os testes Mann-Whitney/Kruskal-Wallis analisaram diferenças nas medianas. Utilizou-se software R Core Team 2020, com nível de significância 5%. **RESULTADOS:** O maior percentual de acertos foi sobre determinadas assertivas sobre linguagem (72,8% L1), motricidade orofacial (71,7% MO1) e audição (65% A2); e os menores nas assertivas de aleitamento materno (58,3% AM2 e 42,1% AM1); e outras sobre motricidade orofacial (48% MO2); linguagem (39,8% L2) e audição (34,6% A1); sem diferenças significativas entre os grupos. **CONCLUSÃO:** Concluímos que nem todas as parturientes demonstraram conhecimento pleno dos conteúdos abordados, embora alguns aspectos da fonoaudiologia sejam bem reconhecidos.